Medicina de Familia Andalucía

Volumen 9, número 3, diciembre 2008

Editorial
143 Declaración de Valencia sobre Medicina Familiar y Comunitaria y Universidad

El espacio del usuario
145 Una muerte digna

Originales
147 Adecuación terapéutica de pacientes con EPOC en Atención Primaria. ¿Es posible diagnosticar el cumplimiento terapéutico en la práctica clínica habitual?
161 Adquisición de hábitos saludables en la edad infantil
175 Prevalencia de sobrepeso-obesidad y patología relacionada en un área básica de salud

Artículo de revisión
186 Dolor en hinchazón de manos en anciano

Artículo especial
198 Cuarto año de especialidad: Reflexiones y propuestas

Cartas al director
208 Relación terapéutica

210 **Publicaciones de Interés**

¿Cuál es su diagnóstico?
226 Diabético con parestesias y debilidad en miembros inferiores

229 **Actividades Científicas**

230 **Información para los autores**

234 **Especial 18º Congreso SAMFyC**

Publicación oficial de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria

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 Continuada
Pablo García López

Vocal de Relaciones Externas
Juan de Dios Alcántara Bellón

Vocal provincial de Almería:	José-Pelayo Galindo Pelayo	*jpelayo@larural.es*
Vocal provincial de Cádiz:	Manuel Lubián López	*mlubianl@ono.com*
Vocal provincial de Córdoba:	Pilar Serrano Varo	*pseva1@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
Juan de Dios Alcántara Bellón
Antonio Manteca González
Paloma Porras Martín
Pablo García López
Isabel Corona Páez
Francisco José Guerrero García
Amparo Ortega del Moral

SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

C/Arriola, 4, bj D – 18001 – Granada (España)
Telf: 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 Villafaña. *Granada.*
Teresa Martínez Cañavate. *Granada.*
Eduardo Mayoral Sánchez. *Sevilla.*
Guillermo Moratalla Rodríguez. *Cádiz.*
Francisca Muñoz Cobos. *Málaga.*
Mª Ángeles Ortiz Camúñez. *Sevilla.*
Maximiliano Ocete Espínola. *Granada.*
Juan Ortiz Espinosa. *Granada.*
Luis Pérula de Torres. *Córdoba.*
Miguel Ángel Prados Quel. *Granada.*
Daniel Prados Torres. *Málaga.*
Fermina Puertas Rodríguez. *Granada.*
Luis de la Revilla Ahumada. *Granada.*
Roger Ruiz Moral. *Córdoba.*
Francisco Sánchez Legrán. *Sevilla.*
José Luis Sánchez Ramos. *Huelva.*
Miguel Ángel Santos Guerra. *Málaga.*
José Manuel Santos Lozano. *Sevilla.*
Reyes Sanz Amores. *Sevilla.*
Epifanio de Serdio Romero. *Sevilla.*
Francisco Suárez Pinilla. *Granada.*
Pedro Schwartz Calero. *Huelva.*
Isabel Toral López. *Granada.*
Jesús Torio Durántez. *Jaén.*
Juan Tormo Molina. *Granada.*
Cristóbal Trillo Fernández. *Málaga.*
Amelia Vallejo Lorencio. *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 7,5correo 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

Imrime: 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. 3, diciembre 2008

Sumario

Editorial
143 Declaración de Valencia sobre Medicina Familiar y Comunitaria y Universidad

El espacio del usuario
145 Una muerte digna

Originales
147 Adecuación terapéutica de pacientes con EPOC en Atención Primaria. ¿Es posible diagnosticar el cumplimiento terapéutico en la práctica clínica habitual?

161 Adquisición de hábitos saludables en la edad infantil

175 Prevalencia de sobrepeso-obesidad y patología relacionada en un área básica de salud

Artículo de revisión
186 Dolor en hinchazón de manos en anciano

Artículo especial
198 Cuarto año de especialidad: Reflexiones y propuestas

Cartas al director
208 Relación terepéutica

210 Publicaciones de Interés

¿Cuál es su diagnóstico?
226 Diabético con parestesias y debilidad en miembros inferiores

229 Actividades Científicas

230 Información para los autores

234 Especial 18º Congreso SAMFyC

Official Publication of the
Andalusian Society of Family
and Community Medicine

MEDICINA DE
FAMILIA. ANDALUCÍA

Med fam Andal Vol. 9, Nº. 3, december 2008

Summary

Editorial
143 Declaration of Valencia on Family and Community Medicine and the University

The Consumer's Corner
145 Death with Dignity

Original Articles
147 Managing Patients with Cardio-Pulmonary Obstructive Disease (COPD) at the Primary Care Level: Do Current Conditions Permit the Diagnosis of Compliance?

161 Acquiring Healthy Habits During Childhood

175 Prevalence of Illness in a Basic Health Area and its Relationship to Being Overweight or Obese

Review Article
186 Inflammatory pain in an elderly patient's hands

Special Article
198 Fourth Year of Specialization: Reflections and Proposals

Letters to the Editor
208 The Therapeutic Relationship

210 **Publications of Interest**

Which is your Diagnosis?
226 Diabetic with parethesia and weakness in the lower extremities

229 **Scientific Activities**

230 **Information for Authors**

234 **Special News: SAMFyC's 18th Annual Conference**

EDITORIAL

Declaración de Valencia sobre Medicina Familiar y Comunitaria y Universidad

Valencia, 25 de Octubre de 2008

Conferencia de Decanos de Facultades de Medicina
Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud
Ministerio de Sanidad y Consumo
Academia de Medicina de Familia de España (AMFE)
Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC)

PREÁMBULO

Con el objetivo de incorporar a la Universidad los contenidos y métodos de la Medicina Familiar y Comunitaria, se ha celebrado en Valencia la II Conferencia Nacional de Medicina de Familia y Comunitaria y Universidad.

La Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) y la Atención Primaria, la primera como disciplina académica y campo profesional y la segunda como nivel asistencial y estrategia de la atención de salud, son dos pilares esenciales de los procesos de desarrollo y modernización de los sistemas sanitarios y educativos. Se ha considerado, por ello, que el desarrollo y consolidación de sus contenidos en el ámbito universitario puede enriquecer la formación de los Licenciados de Medicina, aportar a los estudiantes un espacio de aprendizaje basado en resolución de problemas frecuentes en la práctica clínica y dirigir su atención hacia un ámbito en el que trabajarán un número importante de ellos.

Por otra parte, el Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) y, en nuestro país, la publicación de la Orden Ministerial ECI / 332 / 2008 de 13 de febrero, precisa del desarrollo de la MFyC en la Universidad para disponer de un escenario similar al de los países de nuestro entorno y armonizar nuestros planes de estudio con los de otras universidades europeas.

DECLARACIÓN

Los participantes, tras el trabajo realizado por profesionales expertos del mundo universitario, social y médico del nivel de Atención Primaria, apoyándose en el documento marco de integración en el Espacio Europeo de Educación Superior y en la Orden Ministerial ECI / 332 / 2008, desean hacer públicas las siguientes reflexiones y recomendaciones:

1) Reafirmamos la Declaración de Zaragoza de la I Conferencia de Medicina de Familia y Universidad de 5 de Abril del 2003.

2) Es importante que los nuevos planes de estudio contemplen las competencias propias de la Medicina Familiar y Comunitaria. Para ello, sería aconsejable su organización en:

a) ***Asignatura obligatoria de Medicina de Familia y Comunitaria.***

b) Participación de la Medicina de Familia y Comunitaria como materia transversal con otras disciplinas.

c) Atención Primaria como ámbito de prácticas con rotatorio específico en Medicina Familiar y Comunitaria.

3) El Centro de Salud es el entorno de aprendizaje adecuado para un importante número de

competencias que se encuentran distribuidas a lo largo de los 5 módulos de la OM ECI/332/2008. Las prácticas deben realizarse, desde el comienzo del Grado, en los Centros de Salud.

4) En la evaluación final de competencias es recomendable utilizar una metodología evaluativa que incluya un cuaderno del estudiante (informe de actividades, informe del tutor y tareas que potencien la autorreflexión) y una ECOE con un peso relevante del paciente simulado. Para ello debe dotarse a las Facultades de Medicina de los medios necesarios para la formación del profesorado en esta metodología y el desarrollo de la misma. Esta evaluación final debería tener influencia sobre el acceso al sistema de especialización, por lo que debería ser homogénea en todas las Facultades de Medicina.

5) La Atención Primaria es un ámbito adecuado para el desarrollo del trabajo de Fin de Grado (TFG). Para facilitar la tutorización del TFG se propone ampliar la capacidad docente, utilizando los recursos existentes en los Centros de Salud acreditados para la docencia, reconociendo la misma académica, profesional y económicamente.

6) El aprendizaje de la comunicación clínica, razonamiento clínico y bioética debería incorporarse en el grado de Medicina de forma transversal, relacionándolo con la semiología e integrándolo en la práctica clínica.

7) Los contenidos mínimos recogidos en la OM ECI/332/2008, referidos a la Medicina de Familia, deben figurar expresamente en los planes de estudios para que puedan ser acreditados por la ANECA, velando para que el desarrollo docente garantice la adquisición de competencias.

8) Hasta la aprobación del Área de Conocimiento en Medicina de Familia y Comunitaria, la ANECA debe asegurar que, con independencia del Departamento al que se asigne la docencia de los contenidos de Medicina de Familia y Comunitaria, estos sean impartidos por médicos de familia.

9) Entre los requisitos de acreditación del profesorado de Ciencias de la Salud debería considerarse paritariamente la actividad docente, asistencial e investigadora.

10) En los requisitos de investigación, la ANECA debería considerar, de forma prioritaria, las publicaciones relativas al ámbito de su especialidad y disciplina.

La II Conferencia de Medicina de Familia y Universidad solicita, por ello, a los poderes públicos con competencias en la formación médica la adopción de las medidas necesarias para la consecución de las recomendaciones anteriormente descritas. Particularmente importante es la adecuación entre los objetivos de la formación médica de base y el sistema de acceso a la formación especializada.

Todos los agentes implicados de una forma u otra en la Educación Médica de Grado y los participantes en esta Conferencia son plenamente conscientes de la necesidad de un trabajo detallado y en profundidad para incluir los contenidos de la Medicina de Familia en el ámbito universitario, dentro del marco legal que establece la OM ECI/332/2008.

Por todo ello y sobre la base de estas consideraciones, los participantes en este documento, en el ámbito de sus respectivas competencias, declaran su intención de aceptar los compromisos que ella implica.

Fe de erratas:

En la sección **ORIGINAL** (Fisioterapia en atención domiciliaria en una zona rural de la provincia de Almería) del volumen 9, número 2, página 31, aparecen mal los apellidos de la primera autora, siendo los correctos: ***Martínez Sánchez MªI.***

EL ESPACIO DEL USUARIO

Una muerte digna

Ranea Díaz S

Responsable del Gabinete Jurídico-Técnico de FACUA Málaga

El pasado 5 de septiembre, se dictó resolución por la que se acordó someter a información pública el **Anteproyecto de Ley de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte.**

Por la Consejería de Salud, se elevó al Consejo de Gobierno dicho documento quien, en su reunión del día 2 de septiembre de 2008, conoció el citado Anteproyecto de Ley, decidiendo que, además de las consultas directas, se sometiera a información pública durante el plazo de quince días con el fin de que otros organismos, entidades y colectivos pudieran formular alegaciones, dada la especial naturaleza de esta disposición y su alcance general.

Con fecha de 22 de septiembre, el Consejo de Consumidores y Usuarios de Andalucía (CCUA) evacuó el preceptivo informe sobre el referido anteproyecto, fijando la postura de dicho organismo frente a tan trascendente texto legal.

El objeto del citado anteproyecto de ley es la regulación de las situaciones de las personas en el proceso de la muerte, es decir, pacientes que se encuentran en síntoma refractario o situación de agonía, cuyo estado es irreversible, no teniendo posibilidades científicas de obtener una mejoría de su situación vital.

El espíritu de la ley es garantizar el derecho a una vida digna, considerando el proceso de la muerte como una parte integrante de la misma, debiendo estar este trance amparado y protegido por la dignidad de la vida humana, ampliamente reconocida por nuestro ordenamiento jurídico.

Se pretende evitar que se apliquen de forma inadecuada medidas de soporte vital, es decir, cuando las mismas tengan por finalidad prolongar una vida de forma artificial en personas que no tienen posibilidades reales de recuperación de la integridad funcional de la vida humana. En este sentido, se establece la obligación del médico de no aplicar medidas de soporte vital cuando lo estime necesario para evitar la **obstinación terapéutica,** debiendo ofrecer todas las intervenciones sanitarias necesarias para garantizar el adecuado cuidado y confort del enfermo.

Esta preocupación por proporcionar una muerte digna no es algo nuevo en el ordenamiento andaluz, teniendo un antecedente en la Ley de declaración de voluntades vitales anticipadas, por la que se reconoció el derecho, a cuantas personas lo desearan, a plasmar por escrito los tratamientos que querían recibir en caso de encontrarse en una situación terminal, o bien designar la persona que debería tomar las decisiones adecuadas en ese caso. A tal efecto, se creó un registro público donde se conservaría dicha declaración de voluntad, dejando constancia de la misma.

FACUA valora muy positivamente esta iniciativa legislativa, por cuanto supone una garantía para el usuario que decide cómo y cuándo afrontar el proceso de su muerte y el respeto a la libertad y autonomía de la voluntad de las personas. El anteproyecto otorga un papel preponderante a la expresión de la voluntad de los pacientes, así como de las personas que estos designen.

Sin perjuicio de lo anterior, la redacción del Anteproyecto es mejorable, puesto que adolece de una injustificada indeterminación en algunas de las medidas que se acuerdan respecto a la prestación de información al paciente, por cuanto se establece, de forma genérica, sin especificar, qué información es necesaria ni forma en que la misma se hará llegar al paciente. Así mismo, se observa que el cumplimiento de algunas de las obligaciones impuestas a los facultativos será documentada con su incorporación a la historia clínica, sin estable-

cer formalidades específicas para acreditar suficientemente el acatamiento de estos preceptos.

La indeterminación denunciada queda a expensas de un posterior desarrollo reglamentario, lo que entendemos que desaprovecha esta oportunidad para una regulación completa y suficientemente detallada.

La falta de una regulación exhaustiva de esta materia genera una situación de inseguridad jurídica para los profesionales sanitarios y los familiares que, en ocasiones, se ven en la necesidad de adoptar decisiones de enorme trascendencia sobre la salud del enfermo.

A continuación, destacaremos los aspectos más relevantes que se incluyen en **el actual anteproyecto de ley, en que se reconocen los siguientes derechos**:

-Derecho a la toma de decisiones y al consentimiento informado.

-Derecho al rechazo y a la retirada de una intervención.

-Derecho a recibir cuidados paliativos integrales y a recibirlo en su domicilio.

-Derecho al tratamiento al dolor, a la sedación en caso de dolor refractario al tratamiento específico y en situaciones terminales y de agonía.

Entre las obligaciones de los médicos destacan:

-Facilitar información a los pacientes acerca de la situación médica en la que se encuentran, así como de los cuidados a los que pueden tener acceso.

-Los médicos están obligados a respetar las decisiones de los pacientes, no pudiendo imponer sus convicciones éticas o morales sobre la voluntad de los mismos.

-El deber de información de los médicos se extiende a explicar la forma en que los pacientes, si éstos lo solicitan, pueden hacer las declaraciones de voluntad vital.

-Los médicos deben solicitar a los pacientes, durante el proceso de muerte, información sobre si han realizado declaración de voluntad vital.

-El médico responsable del paciente debe valorar si tiene capacidad para decidir por sí mismo; si determina que no tiene capacidad, debe indicar en la historia clínica los datos de la persona que actuará por el paciente.

-El médico tiene la obligación de limitar las medidas de soporte vital cuando lo estime necesario para evitar la obstinación terapéutica. Esta decisión debe estar justificada en la historia clínica y respaldada por dos profesionales, al menos uno de ellos, médico. Si quien representa al paciente o sus familiares no estuvieran de acuerdo con la decisión del médico de limitación de medidas de soporte vital, se solicitará informe al Comité responsable de asesorar en los casos de decisiones médicas que planteen conflictos éticos, aunque la última decisión la tiene el médico.

Este texto legal recoge **obligaciones de los centros sanitarios, tanto públicos como privados,** en las actuaciones con los pacientes en proceso de muerte. Destacan las siguientes:

-Deben permitir el acompañamiento de familiares a los paciente en proceso de muerte.

-Prestarán asistencia a los familiares y cuidadores, previniendo un duelo patológico.

-Los centros asistenciales prestarán la información suficiente al paciente sobre su estado de salud, sobre los objetivos de los cuidados paliativos, dándole toda la información clínica que proceda para que pueda efectuar su manifestación de voluntad anticipada.

-El centro asistencial deberá garantizar una habitación individual para los enfermos en situación terminal.

-Todos los centros sanitarios dispondrán de un Comité de carácter consultivo para las decisiones clínicas que planteen conflictos éticos.

Los derechos que se reconocen en este Anteproyecto de Ley deben ser garantizados por el sistema sanitario en su conjunto, incumbiendo el cumplimiento de las obligaciones descritas más arriba a todos y cada uno de los profesionales que intervienen en la atención sanitaria, ya sea pública o privada.

ORIGINAL

Adecuación terapéutica de pacientes con EPOC en Atención Primaria. ¿Es posible diagnosticar el cumplimiento terapéutico en la práctica clínica habitual?

Leiva Fernández F[1], Barnestein Fonseca P[2], Vidal España F[3], Leiva Fernández J[4], García Ruiz AJ[5], Prados Torres JD[6]

[1] *Médica de Familia. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Málaga. Distrito Sanitario Málaga*

[2] *Bióloga investigadora. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Málaga. Distrito Sanitario Málaga*

[3] *Socióloga investigadora. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Málaga. Distrito Sanitario Málaga*

[4] *Médico de Familia. Centro de Salud Vélez Sur. Distrito Sanitario de la Axarquía. Málaga*

[5] *Profesor titular Dpto. Farmacología y terapéutica clínica. Unidad de Farmacoecomía e IRS. Departamento de Farmacología y Terapéutica Clínica. Facultad de Medicina. Universidad de Málaga*

[6] *Médico de Familia. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Málaga. Distrito Sanitario Málaga*

RESUMEN

Título: adecuación terapéutica de pacientes con EPOC en Atención Primaria ¿Es posible diagnosticar el cumplimiento terapéutico en la práctica clínica habitual?

Objetivos: analizar la adecuación terapéutica, estimar la prevalencia de cumplimiento y comprobar la validez diagnóstica de métodos indirectos de valoración del cumplimiento en pacientes con EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica).

Diseño: estudio de cohortes (6 meses).

Emplazamiento: Atención Primaria.

Población y muestra: 98 pacientes diagnosticados de EPOC con terapia inhalada pautada.

Intervenciones y mediciones: perfil sociodemo-gráfico, espirometría, calidad de vida (cuestionario respiratorio St. George), tratamientos prescritos, contaje de dosis administradas y cumplimento terapéutico: Test Batalla, Test de Morinsky-Green y cumplimiento autocomunicado.

Resultados: Edad: 69 años(IC95%:67-72), 93.7% hombres, 60% analfabetismo, 89.9% fumadores (23.5% persiste hábito). IMC=29 (IC95%:29.1-30.1). Comorbilidad: hipertensión arterial (33.6%). 1.67 reagudizaciones al año (IC95%:0.93-2.41); 40% de visitas al centro debidas a EPOC. Espirometría forzada: FEV1=53.9% (DE:19.76), predominio patrón mixto (62.2%) y estadío moderado (42.9%). Calidad de vida: afectación moderada [48.6 puntos (IC95%:43.75-52.37) escala total]. Prescripción farmacológica: 89.9% anticolinérgicos y 86.7% beta-2adrenérgicos. No adecuación terapéutica: SEPAR: 27.55% y GOLD: 28.7%. Excesiva prescripción en EPOC leve (más del 90% no adecuación).

79 pacientes acudieron al mes y 66 a los 6 meses. Prevalencia de cumplidores=66.6% (IC95%:54.9-78.3) -recuento de dosis- al mes y 68.0% (IC95%:55.1-80.9) a los 6 meses. **Validez diagnóstica:** Test de Morinsky-Green S=68.7% E=61.7%; Test de Batalla S=68.7% E=73.5%; y considerados de forma conjunta tienen una especificidad del 93.7%, y una sensibilidad del 44.11%.

Conclusiones: Alta prescripción para EPOC leve, responsable de los niveles de la no adecuación a las recomendaciones vigentes. Los métodos indirectos pueden ser útiles para detección de pacientes no cumplidores en EPOC.

Palabras clave: EPOC, adecuación terapéutica, cumplimiento terapéutico.

SUMMARY

Title: Managing Patients with Cardio-Pulmonary Obstructive Disease (COPD) at the Primary Care Level: Do current conditions permit the diagnosis of compliance?

Correspondencia: Francisca Leiva Fernández
Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Málaga.
Distrito Sanitario Málaga. Plaza del Hospital Civil, s/n.
Pabellón 6, 2ª planta. 29009 Málaga
E-mail: francisca.leiva.sspa@juntadeandalucia.es

Recibido el 28-05-2008; aceptado para publicación el 02-10-2008

Med fam Andal 2008; 3: 147-160

Goal: to analyze treatment adequacy, estimate the prevalence of compliance, and confirm the diagnostic validity of indirect methods used to assess compliance in patients with cardio-pulmonary obstructive disease (COPD).

Design: cohort study (6 months).

Setting: Primary care.

Population and sample: 98 patients diagnosed with COPD, receiving regular inhaled medication therapy.

Methodology: socio-demographic profiles, spirometry, quality of life (St. George's Respiratory Syndrome Questionnaire), treatment modalities, dosage measurement, and therapeutic compliance: Morinsky-Green test, Batalla test, and self-related compliance.

Results: Age: 69 years (CI95%:67-72); 93.7% male; 60% illiterate, 89.9% smokers (23.5% still smoke). BMI =29 (CI95%:29.1-30.1). Comorbidity: high blood pressure (33.6%). 1.67 acute exacerbations per year (CI95%:0.93-2.41); 40% of visits to the health center due to COPD. Forced expiratory volume: FEV_1 =53.9% (SD: 19.76), a predominantly mixed pattern (62.2%) and moderate stage (42.9%). Quality of life: moderately affected [48.6 points (CI95%:43.75-52.37) total scale]. Pharmaceutical prescription: 89.9% anticholinergics and 86.7% beta-2adrenergics. Inadequate treatment management: guidelines from the Spanish Society for Pneumology and Thoracic Surgery [SEPAR] 27.55% and GOLD: 28.7%. Over-prescription was observed for mild cases of COPD (more than 90% inadequate).

79 patients visited the center after the first month and 66 after six months. Prevalence of compliers =66.6% (CI95%:54.9-78.3) — dosage measurement — after one month and 68.0% (CI95%:55.1-80.9) after 6 months.

Diagnostic validity: Morinsky-Green test S=68.7% E=61.7%; Batalla test S=68.7% E=73.5%; considered together, a specificity of 93.7% and a sensibility of 44.1%.

Conclusions: Over-prescription for mild COPD leads to low levels of conformance to existing guidelines. Indirect methods could be useful in detecting COPD patients who are non-compliers.

Keywords: COPD, treatment management, treatment compliance.

INTRODUCCION

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) se caracteriza por la presencia de obstrucción crónica y poco reversible del flujo aéreo (disminución del volumen respiratorio forzado en el primer segundo, FEV1, y de la relación entre el FEV1 / FVC, capacidad vital forzada)[1]. Es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo, siendo la de mayor prevalencia e impacto socio-económico de todas las enfermedades respiratorias [2,3]. En España representa la cuarta causa de mortalidad, al igual que en EEUU y el resto de Europa[2], y, junto con los trastornos cerebrovasculares, es el proceso no quirúrgico cuya atención hospitalaria genera mayor coste[4,5].

Los costes clínicos, humanos y económicos de la EPOC son enormes[6]. A pesar de todo, la EPOC no es tenida en cuenta por muchos clínicos, investigadores y planificadores de la asistencia sanitaria[7]. El estudio IDENTEPOC pudo demostrar que el porcentaje de costes debido al tratamiento farmacológico supone el 43% del total para la EPOC leve y que desciende al 37,6 y 28,4% para la EPOC moderada y grave, respectivamente[8]. En varios estudios realizados en nuestro medio recientemente, se ha puesto de manifiesto que las pautas de diagnóstico y tratamiento de los pacientes con EPOC están en muchas ocasiones alejadas de las recomendaciones de las guías clínicas[9,10,11], lo que contribuye a un aumento de los costes. Se ha calculado que el tratamiento farmacológico de estos pacientes podría ser igualmente efectivo si sólo se utilizara un 73% de los recursos que se consumen en la actualidad[12]. De los datos extraídos del estudio IBERPOC[9] sabemos que en nuestro país, menos del 40% de los pacientes diagnosticados de EPOC tienen prescrito algún tipo de tratamiento para su enfermedad y que, en cualquier caso, la mayoría de los tratamientos administrados no se ajustan a las pautas recomendadas en las guías de uso clínico [1,10,13].

Otro aspecto muy importante en el tratamiento de la EPOC es el cumplimiento terapéutico que, según la mayoría de los estudios realizados, es extremadamente pobre, incluso en el contexto de los ensayos clínicos, donde presumiblemente existe una intervención más directa y cerrada sobre la conducta de los participantes[14,15,16]. Así,

en el Lung Health Study[17], el cumplimiento con el tratamiento inhalador recogido por autoinforme al año de seguimiento fue del 60% y bajó al 50% al quinto año de seguimiento.

Los tipos de mal cumplimiento detectados en el paciente con EPOC son[14]: **hipocumplimiento** (uso del tratamiento con dosis inferiores a las prescritas; puede ser esporádico o sistemático), **hipercumplimiento** (uso de dosis superiores a las prescritas del tratamiento, o reducción de los intervalos entre dosis), **uso inapropiado** (el paciente utiliza técnicas incorrectas para administar la medicación, independientemente de que mantengan o no su esquema de aplicación y sus dosis)[18]. Posiblemente el hipocumplimiento y el uso inapropiado sean los principales problemas en pacientes con EPOC, además, en un mismo individuo puede coexistir más de un tipo de incumplimiento. Una dificultad sobreañadida al problema de la falta de adherencia al tratamiento en pacientes con EPOC es la escasa información disponible sobre la validez diagnóstica de los diversos métodos de detección de incumplimiento. Así, en los ensayos clínicos con terapia inhalada se suelen utilizar métodos de medida de las dosis de fármacos administrados, más fiables y más costosos que los métodos indirectos de autoinforme, cuestionarios, o datos de renovación de la prescripción junto a la retirada de medicación de la farmacia, que habitualmente se usan en estudios descriptivos y de seguimiento[19,20,21,22]. Pero existen muy pocos datos que, en relación al método identificado como más fiable (contadores de dosis / comprimidos) validen los métodos indirectos.

En el estudio de Simmons et al[23], sobre pacientes procedentes del Lung Health Study antes mencionado se concluye que el autoinforme tiene una sensibilidad para detectar incumplimiento del 74% y una especificidad del 60%. La conclusión final es que el manejo subóptimo de este proceso conduce a peores resultados de salud en los pacientes y a un notable incremento de los costes[14,24]. Por ello, es necesario conocer la magnitud del incumplimiento en pacientes con EPOC como primer paso para desarrollar estrategias que corrijan estas conductas.

Con el presente estudio se pretende analizar la adecuación terapéutica de pacientes con EPOC, estimar la prevalencia de cumplimiento con la medicación inhalada a pautas fijas y comprobar la validez diagnóstica de tres métodos indirectos de valoración del cumplimiento que por su fácil aplicación pueden ser de utilidad en la práctica asistencial.

SUJETOS Y METODOS

Población de estudio: Pacientes diagnosticados de EPOC con terapia inhalada pautada.

Tipo de estudio: Estudio observacional de seguimiento (Octubre 2005- Octubre 2006).

Muestreo: Muestreo consecutivo a partir de los listados de pacientes con EPOC facilitados por los distritos sanitarios y centros de salud (figura 1). Según datos propios (no publicados) obtenidos en un estudio de seguimiento para valorar resultados en salud de una cohorte de pacientes con EPOC, la prevalencia de incumplimiento con el test de Morisky-Green es del 66%. Partimos de este dato y calculamos el número mínimo de pacientes a incluir en el estudio para estimar el porcentaje de no cumplimiento con un nivel de confianza del 95%, y una precisión del 10%.

$$N = \frac{1.96^2 \times 0.66 \times 0.34}{0.10^2} = \mathbf{87}$$

En la cohorte de similares características que actualmente estudiamos, hemos observado que el porcentaje de pérdidas se sitúa de manera estable en torno al 35% por cada año de seguimiento. Por ello se seleccionó mediante muestreo no probabilístico una muestra final constituida por 117 sujetos.

Los criterios de inclusión para este estudio fueron los siguientes: diagnóstico de EPOC y pertenecer a la zona básica. Los criterios de exclusión fueron: padecer algún proceso respiratorio no incluido en la definición de EPOC (bronquiectasia, asma o fibrosis quística) o la presencia de trastornos cognitivos.

Una vez detectados los posibles candidatos se les invitó telefónicamente a participar en el es-

tudio y se les citó para explicarles con claridad en qué consistía el mismo, y si estaban de acuerdo en participar para que firmaran el consentimiento informado pertinente. Una vez firmado el consentimiento se procedió a la cumplimentación del cuaderno de recogida de datos (CDR), se administraron los diferentes cuestionarios y se procedió a la realización de la espirometría forzada (la espirometría se realizó según las normas de la SEPAR[25]). En esta visita se procedió a iniciar un nuevo envase de la medicación inhalada pautada y a la colocación del contador de dosis si se trataba de un dispositivo MDI (Metered-Dose Inhaler). Se le comunicó al paciente que se le volvería a llamar para revisarlo, pero no se le especificó cuando. Al mes se les citó de nuevo en el centro de salud y se procedió a valorar el cumplimiento terapéutico. A los cinco meses de la visita inicial se volvía a contactar con los participantes del estudio y se les proporcionaba un nuevo envase al que se colocaba el contador de dosis en los dispositivos MDI. Finalmente, a los 6 meses de iniciar el estudio se volvía a citar al paciente.

Para valorar el cumplimiento terapéutico se seleccionaron tres métodos indirectos: test de **cumplimiento autocomunicado** según metodología de Haynes y Sackett[26] (se preguntó: ”*La mayoría de las personas tienen dificultades en tomar sus inhaladores, ¿tiene usted dificultad en tomar todos los suyos?*, si la respuesta era afirmativa se le preguntó sobre el número de dosis inhaladas en el ultimo mes; se consideró cumplidor si su porcentaje de dosis aplicadas estaba entre el 80% y el 110% de las prescritas); **test de Morinsky Green**[27] (se valoraron como cumplidores los pacientes que respondieron adecuadamente a las cuatro preguntas siguientes: ¿*se olvida alguna vez de tomar los medicamentos inhalados*?, ¿*toma los inhaladores a la hora indicada*?, cuando se encuentra bien ¿*deja alguna vez de tomarlos*?, si alguna vez le sientan mal ¿*deja de tomar la medicación*? y **Test de Batalla**[28] (se clasificó como buen cumplidor al paciente que respondió correctamente a las tres preguntas: ¿*es la EPOC una enfermedad para toda la vida?, ¿se puede controlar dejando de fumar y/o con medicación*?, cite uno o más órganos que pueden lesionarse por tener EPOC). Como **patrón oro** se utilizó en **recuento de comprimidos/dosis** mediante cita por sorpresa en el centro de salud. Para el recuento de dosis con los dispositivos MDI se empleó un contador electrónico de dosis. Se consideró buen cumplidor el que presentara un cumplimiento entre el 80 y 110% del total de dosis prescritas.

De cada paciente se registraron, además, las siguientes variables: perfil sociodemográfico (edad, sexo, estado civil, nivel de estudios, situación laboral); Índice de Masa Corporal (IMC); Hábito tabáquico (clasificado en no fumador, fumador activo y exfumador); número de cigarrillos / día; patologías concomitantes; tratamiento prescrito (recogido como principios activos que toma el paciente) y su adecuación a las recomendaciones vigentes en nuestro entorno en el momento del estudio (recomendaciones para el tratamiento de la EPOC de la SEPAR[1] y GOLD[13]); espirometría forzada (realizada en el mismo momento de la entrevista) como instrumento de medida de salud objetiva y cuestionario de calidad de vida St. George como medida de salud subjetiva.

El cuestionario St. George (SGRQ), versión española[29,30], es un instrumento de medida de la calidad de vida específico para pacientes con patología respiratoria. Consta de 50 ítems repartidos en 3 escalas: síntomas (frecuencia y severidad de los síntomas respiratorios), actividad (limitación de la actividad debida a la disnea) e impacto (alteraciones psicológicas y de funcionamiento social producidas por la enfermedad respiratoria). El rango de puntuaciones oscila entre 0 (no alteración de la calidad de vida) y 100 (máxima alteración de la calidad de vida). Se puede utilizar de forma autoadministrada o en entrevista personal. En nuestro caso el cuestionario se cumplimentó en forma de entrevista personal.

Análisis estadístico: Se realizó un análisis descriptivo de todas las variables que se contemplan en el estudio, calculando media, mediana, desviación estándar, frecuencias absolutas y relativas de cada categoría. Se calculan los intervalos de confianza al 95% para una media y una proporción. Para la comparación entre el valor de referencia y los métodos indirectos de valoración del cumplimiento realizamos dos tipos de mediciones[31]: 1) comparación abierta en la que exploramos la existencia de asociación estadística entre cada método indirecto y el patrón oro

mediante el test chi-cuadrado, y 2) comparación jerárquica en la que se asumió que la prueba de recuento de dosis/comprimidos es el indicador válido de la existencia de incumplimiento terapéutico, y se procedió al cálculo de los descriptores básicos (sensibilidad y especificidad) y de la combinación de ellos (cocientes de probabilidad) para cada uno de los métodos indirectos. Para ello se elaboraron tablas de 2x2 y se calcularon para cada caso los siguientes indicadores de validez diagnóstica: Sensibilidad = verdadero positivo/(verdadero positivo + falso negativo); Especificidad = verdadero negativo/(Verdadero negativo + falso positivo); Cociente de probabilidad de un resultado positivo = sensibilidad/(1-especificidad); Cociente de probabilidad de un resultado negativo = (1-sensibilidad)/especificidad. El análisis de los datos se realizó mediante el paquete estadístico SPSS/PC versión 11.0.

RESULTADOS

En la figura nº 1 recogemos el esquema general del estudio en el que se muestra la inclusión de los pacientes y el seguimiento que hemos hecho de ellos. La muestra está formada por 98 pacientes diagnosticados de EPOC, con predominio de hombres (93.9%), con una media de edad de 69 años (IC95%:67–72 años), y un nivel educativo bajo (60% sin estudios). De ellos un 23% sigue fumando en el momento del estudio, con una media de consumo de 28 cigarrillos/día [IC95%:26.73-30.67]) y presentan un sobrepeso importante (IMC medio 29 [IC95%:29.1-30.1]). El 75% de los pacientes incluidos se clasifican en los estadios de severidad de la EPOC como leve-moderado y con predominio del patrón mixto (62.2%), con un FEV1 medio de 53,99 (IC95%:50,07–57,91). Más de la mitad tuvieron al menos una reagudización en el último año (1.67 reagudizaciones de media [IC95%:1.31-2.03]). En relación a las medidas de calidad de vida, los resultados del cuestionario respiratorio SGRQ (escala del 0 al 100, siendo 0 peor calidad de vida autopercibida) fueron los siguientes: *escala de síntomas* 50.8 (IC95%:46.68-54.92), *escala de actividad* 63 (IC95%:58.1-67.9), *escala de impacto* 37.8 (IC95%:33.2-42.4) y escala *total* de 48.06 (IC95%:43.75-52.37).

Perfil de prescripción y adecuación terapéutica

Los tratamientos prescritos para los 98 pacientes estudiados se recogen en la gráfica nº 1, como podemos observar el 89.8% de los pacientes tomaban anticolinérgicos, de los cuales encontramos un 54% de acción corta y un 58.1% de acción prolongada que se prescriben de manera conjunta o individual según los casos. En relación a los beta2-adrenérgicos, un 86.7% de los pacientes los tienen prescritos, un 26.53% son de acción corta y un 64.3% de acción prolongada. Con respecto a los demás fármacos un 70.4% de los pacientes tiene prescrito un corticoide inhalado, en la mayoría de los casos combinado con un beta-2; un 16.3% tiene prescrito una xantina, un 5.1% tratamiento con oxigeno, un 2% con mucolíticos y un 1% con corticoides orales.

En la mayoría de los casos (88,7 %) existió una terapia combinada de más de un grupo farmacológico, siendo el tratamiento más frecuente la combinación de 3 grupos farmacológicos (50%), seguido de la utilización de dos grupos (22.4%). La combinación más frecuente encontrada consistió en un anticolinérgico con un beta 2-adrenérgico de acción prolongada y un corticoide inhalado.

La distribución de grupos farmacológicos según la severidad se recoge en la tabla nº 1. como podemos observar existe una tendencia al aumento en el porcentaje de prescripción conforme aumenta la severidad de la enfermedad, así como la prescripción de mucolíticos pautados en fases moderadas o graves de la enfermedad y la prescripción de corticoides orales sólo en el estadio grave de ésta.

Se evaluó la adecuación de la prescripción encontrada en la muestra de forma individual para cada paciente con las recomendaciones vigentes en el momento del estudio (SEPAR[1] y GOLD[13], tabla 2) y se observó que, el 27.55% y el 28.6% de las prescripciones no se adaptaban a las recomendaciones de SEPAR y GOLD, respectivamente. La no adecuación a las recomendaciones GOLD se debió fundamentalmente a la prescripción de broncodilatadores de acción prolongada en aquellos pacientes con severidad leve (93%). En el caso de la SEPAR la no adecuación se detectó principalmente en los pacientes con severidad

leve por las siguientes razones: en el 7.4% de los casos se debió a la utilización de una terapia combinada de un anticolinérgico y un beta2-adrenérgico; un 59.26% se combinaban con un corticoide inhalado; un 22.22% además incluyó xantinas; en un 3.7% se prescribía una xantina sin pasar por un beta 2; y en un 7.4% la espirometría fue normal, pero existía un tratamiento para EPOC.

Cumplimiento terapeútico

En la visita de inclusión también se administraron los métodos indirectos de medición de cumplimiento observándose variabilidad en los resultados obtenidos, así mientras el porcentaje de cumplidores identificados por el Test de Cumplimiento autocomunicado de Haynes-Sackett asciende al 98%, por el Test de Batalla se sitúa en el 69%, y con el test de Morisky-Green el porcentaje de cumplidores desciende al 40%.

De los 98 pacientes incluidos en el estudio, 79 acudieron a la visita 1 de revisión del mes tras la inclusión, y 66 a la visita 2 de revisión a los 6 meses de la inclusión. Las pérdidas durante el seguimiento y los motivos de las mismas se recogen en la figura nº 1.

De los 79 pacientes valorados al mes de seguimiento 13 habían modificado la pauta terapéutica pasando a utilizar los medicamentos inhalados a demanda por lo que se excluyeron del análisis de validez diagnóstica. Esto mismo sucedió con 8 de los 66 pacientes valorados a los 6 meses de seguimiento.

En el 5.1% de los pacientes se había producido un cambio en el tratamiento a lo largo del mes, de los que un 3.8% se debió a un cambio en las dosis y un 1.3% a un cambio en el principio activo. En cuanto a las reagudizaciones, un 25.3% de los pacientes tuvieron alguna durante el mes siguiente a la visita de inclusión.

A los 6 meses tras la inclusión en un 20,3% de los pacientes se había producido un cambio en el tratamiento, de los que el 15.6% se debió a un cambio en el principio activo y el 4.8% a un cambio en las dosis o en la presentación. En cuanto a las reagudizaciones, un 36.4% de los pacientes tuvieron alguna durante los 6 meses siguientes a la visita de inclusión.

Se observa una prevalencia de cumplidores del 66.6% (IC95%:54.9-78.3), valorado por recuento de comprimidos o recuento de las dosis inhaladas mediante contador (MDI) al mes de seguimiento en 63 de los 79 pacientes que acudieron a la visita, cifra que ascendió ligeramente a los 6 meses, situándose en el 68.0% (IC95%:55.1-80.9) medido en 50 de los 66 pacientes que acudieron a la revisión. Cifras similares de obtuvieron con los métodos indirectos a excepción del test de cumplimiento autocomunicado (gráfica 2).

En la visita 1, de los 21 pacientes no cumplidores el test de Morinsky-Green detectó a 13 y el test de Batalla a 14; mientras que de los 42 pacientes cumplidores ambos métodos identificaron a 27. En la visita 2, de los 16 pacientes no cumplidores los dos test clasificaron correctamente a 11 y de los 34 cumplidores el test de Morinsky-Green identificó a 21 y el test de Batalla a 25.

Las características de validez diagnóstica de los dos métodos indirectos de valoración del cumplimiento terapéutico se recogen en las tablas 3 y 4.

DISCUSIÓN

La primera dificultad observada ha sido el elevado porcentaje de pacientes que están incluidos en los listados como pacientes con EPOC y que no se corresponden con este diagnóstico, o bien carecen de los datos administrativos necesarios para poder localizarlos. Estos hechos justifican la mayoría de las pérdidas acontecidas tanto en el inicio del estudio como en el posterior seguimiento (Figura 1). No obstante, se comprobó la ausencia de diferencias significativas entre los distintos grupos de pacientes analizados, lo que nos permiten concluir que el principal efecto de estas pérdidas se ha visto reflejado en una disminución del poder estadístico.

La muestra finalmente incluida en este estudio es similar a la descrita en otros trabajos previos, a excepción de la media de edad que en nuestro estudio es más elevada y con un menor nivel de estudios [3]. Existe un predominio de los estadios leve-moderado de la EPOC en los pacientes in-

cluidos en la muestra, y la mayoría recibe tratamiento farmacológico con anticolinérgicos y agonistas beta-2, como corresponde al estadio de los pacientes[1,32].

Perfil de prescripción y adecuación terapéutica

El perfil de prescripción que mostramos es parecido al de otros estudios[33,34]. Los anticolinérgicos y los beta-2-adrenérgicos son los fármacos utilizados de manera más frecuente, en consonancia con las recomendaciones terapéuticas vigentes en el momento del estudio[1,13] y con estudios recientes que apoyan estas recomendaciones[35]. Estos estudios han puesto de manifiesto que los anticolinérgicos reducen las exacerbaciones, los ingresos hospitalarios y las tasas de mortalidad debidas a la EPOC. Además, aumentan la tolerancia al ejercicio y la calidad del sueño, y lo que es más importante pueden mejorar la función pulmonar aumentando el FEV1 y la capacidad vital forzada, sobre todo en pacientes que han sido fumadores. En cuanto a los beta2-adrenérgicos reducen la disnea y se asocian con una leve mejoría del FEV1 aunque no mejoran la calidad de vida. Por otro lado, existen evidencias de que el uso de beta2-adrenérgicos podría estar asociado con un incremento de los problemas cardiovasculares. Es por ello que aunque las recomendaciones pongan a ambos fármacos en el primer escalón y puedan utilizarse indistintamente, cada vez se recomiende más la prescripción de anticolinérgicos como primera opción[1,2,32].

Hemos observado una tendencia hacia una mayor prescripción de fármacos a la par que aumenta la severidad, aunque lo más llamativo sea la alta prescripción para la EPOC leve, que, en algunos casos, incluye la utilización de xantinas. El empleo de estos fármacos en la EPOC es controvertido y sin embargo, el consumo de xantinas en nuestro país llega al 41,3%, este hecho se ha puesto de manifiesto en otros estudios previos[10]. Según las recomendaciones[1,13] estos fármacos deben utilizarse en estadios de severidad grave, generalmente con un FEV1< 50%, pero no en fases menos avanzadas de la enfermedad[12]. En nuestro caso el uso de xantinas en los pacientes con EPOC leve es del 14.3%, muy similar al porcentaje obtenido en el estudio de Esteban y cols.[33], pero significativamente menor que en otras series[10].

Otro dato importante es el uso generalizado de corticoides inhalados. Los datos disponibles indican que estos fármacos pueden tener una cierta utilidad en el tratamiento de pacientes con EPOC grave, sintomáticos, con exacerbaciones repetidas que requieren tratamiento con antibióticos o corticoides orales, ya que mejoran su sintomatología y reducen el número de exacerbaciones. Los corticoestroides también reducen la hiperreactividad bronquial y otros síntomas respiratorios de la enfermedad, tales como la tos, además un estudio observacional sugiere que podrían reducir la mortalidad[33]. La media de uso de este fármaco en nuestro estudio asciende al 71.43% en pacientes con EPOC leve, cifras superiores a las encontradas en otros estudios[10], y que conducen a una pauta de prescripción que contrasta con las recomendaciones terapéuticas vigentes[1,13]

En el estudio IDENTEPOC[8] se ha puesto de manifiesto que la prescripción en los pacientes con EPOC viene determinada no sólo por el grado de obstrucción al flujo aéreo, sino también por otros parámetros como la disnea y, principalmente, la calidad de vida relacionada con la salud. Estos parámetros no se tienen en cuenta en las guías terapéuticas actuales, sin embargo, en la práctica los médicos utilizan criterios más amplios para determinar el tratamiento que prescriben.

Por ello, consideramos oportuno ampliar futuras investigaciones que recojan todos los criterios que se utilizan en el proceso de toma de decisiones para estos pacientes.

Cumplimiento terapéutico

Los instrumentos diagnósticos empleados en medicina se han considerado tradicionalmente como un medio de reducir la incertidumbre en el diagnóstico[36]. Esta incertidumbre alcanza niveles importantes si lo que tratamos de diagnosticar es una entidad como el cumplimiento terapéutico, en la que influye una gran diversidad de factores. Cuando pretendemos valorar de forma adecuada el cumplimiento terapéutico lo primero que debemos hacer es cuantificarlo con la mejor prueba disponible, posteriormente valorar qué métodos serían los indicados para el seguimiento clínico y finalmente calcular los indicadores de validez diagnóstica[37].

En el presente estudio hemos pretendido recorrer estas tres etapas, partiendo de los pacientes que están incluidos en los programas de atención a pacientes con patología respiratoria crónica de los centros de salud

Cómo métodos indirectos de valoración del cumplimiento terapéutico se han seleccionado en el presente trabajo tres instrumentos que han sido validados en patologías crónicas diferentes a la patología respiratoria[37-41]. Para definir la validez diagnóstica de los métodos indirectos de medida del cumplimiento terapéutico se ha utilizado como **prueba de referencia** el recuento de dosis/comprimidos en cita en el centro de salud. Para intentar mejorar el rendimiento de la técnica, el paciente sólo sabía que se le volvería a llamar (pero no cuándo) para preguntarle *como estaba de los bronquios* (en ningún momento se mencionaba el cumplimiento con la medicación). Para la revisión del cumplimiento se le llamaba por sorpresa el día antes de la revisión en el centro sanitario; de este modo se han intentado evitar que modificara su conducta de adherencia al tratamiento los días previos a la cita.

Dada la naturaleza del proceso en estudio, no existe un *patrón oro perfecto*, por lo que se podría incurrir en el *sesgo del gold estándar imperfecto*[31]. No obstante consideramos que el método de referencia utilizado en el presente estudio (recuento de dosis/comprimidos) muestra resultados reproducibles como se observa en las dos medidas realizadas durante el seguimiento de los pacientes (gráfica 2). Esta técnica de medida del cumplimiento terapéutico se sitúa en un punto intermedio entre los métodos directos e indirectos, es de fácil realización y permite cuantificar el número de dosis/comprimidos administrados. La principal desventaja es que asume que todo comprimido/dosis que falta en el envase ha sido consumido por el paciente[25,37].

La prevalencia de cumplimiento en nuestro estudio es similar a la referida por otros autores[15,18-20].

De los tres métodos indirectos empleados, el **cumplimiento autocomunicado de Haynes y Sackett** sobreestima el porcentaje de cumplidores, mientras que el **test de Morinsky-Green** y el **test de Batalla** arrojan cifras de cumplidores inferiores a las proporcionadas por el recuento de comprimidos.

Pese a que en otros estudios con pacientes crónicos[37] el test de cumplimiento autocomunicado de Haynes y Sackett mostró una adecuada **validez diagnóstica**, en el caso de la EPOC, sobreestima el cumplimiento, (como se observa en la gráfica 2), pues clasifica como cumplidores al 100% de los sujetos en las dos valoraciones realizadas. Por lo tanto, no lo consideramos aplicable para esta enfermedad.

Los indicadores de **validez diagnóstica** obtenidos por los otros dos métodos indirectos (Test de Morinsky-Green y Test de Batalla) considerados de forma independiente muestran una sensibilidad y especificidad que oscilan entre un 61.7% y un 73.5%, estas cifras se modifican cuando se consideran ambos test de forma conjunta (los dos cuestionarios clasifican al paciente no cumplidor), observándose una incremento notable en el especificidad que se sitúa en el 88%, con una disminución de la sensibilidad (43%).

Estos valores coinciden con lo detectado en otros estudios de validación de estos cuestionarios en otras patologías crónicas, en los que la especificidad supera a la sensibilidad[37].

Si consideramos el valor del cociente de probabilidad para detectar incumplidores observamos cómo oscila entre 3,59 en la visita del mes y 4,95 en la visita de los 6 meses, es decir cuando el resultado de ambos test identifica como no cumplidor a un paciente que está siguiendo un tratamiento pautado con inhaladores es aproximadamente cuatro veces más probable que sea un verdadero positivo.

La validez diagnóstica de los dos test por separado es baja, pero cuando se consideran conjuntamente adquieren una mayor potencialidad de permitir a un bajo coste, detectar a pacientes que no están cumpliendo con el plan terapéutico propuesto.

Por otra parte, los pacientes que admiten no hacer bien el tratamiento, son los que mejor van a responder a programas de educación sanitaria[37], por lo que su identificación probablemente nos permitiría constituir grupos de pacientes en los que la efectividad de futuras intervenciones educativas sería mayor.

En conclusión, los métodos indirectos usados pueden ser una herramienta útil en la detección

de pacientes no cumplidores en EPOC, aunque sería necesario confirmar la validez diagnostica de estos métodos, de manera diferenciada, para los diferentes tipos de sistemas de inhalación y de principios activos. Con ello, se mejoraría la valoración cuantitativa del cumplimiento en el paciente con EPOC, pero quedaría un importante problema por resolver: el uso incorrecto de los diferentes dispositivos inhaladores, incluso en los pacientes cumplidores, que debería ser también evaluado[17].

BIBLIOGRAFIA

1. Barberá JA, Peces-Barba G, Agustí AGN, Izquierdo JL, Monsó E, Montemayor T, et al. Guía clínica para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Arch Bronconeumol. 2001; 37:297-316.

2. American Thoracic Society / European Respiratory Society Task Force. Standards for the Diagnosis and Management of Patients with COPD.

3. Sobradillo V, Mirtavilles M, Jimenez CA, Gabriel R, Viejo JL, Masa JF, et al. Estudio IBERPOC en España: prevalencia de síntomas respiratorios habituales y de limitación crónica al flujo aéreo. Arch Bronconeumol. 1999; 35: 159-166.

4. Sobradillo V. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Enfoque actual. En: EPOC perspectivas actuales. Madrid: Grupo Aula Médica; 1995. p. 3-17.

5. Alonso P. Proyecto coste por proceso. Hospitales Insalud. Madrid: Insalud; 1995.

6. Pauwels RA, Rabe KF. Burden and clinical features of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Lancet. 2004; 364:613-20.

7. Barnes PJ, Kleinert S. COPD-a neglected disease. Lancet. 2004; 364: 564-5.

8. De Miguel J, Izquierdo JL, Molina J, Bellón JM, Rodríguez JM, Lucas P. Factores determinantes de la prescripción farmacológica en los pacientes con EPOC estable. Resultados de un estudio multicéntrico español (IDENTEPOC). Arch Bronconeumol. 2005; 41:63-70.

9. Sobradillo V, Miravitlles M, Gabriel R, Jiménez-Ruiz CA, Villasante C, Masa JF. Variaciones geográficas en la prevalencia y diagnóstico insuficiente de la EPOC. Resultados del estudio IBERPOC. Chest. 2000; 118: 981-9.

10. De Miguel DJ, Izquierdo AJL, Rodríguez JM, De Lucas RP, Molina PJ. Tratamiento farmacológico de la EPOC en dos niveles asistenciales. Grado de adecuación a las normativas recomendadas. Arch Bronconeumol. 2003; 39: 195-202.

11. De Miguel Díez J, Izquierdo Alonso JL, Molina París J, Rodríguez González-Moro JM, De Lucas Ramos P, Gaspar Alonso-Vega G. Fiabilidad del diagnóstico de la EPOC en atención primaria y neumología en España. Factores predictivos. Arch Bronconeumol. 2003; 39:203-8.

12. Figueras M. Estimación del impacto de las prácticas asistenciales no recomendadas en el abordaje de la EPOC. Barcelona: SOIKOS; 1999.

13. Pauwels R, Buist A, Calverly P, Jenkins C, Hurd S. Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. NHLBI/WHO global initiative for chronic obstructive lung disease (GOLD) workshop summary. Am J Respir Crit Care Med. 2001; 163: 1256-1276.

14. Ramsey SD. Suboptimal Medical Therapy in COPD. Exploring the causes and consequences. Chest. 2000; 117: 33S-37S.

15. Aarón SD, Vandemheen KL, FergussonD, Maltais F, Bourbeau J, Goldstein R, et al. Tiotropium in combination with placebo, salmeterol or fluticasone-salmeterol for treatment of chronic obstructive pulmonary disease: a randomised trial. Ann Intern Med. 2007; 146: 545-55.

16. Anthonisen NR. Persistence and compliance. Can Respir J. 2004; 11: 13-14.

17. Anthonisen NR, Connet JE, Kiley Md. Effects of smoking intervention and the use of inhaled anticholinergic bronchodilator on the rate of decline of FEV1: The Lung Health Study. JAMA. 1994; 272: 1497-1505

18. Crompton GK, Barnes PJ, Broeders M, Corrigan C, Corbetta L. The need to improve inhalation technique in Europe: a report from the Aerosol Drug Management Improvement Team. Respir Med. 2006; 100: 1479-94.

19. Cramer JA, Bradley-Kennedy C, Scalera A. Treatment persistence and compliance with medication for chronic obstructive pulmonary disease. Can Respir J. 2007; 41: 25-9.

20. Bender BG, Pedan A, Varasteh LT. Adherence and persistence with fluticasone propionate/salmeterol combination therapy. J Allergy Clin Inmunol. 2006; 118: 899-904

21. Krigsman K, Nilson JL, Ring L. Refill adherence for patients with asthma and COPD: comparison of a pharmacy record database with manually collected repeat prescriptions. Pharmacoepidemiol Drug Saf. 2007; 16: 441-8.

22. George J, Mackinnon A, Kong DC, Stewart K. Development and validation of the beliefs and behaviour questionnaire (BBQ). Patient Educ Couns. 2006; 64: 50-60.

23. Simmons MS, Nides MA, Rand CS, Wise RA, Tashkin DP. Unpredictability of Deception in compliance with physician prescribed bronchodilator inhaler use in a clinical trial. Chest. 2000; 118: 290-5

24. Jarvis S, Ind PW, Shiner RJ. Inhaled therapy in elderly COPD patients: time for re-evaluation? Age Ageing 2007; 36: 213-8.

25. Sanchís J, Casan P, Castillo J, Gómez N, Palenciano L, Roca J. Espirometría forzada. Grupo Trabajo SEPAR. En: http://db.separ.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/separ/separ2003.pkg_publicaciones.muestradoc

26. Sackett DL, Haynes RB, Tugwell P, editors. Cumplimiento. En: Epidemiología clínica. Una ciencia básica para la medicina clínica. Madrid: Díaz de Santos; 1989. p. 259-91.

27. Morinsky DE, Green LW, Levine AM. Concurrent and predictor validity of a self reported measure od medication adherence. Med Care. 1986; 1: 67-74.

28. Batalla A, Blanquer R, Ciurana M, García M, Jordi E, Pérez A, et al. Cumplimiento de la prescripción farmacológica en pacientes hipertensos. Aten Primaria. 1984; 1: 185-91.

29. Jones P, Quirk FH, Baverystock CM, Littlejohns PA. A self-complete measure of health atatus for chronic airflow limitation. The St. George´s Respiratory Questionnaire. Am Rev Respir Dis. 1992; 145:1321-1327.

30. Ferrer M, Alonso J, Prieto L, Plaza V, Monsó E, Marrades R, et al. Validity and reliability of the St. George´s Respiratory Questionnarie after adaptation to a different language and culture: the Spanish example. Eur Respir J. 1996; 9:1160-1166.

31. Cabello JB, Pozo F. Métodos de investigación en cardiología clínica (X). Estudios de evaluación de las pruebas diagnósticas en cardiología. Rev Esp Cardiol. 1997; 50: 507-19.

32. Pauwels R. Global Initiative for Chronic Obstructive Luna Disease (GOLD): A collaborative Project of the Nacional Health, Luna, and Blood Institute, NIH and World Health Organisation 2004.

33. Estaban C, Moraza J, Aburto M, Quintana JM, Capelastegui A. Description of a sample of patients with chronic obstructive pulmonary disease treated at Hospital-supervised respiratory medicine services at Primary care centers. Arch Bronconeumol. 2003; 39:485-90.

34. Viejo-Bañuelos JL, Pueyo-Bastida A, Fueyo-Rodríguez A. Características de los pacientes ambulatorios con EPOC en la práctica clínica diaria: el proyecto español E4. Respir Med. 2006; 100: 2137-2143.

35. Grimes G, Manning JL, Patel P, Via RM. Medications for COPD: A review of effectiveness. Am Family Phys 2007; 78: 1141-1148.

36. Riegelman RK, Hirsch RP. Studying a study and testing a test. 3rd edition, Edit Little, Brown and Company; Boston 1996.

37. Gil V, Pineda M, Martínez JL, Belda J, Santos ML, Merino J. Validez de seis métodos indirectos para valorar el cumplimiento terapeutico en hipertensión arterial. Med Clin (Barc). 1994; 102: 532-6.

38. Piñeiro Chousa F, Gil Guillén VF, Donis Otero M, Orozco Beltrán D, Pastor López R, Merino Sánchez J. Validez de seis métodos indirectos para valorar el cumplimiento del tratamiento farmacológico en la diabetes no insulin-dependiente. Rev Clin Esp. 1997; 197: 555-9.

39. Piñeiro F, Gil V, Donis M, Orozco D, Torres MT, Merino J. Validez de seis métodos indirectos para valorar el cumplimiento del tratamiento farmacológico en las dislipemias. Aten Primaria. 1997; 19: 465-8.

40. Piñeiro F, Gil V, Donis M, Orozco D, Pastor R, Merino J. Validez de seis métodos indirectos para valorar el cumplimiento del tratamiento farmacológico en la hipertensión arterial. Aten Primaria. 1997; 19: 372-6.

41. García Pérez AM, Leiva Fernández F, Martos Crespo F, García Ruiz AJ, Prados Torres D, Sánchez de la Cuesta y Alarcón F. ¿Cómo diagnosticar el cumplimiento terapéutico en Atención Primaria. Med fam Andal. 2000;1:13-9.

Figura 1. Esquema general del estudio realizado.

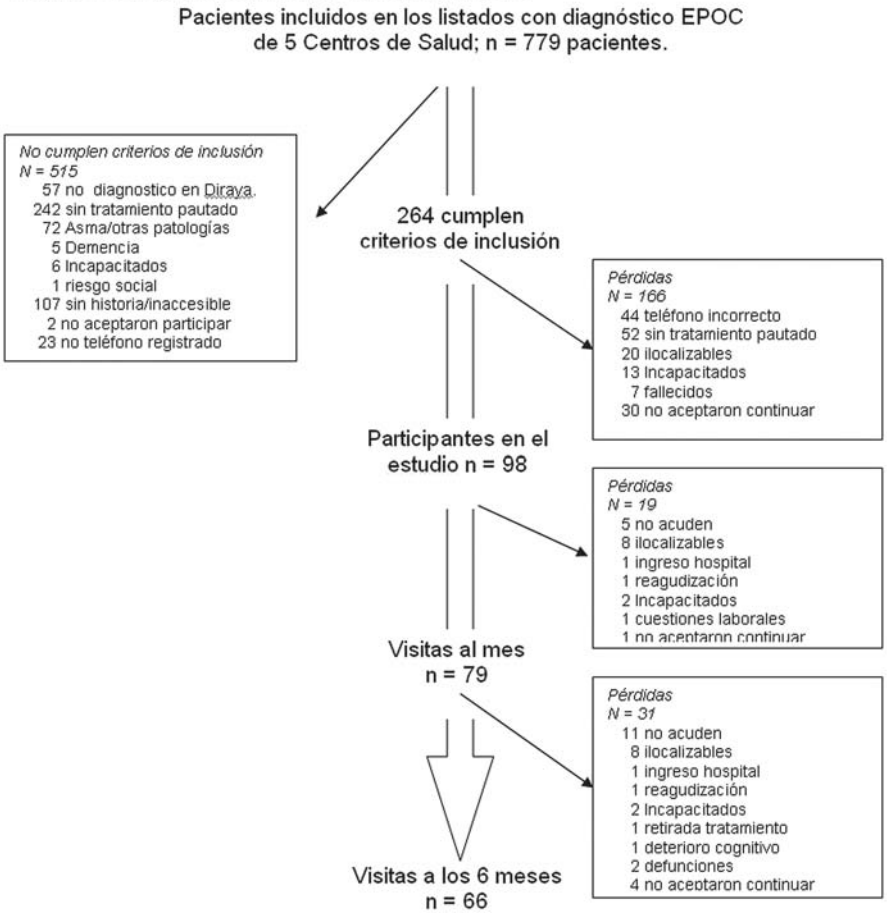


Tabla 1. Distribución de las prescripciones según el estadio de severidad.

Severidad / Grupo farmacológico	Leve (%)	Moderada (%)	Grave (%)
Anticolinérgicos	89.3	90.47	95.8
Beta 2 adrenérgicos	85.7	88	95.8
Corticoides Inhalados	71.43	66.66	70.8
Corticoides Orales	0	0	8.3
Xantinas	14.3	12	20.8
Mucolíticos	0	4.76	12.5

Tabla 2. Recomendaciones SEPAR[1] y GOLD[13] para el tratamiento de la EPOC estable.

	Recomendaciones SEPAR	**Recomendaciones GOLD**
EPOC leve	*Paciente poco sintomático*: β-2 acción corta a demanda *Paciente sintomático*: 1º.- Anticolinérgico o β-2 acción prolongada en pauta fija 2º.- Asociación de ambos	Broncodilatadores de acción corta a demanda
EPOC moderada	*Paciente poco sintomático*: β-2 acción corta a demanda *Paciente sintomático*: 1º.- Anticolinérgico o β-2 acción prolongada en pauta fija 2º.- Asociación de ambos 3º.- Añadir teofilina. Retirar si no se comprueba su efectividad. 4º.- Cosiderar glucocorticoides inhalados	1º.- Tratamiento regular con uno o más broncodilatadores 2º.- Glucorticosteroides inhalados si existe respuesta clínica y funcional o exacerbaciones repetidas 3º.- Rehabilitación
EPOC grave	1º.- Añadir glucocorticoides inhalados 2º.- Glucocorticoides orales 3º.- Inclusión programa de rehabilitación 4º.- Oxigenoterapia domiciliaria 5º.- Considerar tratamientos quirúrgicos	1º.- Tratamiento regular con uno o más brocodilatadores 2º.- Glucocorticosteroides inhalados si existe respuesta 3º.- Rehabilitación 4º.- Oxigenoterapia 5º.- Considerar tratamiento quirúrgicos

Tabla 3. Comparación abierta entre los métodos indirectos analizados y el patrón oro.

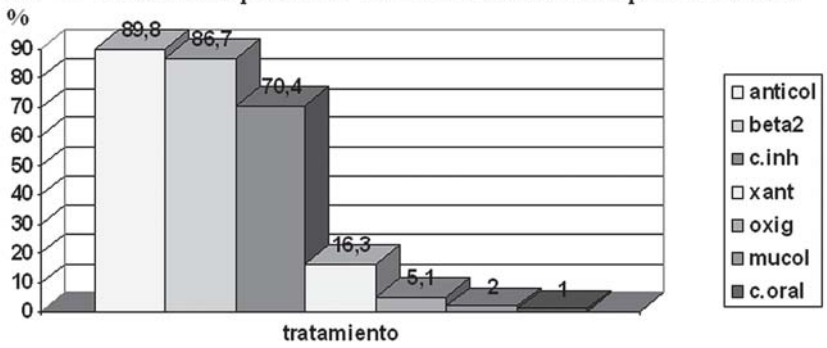
Métodos Indirectos	1 mes	6 meses
	% cumplimiento (IC95%) Sig. estadistica	
Recuento dosis	**66.6% (54.9-78.3)**	**68.0% (55.1-80.9)**
Test Morinsky-Green	55.5% (43.3–67.7) *P=0.049*	52.0% (38.2–65.8) *p=0.044*
Test Batalla	53.9% (41.6–66.2) *p=0.020*	60.0% (46.5–73.5) *p=0.004*
Test Morinsky-Green + Test Batalla	31.7% (20.3–43.1) *p=0.010*	32.0% (19.1–44.9) *p=0.003*

Tabla 4. Validez diagnóstica de los Métodos indirectos para detectar a pacientes no cumplidores con el tratamiento prescrito.

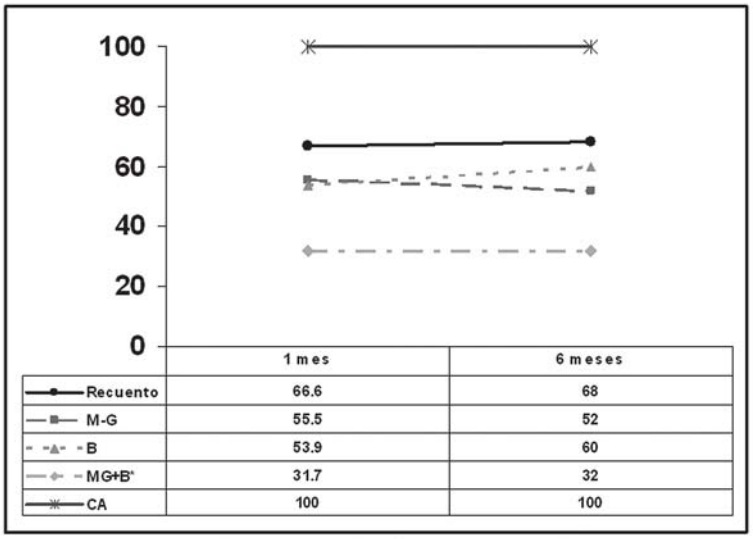
	1 mes				6 meses			
	S (IC95%)	E(IC95%)	CPP(IC95%)	CPN(IC95%)	S(IC95%)	E(IC95%)	CPP(IC95%)	CPN(IC95%)
M-G	0.619 (0.500-0.738)	0.642 (0.524-0.760)	1.729	0.593	0.687 (0.559-0.815)	0.617 (0.483-0.751)	1.793	0.507
B	0.666 (0.550-0.782)	0.642 (0.524-0.760)	1.860	0.520	0.687 (0.559-0.815)	0.735 (0.613-0.857)	2.592	0.425
M-G + B*	0.857 (0.771-0.943)	0.404 (0.283-0.525)	1.437	0.353	0.937 (0.870-1.00)	0.441 (0.304-0.578)	1.676	0.142
M-G + B**	0.428 (0.217-0.639)	0.88 (0.782-0.978)	3.59	0.64	0.437 (0.194-0.68)	0.911 (0.816-1.00)	4.95	0.62

Test Morinsky-Green : M-G; Test Batalla:B; Sensibilidad : S ; Especificidad : E ; Cociente probabilidad positivo: CPP. * Se consideran pacientes detectados como no cumplidores por al menos uno de los métodos indirectos. **Se consideran pacientes detectados como no cumplidores por ambos métodos indirectos.

Grafica n° 1. Tratamiento prescrito. % fármacos utilizados para la EPOC.



Gráfica 2. Evolución del porcentaje de cumplimiento terapeutico en los 6 meses de seguimiento.



	1 mes	6 meses
Recuento	66.6	68
M-G	55.5	52
B	53.9	60
MG+B*	31.7	32
CA	100	100

Recuento: recuento de comprimidos/dosis con contador; M-G:Test Morinsky-Green; B:Test Batalla; CA: cumplimiento Autocomunicado de Haynes-Sackett.
* Se consideran pacientes detectados como cumplidores por ambos métodos.

ORIGINAL

Adquisición de hábitos saludables en la edad infantil

Guardeño Ropero D [1], Zorrilla Moreno ML [2], Rodríguez Jiménez JC [1], Merino del Amo E [3], Illanes Leiva R [4]

[1] *Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Matrona Antonia Mesa Fernández. Cabra. Distrito Sanitario Córdoba Sur*
[2] *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio de Urgencias del Hospital San Juan de Dios. Córdoba*
[3] *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena I. Distrito sanitario Córdoba Sur*
[4] *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio de Urgencias Centro Hospitalario Alta Resolución de Antequera. Málaga*

RESUMEN

Título: adquisición de hábitos saludables en la edad infantil.

Objetivo: comprobar la eficacia de una intervención educativa en la adquisición de hábitos cardiosaludables en niños de 3º de Primaria.

Diseño: estudio Cuasi-Experimental. Ensayo antes-después.

Emplazamiento: centros de educación primaria del área sur de Córdoba.

Población y muestra: alumnos de 3º de Primaria de los Centros seleccionados.

Intervenciones: talleres-actividades educativas para fomentar hábitos cardiosaludables.

Resultados:

N = 204. Edad media 8 años (Rango = 7-9 años). - Primera visita: Siguen una dieta adecuada un 59.6%. El 11.6% han consumido tabaco, y el 16% bebidas alcohólicas. El 75.5% se cepillan los dientes 3 o más veces al día. El 75.5% realizan deporte en horario extraescolar.

- Tras la Intervención: El 67% sigue una dieta adecuada, el 64% sabe escribir 3 alimentos saludables, un 79% conoce los efectos nocivos del alcohol y el 91.7% conoce los beneficios de practicar deporte.

Conclusiones: no hemos podido descartar la hipótesis nula.

Tampoco se ha observado asociación significativa entre "frecuencia de consumo de alimentos saludable" y, "sexo del niño", "quien cocine en casa", o "quien trabaje fuera de casa".

Sí existió diferencia estadísticamente significativa antes-después en reconocimiento de "alimentos no saludables" y "efectos adversos atribuibles al alcohol".

El consumo de alcohol y/o tabaco es alarmante pero concordante con la bibliografía consultada. Se aprecia falta de sensibilización entre los padres en prevención de patología bucodental en la infancia.

Palabras clave: hábitos dietéticos; niño/a, estudio de Intervención.

SUMMARY

Title: Acquiring Healthy Habits during Childhood

Goal: Confirm the efficacy of an educational intervention aimed at helping children of third-grade age to acquire heart-healthy habits.

Design: Quasi-experimental study. Pre-post intervention study.

Correspondencia: David Guardeño Ropero
C. S. Matrona Antonia Mesa Fernández.
Cabra (Córdoba)
E-mail: daguro75@yahoo.es

Recibido el 10-04-2008; aceptado para publicación el 01-07-2008
Med fam Andal 2008; 3: 161-174

Setting: Primary education centers in the southern area of Cordoba.

Population and Sample: Third grade students in selected educational centers.

Interventions: Workshops and educational activities to encourage habits for a healthy heart.

Results: N = 204. Average age was 8 years (range = 7-9 years).

- *First visit:* 59.6% follow an adequate diet. 11.6% have tried smoking and 16% have tried alcoholic drinks. 75.5% brushed their teeth three or more times a day. 75.5% participated in extracurricular sports.

- *Following the intervention:* 67% follow an adequate diet, 64% can identify three healthy types of food, 79% are aware of alcohol's negative effects, and 91.7% know about the benefits that accrue from physical activity.

Conclusions: We cannot rule out a null hypothesis nor was their any significant association between *"how frequently they ate healthy foods," "sex of the child", "who cooks at home,"* or *"who works outside the home."*

There was, however, a statistically significant *pre-post* difference in recognizing *"foods that were not healthy"* and *"the adverse effects of alcohol."* Alcohol consumption is alarming, but similar to that found in bibliographical references. The study showed that parents were not very sensitized regarding the importance of instilling good oral health habits in children of this age.

Key words: Food habits, Child, Intervention Studies.

INTRODUCCIÓN

Los hábitos alimentarios son determinantes del estado de salud de una población, de manera que cuando son inadecuados (por exceso o defecto) se han relacionado con enfermedades de alta prevalencia, como es el caso de las enfermedades cardiovasculares, obesidad, caries dental, osteoporosis, cánceres...

En el **Informe sobre la Salud en el Mundo**, elaborado por la OMS en el año 2002 (1), se considera la obesidad, la inactividad física, el bajo consumo de frutas y verduras, el incremento de tensión arterial (TA), colesterol sérico y glucemia, y los hábitos tabáquico y enólico, como factores de riesgo de un porcentaje considerable (hasta el 80%) de la morbi-mortalidad en la mayoría de los países.

De forma análoga el **Informe de la Comisión Europea sobre el Estado de los Trabajos en el campo de la nutrición en Europa** (2003), también concluye afirmando que existe relación entre diversas patologías y determinados factores de riesgo de origen alimentario (2). Así cabe destacar la influencia del consumo inadecuado de frutas y verduras y el exceso de alcohol y de sal, en la hipertensión arterial (HTA); la asociación de enfermedades cerebrales y cardiovasculares, con un aporte pobre de frutas y verduras y un exceso de ácidos grasos saturados; el paralelismo entre obesidad, escaso ejercicio físico y la incidencia de diabetes mellitus (DM) tipo 2; la osteoporosis en el contexto de un aporte deficitario de calcio y vitamina D junto a una actividad física también inadecuada, ...

El **Estudio DRECA** (3) determina la magnitud de los factores de riesgo cardiovascular en la población andaluza. Los resultados reafirmaron los de anteriores estudios, poniendo de manifiesto la fuerte asociación entre la obesidad y otros factores de riesgo cardiovascular, como la hipertensión arterial, la dislipemia y la diabetes. En el análisis de alimentos se corrobora la tradicional fuente de grasas no saturadas (oliva, pescado azul), existiendo aspectos mejorables, como la reducción del consumo de proteínas de origen animal (a excepción de pescado), de productos lácteos y otros derivados, y de las grasas (particularmente, los ácidos grasos saturados). Asimismo se recomienda el consumo de pan y

cereales (especialmente los integrales), verduras, frutas, leguminosas y hortalizas. Otro dato que nos aporta el citado estudio es que el IMC se incrementa con la edad, incluso en niños a partir de los 5 años, situándose la prevalencia de obesidad en adultos en un 23,3%. El estudio concluye que hay un excesivo consumo de productos ricos en grasas saturadas que se asocian a un aumento del riesgo cardiovascular, verificándose una ingesta excesiva de carnes y fiambres, bollería, galletas y pastelería sobre todo en niños y jóvenes.

El **Estudio SEEDO** (4) sobre Prevalencia de la Obesidad en España (2003), concluye de forma similar, comentando que mantenemos en mayor medida la orientación de la dieta mediterránea, aunque los consumos actuales muestran tendencias y cambios poco saludables, revelando excesivo consumo de carnes, pescados y lácteos, consumos subóptimos de cereales (a excepción de pastas y productos de bollería, que se han incrementado en los últimos años), patatas y legumbres y descenso en la última década del consumo de frutas y verduras frescas, compensado en parte por un aumento del consumo de verduras y hortalizas procesadas y/o transformadas.

En EE.UU. se ha encontrado un porcentaje superior al 20 % de niños y adolescentes con sobrepeso, que presentaban intolerancia a la glucosa y DM tipo 2. Algunos autores se refieren a este incremento de la DM en estas edades como una epidemia pediátrica emergente (5,6,7).

Entre los factores que influyen en la elección de los alimentos, el *Institute of European Food Studies* mostró que para los consumidores europeos el más importante era la **calidad** (8). También el **nivel socioeconómico familiar** y el **grado de instrucción de la madre de familia**, influyen en el consumo de determinados alimentos como el pescado, la carne, las frutas, las verduras y los lácteos (9). La **edad** es otro de los factores que establecen variaciones de consumo. Para los jóvenes consumidores la comodidad (comida rápida, precocinada,...) se erige como un importante factor a la hora de elegir su dieta.

Varios estudios españoles ponen de manifiesto el escaso nivel de conocimiento de la población infantil y juvenil en el ámbito de la alimentación (10,11), aunque muestran altos niveles de interés y preocupación, participando un 56% en la elección del menú familiar (12).

Así, debemos considerar el sobrepeso y la vida sedentaria como la verdadera epidemia del Siglo XXI (13), debiéndose potenciar **hábitos saludables**, como la tradicional "Alimentación Mediterránea", tan propia de nuestra cultura culinaria, y **actividades para la promoción de la salud** (ejercicio físico, higiene bucodental,…) sobre todo en edades tempranas (niños-adolescentes), para reducir el riesgo de enfermedades crónicas en la edad adulta y mejorar la calidad de vida de aquellos que ya las padecen.

Por todo ello, nos propusimos realizar un estudio para valorar la eficacia de una intervención educativa en la adquisición de hábitos cardiosaludables en niños de 3º de primaria.

Las **Hipótesis** generadas fueron:

- **Conceptual:** Una intervención educativa sobre niños promueve el desarrollo de hábitos cardiosaludables en éstos

- **Operativa:** Una intervención educativa sobre niños promueve el desarrollo de hábitos cardiosaludables en el 15% de éstos.

Nuestros Objetivos **son:**

• **General:** Comprobar la eficacia de una intervención educativa en la adquisición de hábitos cardiosaludables en niños de 3º de primaria.

• **Secundarios:**

- Conocer las características sociodemográficas de la muestra.

- Recoger la frecuencia de consumo de ciertos alimentos por los niños.

- Estudiar el grado de conocimientos sobre hábitos cardiosaludables (tabaco, dieta, ejercicio…) de los niños encuestados.

METODOLOGÍA Y DISEÑO EXPERIMENTAL

Se trata de un estudio cuasi-experimental, más concretamente de un "ensayo antes-después", llevado a cabo en centros de educación primaria de la zona sur de Córdoba, sobre niños de 3er curso. La muestra ha estado compuesta por *clusters*, que correspondían a los niños incluidos en las aulas seleccionadas (único criterio de inclusión).

Se calculó el tamaño muestral mediante el programa C4-SDP. Por falta de datos, supusimos una proporción inicial del 50% (máxima indefinición), y una proporción esperada del 65%, asumiendo un error á = 0.05 y un error â = 0.2, con un porcentaje estimado de pérdidas igual al 5%, y un carácter unilateral en la prueba, resultando que la población necesaria era de al menos 147 sujetos. Los centros educativos en los que se desarrolló la intervención, se eligieron por conveniencia: proximidad a los centros de trabajo de los componentes del equipo investigador.

Inicialmente, se contactó telefónicamente con los directores de los centros elegidos, presentándoles el proyecto e invitándoles a participar en él. Una vez aceptada la propuesta, se programó un día para acudir a los centros a realizar las Jornadas Cardiosaludables (intervención).

Se elaboró un cuestionario "ad hoc", contando con la opinión de expertos, que se pilotó con un grupo de aproximadamente 30 niños de 3º de primaria, pertenecientes a un centro distinto a los que se iba a realizar la intervención, que se ha utilizado como instrumento para valorar el nivel de conocimientos que la muestra tiene sobre hábitos cardiosaludables (ANEXO 1).

Se han hecho 2 visitas a los centros:

- 1ª visita: En la que tras reunir a los alumnos, se distribuyó el cuestionario para ser cumplimentado. Posteriormente se procedió a la recogida de estos resultados basales, y se llevaron a cabo las jornadas cardiosaludables, consistentes en talleres, juegos participativos... (ANEXO 2).

Al final de las jornadas se distribuyó un sobre para los padres con un **tríptico informativo** sobre dieta y hábitos saludables con el objetivo de reforzar nuestra intervención.

- 2ª visita: A los 4 meses de la primera visita, se acudió de nuevo a los centros, previo consentimiento telefónico del director, para pasar de nuevo el cuestionario a los alumnos.

Una vez recogidos todos los cuestionarios, los datos han sido introducidos en una base de datos creada al efecto (soporte **Excel**), realizando una depuración / recodificación de los mismos. A continuación, con ayuda del programa de gestión de datos **Epi-Info** (versión 3.2.2.), se ha llevado a cabo un análisis descriptivo (distribución de frecuencias, medidas de tendencia central y de dispersión con un IC 95%, análisis simple de variables dos a dos) y un análisis inferencial (mediante la prueba estadística de Ji cuadrado o test exacto de Fisher) cuya potencia estadística será mayor del 80% (error â < 0.2).

Definición de variables:

a) Variables Dependientes:

- *Frecuencia de consumo* de determinados alimentos por los niños. Para facilitar el posterior análisis de los datos recogidos, llegamos al consenso de clasificar los alimentos detallados en la encuesta en dos grupos: **saludables** (Zumo de frutas, Fruta, Verduras y hortalizas, Legumbres, Cereales, Leche, Queso y yogur, Lasaña y espaguetis, Pan normal, Carne de pollo, gallina y pavo, Pescado, Aceite de oliva y girasol), y **no saludables** (Chocolate, Bebidas gaseosas, Dulces y pasteles, Golosinas, Bolsas de patatas fritas, cortezas, Frutos secos, Precocinados, Hamburguesas, perritos, pizzas, Pan de molde, Carne de ternera, cerdo, cordero, Huevos, Embutidos). Una vez aclarado esto, se considera que un niño tiene una dieta **adecuada** cuando toma al menos 1 vez al día el 50% o más de los alimentos etiquetados como saludables. Si el porcentaje es menor, se asume que sigue una dieta **mejorable**.

- *Nivel de conocimiento* de los niños sobre hábitos saludables (dieta, ejercicio, tabaco-alcohol,

higiene bucodental). Se considera un nivel de conocimiento **adecuado** cuando alcanzan una puntuación del 50% o más en los ítems destinados a tal efecto. En caso contrario el nivel de conocimiento se valora como **mejorable**.

b) Variables Independientes:

- Edad y sexo de los participantes.

- Lugar de desayuno de los niños (casa / recreo).

- Lugar de trabajo de los padres (casa / fuera de casa).

- Persona responsable de elaborar la comida en el domicilio.

Inconvenientes del estudio y formas de minimizarlos:

- *Representatividad de la muestra*, por la forma de selección de los centros educativos (conveniencia), pudiéndose obviar la diversidad sociocultural de los distintos poblaciones de nuestra zona de referencia. No obstante, dado que se han seleccionado zonas que incluyen centros urbanos y rurales, no es de esperar que existan grandes diferencias en el alumnado con el resto de colegios del entorno.

- *Diversidad de factores que influyen en la adquisición de estilos de vida* (ejemplo: medios de comunicación, profesores…). Sin embargo, por estudios previos conocemos el bajo impacto de estas fuentes en la modificación de los hábitos. No obstante se realizará un seguimiento de posibles campañas publicitarias desarrolladas durante el periodo de trabajo de campo, que pudieran influir en los resultados.

Cronograma:

MAY ´06 – SEP ´06	OCT-NOV ´06	MAR ´07	ABR ´07	MAY ´07
- Diseño del Proyecto. - Elaboración y pilotaje del cuestionario - Diseño y preparación de talleres. - Elaboración de material didáctico (folletos).	1ª Visita a los centros.	2ª Visita a los centros.	Análisis de datos.	Presentación de conclusiones

RESULTADOS

Se han recogido 204 encuestas en la primera visita (97 niños y 107 niñas) y 202 en la segunda (93 niños y 109 niñas). En ambas ocasiones el porcentaje de respuestas ha sido del 100% de los presentes en el aula. La edad media ha sido de 8 años (Rango = 7-9 años). (TABLA 1 y 2)

• **Resultados 1ª visita:**

El promedio de alimentos saludables que consume cada niño a diario es de 53.5% (IC 95%, 7 – 99%). Tienen una dieta adecuada el 59.6% de los niños (n = 121). De éstos el 54.5% son niñas (p = 0.21), el 85.7% desayunan en casa (p = 0.18), en el 94% de los casos cocina la madre (p = 0.4), y en el 58% la madre trabaja fuera de casa (p = 0.33).

El 88% de los niños encuestados desayunan en casa antes de clase (n = 176). El 90 % toman alguna cosa en el recreo (n =184), consistente en un 77% de los casos (n = 152) en bocadillo más zumo, batido o fruta.

El 97.5% piensan que siguen una dieta saludable (n = 199). No saben escribir 3 alimentos sanos para desayunar el 25.6% (n = 52), y no reconocen 3 alimentos perjudiciales de una lista de 6 el 44.6% de los niños (n = 91).

Respecto a otros hábitos:

- Alcohol y Tabaco: 23 de los niños han probado alguna vez el tabaco (11,6%), y 32 han ingerido bebidas alcohólicas (16%). El 94.6% piensan que no es sano fumar (n = 191) y un 69% conoce las principales enfermedades atribuibles al tabaco (n = 139). Un 28.4% consideran las bebidas alcohólicas como buenas o divertidas (n = 57).

- Higiene bucodental: el 75.5% se cepillan los dientes 3 o más veces al día (n = 82), y el 87.6% sabe cuando ha de hacerse (n = 176). Un 49% ha acudido al dentista en los últimos 6 meses (n = 92) y el 21% hace más de un año que no (n = 40).

- Ejercicio: El 88.4% de los niños conocen los beneficios de practicar deporte con asiduidad (n = 175), el 75.5% realizan algún deporte fuera de las horas de clase (n = 151), el 38% con una frecuencia de al menos 3 veces por semana (n = 72), siendo los deportes más practicados el fútbol, el ciclismo, el baloncesto, el tenis y el aeróbic. El 82.3% prefieren hacer deporte al aire libre a ver TV o jugar a videojuegos (n = 163).

En relación a los **hábitos de los padres:**

- En el 67% de los hogares la encargada de preparar la comida es la madre (n = 137), en el 27.5% (n = 56) de los casos esta labor es compartida por los 2 progenitores. El 56 % de las mujeres trabajan fuera de casa (n = 113).

- En el 47.5% de los casos fuma algún conviviente (n = 92), y en el 50% (n = 101) toman bebidas alcohólicas en presencia de sus hijos.

• **Resultados 2ª visita:** (TABLA 3 y 4)

- El promedio de alimentos saludables que consume cada niño a diario es de 56.5% (IC 95%, 10 – 100%). Sigue una dieta saludable el 67% de los niños (n = 135). De estos el 87.5% desayunan en casa ($p < 0.01$).

- El 64% sabe escribir 3 alimentos saludables para desayunar ($p < 0.01$).

- Un 79% conoce los efectos nocivos atribuibles al alcohol ($p < 0.01$).

- El 91.7% de los niños conocen los beneficios de practicar deporte con asiduidad ($p = 0.05$).

DISCUSIÓN

El desplazamiento de la dieta mediterránea, por otras menos saludable, las innovaciones técnico-industriales y las nuevas demandas sociales, están contribuyendo a un cambio en los estilos de vida (trabajo fuera de casa, uso del coche, comidas rápidas, ocio, sedentarismo...), que pueden favorecer el desarrollo de enfermedades crónicas (enfermedades cardiovasculares, obesidad, caries, osteoporosis, cánceres,...).

Con la intención de poner un grano más de arena en esta lucha multisectorial contra la adquisición de hábitos poco saludables en la infancia, hemos llevado a cabo este trabajo de investigación, cuyo objetivo era mensurar el impacto que podía tener una intervención puntual sobre niños de 3º de primaria de nuestro entorno, en el abandono de este tipo de hábitos.

Una vez analizados los resultados, NO se ha podido descartar la hipótesis nula con un grado de significación estadística del 95%.

Tampoco se ha observado asociación estadística-mente significativa entre la frecuencia de consumo de alimentos saludable y, sexo del niño, que quien cocine sea o no la madre, o que la madre trabaje fuera de casa. Respecto a si existe relación entre desayunar antes de ir a clase y llevar una dieta saludable, de los datos obtenidos en la 2ª visita se desprende que sí. Una posible explicación sería que en los hogares donde los niños son enseñados a desayunar en casa, hay una mayor preocupación por unos correctos hábitos dietéticos.

Si se ha encontrado una diferencia estadísticamente significativa tras la intervención en los ítems: “reconocer los alimentos no saludables” y “conocimientos sobre los efectos adversos del consumo de alcohol”, y una tendencia a la significación en “beneficios que aporta la práctica regular de deportes”.

La frecuencia de consumo de tóxicos (alcohol y tabaco) es alarmante a estas edades, sin embargo coinciden con las cifras encontradas en la bibliografía consultada referente a otras zonas de España. Este consumo precoz pudiera explicarse por la permisividad malentendida que existe hacia estas drogas socialmente aceptadas.

En relación a la higiene bucodental, hace falta más concienciación de los padres acerca de la gravedad que puede tener la patología bucal en el desarrollo del niño (alimentación, fonación, puerta de entrada de infecciones, estética). No obstante la mayoría de los niños se cepillan los dientes un número aceptable de veces y conocen el momento del día en que es más recomendable su práctica.

La mayoría de los niños reconocen como saludable la práctica asidua de deporte, prefiriendo los juegos al aire libre a ver televisión y videojuegos.

Como **conclusión final** podemos decir que aunque no hallamos podido descartar la hipótesis nula, el presente trabajo nos ha ayudado a conocer más a la población infantil de nuestro medio y sus carencias. Además también nos ha aclarado que para conseguir un cambio en los estilos de vida, es necesario algo más que realizar una intervención puntual, siendo precisos recuerdos periódicos, campañas informativas en radio-televisión y mayor apoyo por parte de padres y profesores, entre otros.

AGRADECIMIENTOS

- Joaquín Ruiz Castroviejo del Campo, Tutor intrahospitalario de residentes de MFyC y FEA Cardiología del Hospital Infanta Margarita de Cabra (Córdoba), por su colaboración en la obtención de ayuda técnica y material para el desarrollo de los talleres impartidos en los colegios participantes.

- Jesús Gonzáles Lama, Tutor-Coordinador de residentes del Área Sur de Córdoba y Facultativo especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y Medicina Preventiva, por su labor como corrector y orientador en la elaboración del estudio.

- Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Infanta Margarita (mayo 2005 - mayo2006), por su participación e inestimable ayuda en el desarrollo y coordinación de los talleres.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. Informe sobre la salud en el mundo 2002: Reducir los riesgos y promover una vida sana. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2002.

2. Comisión Europea. Informe sobre el estado de los trabajos de la Comisión Europea en el campo de la nutrición en Europa. DG Sanidad y Protección de los Consumidores Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas; 2003.

3. Servicio Andaluz de Salud. Estudio DRECA, dieta y riesgo de enfermedades cardiovasculares en Andalucía. Consejería de Salud, Servicio Andaluz de Salud. Junta de Andalucía; 1999.

4. Aranceta J, Pérez Rodrigo C, Serra Majem LL, Ribas Barba L, Quiles Izquierdo J, Vioque J, et al. Prevalencia de la obesidad en España: resultados del estudio SEEDO 2000. Med Clin (Barc). 2003; 120:608-612.

5. Ogden CL, Flegal KM, Carroll MD, Jonson CL. Prevalence and trends in overweight among US children and adolescents, 1999-2000. Jama. 2002; 288:1728-1732.

6. Rocchini, Albert P. Childhood obesity and a diabetes epidemic. N Engl J Med. 2002; 346:1390-1393. URL: http://www.nejm.org.

7. Ranjana Sinha MD, Gene Fisch PD, Barbara Teague RN, William V, Tamborlane MD, Bruna Banyas RN, et al. Prevalence of impaired glucose tolerance among children and adolescents with marked obesity. N Engl J Med. 2002; 346:802-810.

8. Institute of European Food Studies. A Pan-EU Survey on Consumer Attitudes to Physical Activity, Body-weight and Health. URL: http://www.iefs.org.

9. Serra Majem LL, Ribas Barba L, Pérez Rodrigo C, Román Viñas B, Aranceta Bartrina J. Hábitos alimentarios y consumo de alimentos en la población infantil y juvenil española (1998-2000): variables socioeconómicas y geográficas. Med Clin(Barc). 2003; 121:126-131.

10. Cano Fernández C, Chocrón González Y, Martínez Nieto JM, Rodríguez Martín A, Ruiz Jiménez MA, Díaz Vázquez MC, et al. Nivel de conocimientos sobre alimentación/nutrición en

adolescentes escolarizados de Cádiz. Aten Primaria. 1998; 22:33-38.

11. Sánchez Cruz JJ (coord.). Encuesta Andaluza de Salud, 1999. Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2003.

12. Goñi Murillo C, Vilches C, Ancizu Irure E, Arillo Crespo A, Lorenzo Reparas V, Ancizu Iribarren P, et al. Factores relacionados con los comportamientos alimentarios en una población juvenil urbana. Aten Primaria. 1999; 23:32-37.

13. Consejería de Salud. Plan para la promoción de la actividad física y la alimentación equilibrada 2004-2008. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. URL: http://www.csalud.junta-andalucia.es

TABLA 1: Descripción de la muestra estudiada en la Primera visita:

C.E.I.P.	Andrés de Cervantes		Juan Valera		San José de Calasanz		Virgen del Valle	
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
Niños	25	54.3	36	51.4	5	29.4	31	43.7
Niñas	21	45.7	34	48.6	12	70.6	40	56.3
Total	**46**	**22.5%**	**70**	**34.3%**	**17**	**8.3%**	**71**	**34.8%**

C.E.I.P.: Centro de Educación Infantil y Primaria.

TABLA 2: Descripción de la muestra estudiada en la Segunda visita:

C.E.I.P.	Andrés de Cervantes		Juan Valera		San José de Calasanz		Virgen del Valle	
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
Niños	24	53.3	32	47.8	7	41.2	30	41
Niñas	21	46.7	35	52.2	10	58.8	43	59
Total	**45**	**22.3%**	**67**	**33.2%**	**17**	**8.4%**	**73**	**36.1%**

C.E.I.P.: Centro de Educación Infantil y Primaria.

TABLA 3: Tabla Antes-Después sobre hábitos dietéticos:

	% Niños que siguen Dieta Saludable	Frecuencia Desayuno en Casa	Escribir 3 Alimentos Saludables	Reconocer 3 Alimentos NO Saludables
1ª VISITA	59.6% (n = 121)	85.7%	74.4%	55.4%
2ª VISITA	67% (n = 135)	87.5%	81.7%	64%
Significación estadística	p = 0.3	p = 0.08	p = 0.16	**p < 0.01**

TABLA 4: Tabla Antes-Después sobre Tóxicos, Higiene bucodental y Deporte:

	Fumar NO es Saludable	Enfermedades que Produce el Tabaco	Enfermedades que Produce el Alcohol	Cuándo Cepillarse los Dientes	Beneficios del Deporte
1ª VISITA	94.6%	69%	71.6%	87.6%	88.4%
2ª VISITA	98%	82%	79%	87.8%	91.7%
Significación estadística	p = 0.39	p = 0.38	**p < 0.01**	p = 0.24	**p = 0.05**

ANEXO 1:

ENCUESTA SOBRE HÁBITOS CARDIOSALUDABLES EN POBLACIÓN INFANTIL

Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria Córdoba-Campiña
Distrito Sanitario "Córdoba Sur"
Hospital Infanta Margarita: Unidad de Cardiología.

1. ¿Cómo se llama tu colegio? _____

2. ¿En qué pueblo o ciudad has nacido? _____

3. ¿Eres NIÑO o NIÑA? _____

4. ¿Cuántos años tienes? _____

A continuación tienes unas preguntas sobre la alimentación que realizas: debes contestarlas marcando con una X la casilla que más se aproxime a lo que tú haces.

5. ¿Cuál es tu plato favorito? Escríbelo:

6. ¿Sueles desayunar todos los días antes de ir al colegio?

SI ☐ NO ☐

7. ¿Sabes qué alimentos son los más sanos para desayunar? Escribe TRES:

8. ¿Sueles comer alguna cosa en el recreo?

SIEMPRE ☐ ALGUNAS VECES ☐ NUNCA ☐

9. ¿Qué tomas? Escríbelo:

10. ¿Crees que comes Sano?

SI ☐ NO ☐

11. ¿Cuántas veces tomas los siguientes alimentos o bebidas?

	Más de una vez al día	Una vez al día	Alguna vez a la semana	Nunca
Chocolate, bombones, kinder, lacasitos, ...				
Bebidas con gas (**refrescos como Coca-cola, Pepsi, Fanta,...**)				
Zumos (**Naranja, piña, melocotón, tomate,....**)				
Dulces o pasteles (**Tartas, bollycao, donuts...**)				
Golosinas "Chuches", Helados				
Bolsas de **Patatas fritas, Cortezas...**				
Frutos Secos (**Avellanas, almendras, cacahuetes, quicos,...**)				
Precocinados (**Croquetas, flamenquines, palitos de merluza,...**)				
Fruta (**Naranjas, manzanas, peras, ...**)				
Verduras y hortalizas (**Espinacas, lechuga, tomate, cebolla, patata, ...**)				
Legumbres (**Garbanzos, lentejas, habichuelas, guisantes, judias**)				
Cereales (**Arroz, Kellogs, Krispies...**)				
Leche				
Queso, yogur				
Hamburguesas, Perritos, Pizza				
Lasaña, espagueti, sopa				
Pan de molde (**Sándwiches**)				
Pan Normal				
Carne de Ternera, Cerdo, cordero				
Carne de Pollo, gallina, pavo				
Pescado (**Sardinas, salmón, atún, boquerones, lenguado, merluza,...**)				
Huevos (fritos, tortilla, en ensaladas...)				
Embutidos (**Chorizo, morcilla, salchichón, jamón York, mortadela,...**)				
Aceite de Oliva o Girasol (en ensaladas, con pan, ...)				

12. ¿Cuántas veces desayunas los siguientes alimentos?

DESAYUNO	Todos los días	Más de una vez a la semana	Solo los fines de semana	Nunca
Leche, Batidos				
Zumos de fruta				
Galletas, Magdalenas, Pasteles, Donuts, ...				
Tostada de pan con **Paté ó Mantequilla**				
Tostada de pan con **Aceite de Oliva**				
Cereales (**Kellogg's, Krispies,...**)				
Bocadillo de embutidos (**Chorizo, morcilla, salchichón, jamón york, mortadela,...**)				
Churros				

13. Intenta encontrar los **SEIS** alimentos que tenemos que comer a diario:

- ☐ Frutas
- ☐ Helado
- ☐ Flamenquín
- ☐ Ensalada
- ☐ Chocolate
- ☐ Magdalenas
- ☐ Leche
- ☐ Patatas fritas
- ☐ Pan
- ☐ Zumos
- ☐ Agua
- ☐ Huevos

14. ¿Qué **TRES** alimentos no se pueden comer todos los días?

- ☐ Donuts y bollycaos
- ☐ Yogur
- ☐ Frutas
- ☐ Chuches
- ☐ Bocadillo de salchichón
- ☐ Tostadas con aceite

15. ¿Quién cocina en casa?

MAMÁ ☐ PAPÁ ☐ NINGUNO ☐

16. ¿Quién trabaja fuera de casa?

MAMÁ ☐ PAPÁ ☐

17. ¿Has fumado alguna vez?

SI ☐ NO ☐

18. ¿Quién fuma en casa?

NADIE ☐ MAMÁ ☐ PAPÁ ☐ MIS HERMANOS ☐

19. ¿Te parece sano fumar?

SI ☐ NO ☐

20. ¿Qué tres enfermedades crees que puede producir el tabaco?

- ☐ Cáncer
- ☐ Dolor de muelas
- ☐ Ahogo
- ☐ Sordera
- ☐ Infarto
- ☐ Fiebre

21. ¿Has probado alguna bebida con alcohol (vino, cerveza, etc)?

SI ☐ NO ☐

22. Señala lo **VERDADERO**:

- ☐ Las bebidas con alcohol son buenas.
- ☐ Pueden producir enfermedades (mareos, vómitos,...)
- ☐ Son divertidas porque te ríes mucho.
- ☐ Si bebes alcohol puedes tener accidentes de coche, moto, ...

23. ¿Toman tus padres bebidas con alcohol en casa?

SI ☐ NO ☐

24. ¿Cuántas veces al día te cepillas los dientes? _____

25. ¿Cuándo fue la última vez que estuviste en el dentista?

Hace menos de 6 meses ☐ Hace menos de 1 año ☐ Hace más de 1 año ☐

26. ¿Cuándo tenemos que lavarnos los dientes?

Antes de acostarnos	SI ☐	NO ☐
Después de comer chuches	SI ☐	NO ☐
Después de cada comida	SI ☐	NO ☐
Al levantarnos	SI ☐	NO ☐
Antes de salir a la calle	SI ☐	NO ☐

27. ¿Haces algún deporte fuera del colegio?

SI ☐ NO ☐

28. ¿Cuántos días a la semana? _____

29. ¿Cuál es tu deporte favorito?

30. Señala lo **VERDADERO**:

☐ El deporte es bueno para estar sano y en forma.
☐ El deporte no me parece bueno porque nos cansamos.
☐ Hacer deporte es bueno para tener un corazón más fuerte.
☐ El deporte no es importante para la salud.

31. ¿Qué te parece más divertido?

☐ Jugar con la consola, ver la televisión…
☐ Jugar al fútbol con tus amigos, nadar…

Muchas gracias por tus respuestas. Ahora entrégale a tu profesor el papel y escucha atento los consejos que vamos a darte.

ANEXO 2:

TALLERES JORNADAS CARDIOSALUDABLES

La Jornada comienza con una charla-presentación sobre los elementos necesarios para llevar lo que conocemos como "vida sana", y que posteriormente se desarrollaran con más detalle en los talleres. A continuación acompañamos a los niños en un **Desayuno Molinero Cardiosaludable**: zumo de naranja, leche, pan con aceite de oliva virgen extra y fruta.

Seguidamente pasamos a la parte central de las Jornadas, los talleres: en los que se insiste en la necesidad de buena dieta, practicar ejercicio, no fumar, dormir bien, lavarse los dientes, etc. Concluye la Jornada con la realización de juegos participativos y la entrega de premios a los alumnos.

1. TALLER DE ALIMENTACIÓN

- DURACIÓN: 30 minutos.

- MATERIAL: Presentación en Power-Point elaborada por el equipo responsable, ordenador y proyector, maleta con documentación informativa elaborada por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

- CONTENIDO: Inicialmente hacemos una presentación del concepto de la Dieta Mediterránea y sus orígenes históricos. A continuación pasamos a detallar los alimentos en los que se basaría una alimentación saludable, presentando a los niños el concepto de la Pirámide de la Alimentación. Para concluir el taller, damos unas pinceladas sobre la influencia de la alimentación en nuestra salud.

- DINÁMICA: Realizar una sopa de letras en la que los niños deben encontrar alimentos cardiosaludables. Colocar determinados alimentos en la Pirámide de la Alimentación.

2. TALLER DE HIGIENE BUCODENTAL

- DURACIÓN: 30 minutos.

- MATERIAL: Transparencias y retroproyector, maleta con documentación informativa elaborada por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

- CONTENIDO: Siguiendo el guión marcado en el material, comenzamos el taller haciendo un repaso de las distintas piezas que forman nuestra dentición, sus elementos constituyentes y la secuencia cronológica en que se produce su erupción. A continuación transmitimos a los niños la influencia de la alimentación en el desarrollo dental, así como la importancia de una buena higiene bucodental. Para concluir el taller, instruimos en la técnica del cepillado de dientes.

- DINÁMICA: Con ayuda del material suministrado en el maletín (dentaduras y cepillos), cada niño reproduce la técnica de cepillado dental.

3. TALLER DE PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE TABACO Y ALCOHOL

- DURACIÓN: 45 minutos.

- MATERIAL: Presentación en Power-Point elaborada por el equipo responsable, ordenador y proyector, maletín con documentación informativa elaborada por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

- CONTENIDO: En un primer momento del taller hacemos una lluvia de ideas para conocer el nivel de conocimientos que tienen los niños sobre este tema. Pasamos a contar los componentes nocivos del tabaco y el alcohol, y las enfermedades a las que conduce su consumo. Dedicamos el resto de la exposición a aclarar dudas y desmitificar conceptos erróneos sobre el consumo de estas drogas.

- DINÁMICA: Con ayuda de un "pulmón artificial" reproducimos el efecto de la nicotina. Realización de sopa de letras donde el niño busca enfermedades producidas por el tabaco.

4. TALLER DE PREVENCIÓN DE ACCIDENTES

- DURACIÓN: 30 minutos.

- MATERIAL: Transparencias elaboradas por el equipo responsable, retroproyector.

- CONTENIDO: Mediante la presentación con imágenes de distintas situaciones de riesgo, hacemos que los niños participen identificándolas y proponiendo soluciones para prevenir los accidentes más frecuentes a esas edades.

5. TALLER DE EJERCICIO FÍSICO

- DURACIÓN: Resto de la jornada.

- MATERIAL: El del aula de educación física del centro

- CONTENIDO: Tras una breve introducción en la que charlamos con los niños sobre los beneficios de la práctica deportiva, pasamos a realizar juegos participativos organizados por los profesores del centro.

ORIGINAL

Prevalencia de sobrepeso-obesidad y patología relacionada en un área básica de salud

Luque Hernández MJ[1], Leiva Fernández F[1], Segura Domínguez N[2], Ruiz San Basilio JM[2], Palma Rodríguez S[2], García Ruiz A[3]

[1] *Médicos de Familia. Doctoras en Medicina. Unidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria de Málaga. Centro de Salud El Palo. Málaga*

[2] *Médicos de Familia. Centro de Salud El Palo. Málaga*

[3] *Doctor en Medicina. Profesor Adjunto Departamento de Farmacología y Pediatría, Facultad de Medicina de Málaga*

RESUMEN

Título: prevalencia de sobrepeso y obesidad y patologia relacionada en un area basica de salud.

Objetivos: 1) Estimación de la prevalencia de sobrepeso y obesidad. 2) Patología con la que se relaciona el exceso de peso.

Diseño: Transversal descriptivo.

Emplazamiento: Centro de Salud urbano periférico.

Población y muestra: Población, usuarios del Centro de Salud. Muestra aleatoria simple de 601 sujetos mayores de 18 años seleccionados de la base de datos informática. Cita en consulta tras tres llamadas telefónicas y por correo postal.

Mediciones: Media de peso y altura para cálculo de Índice de Masa Corporal (IMC). Variables sociodemográficas y antecedentes personales.

Resultados: Perdidos 356 sujetos (58,41%). Perdidos tres años menores (p=0,009). Entrevistados 250 sujetos (40,85%), edad media 48,6 años (IC95%, 46,68-50,64), 62% mujeres. IMC medio es 27,25 Kg. / m2 (IC 95% 26,27-27,83). Sobrepeso 38%, obesidad 29,2%. El análisis bivariante asocia el exceso de peso con la edad (p<0,001), con la vida en pareja (p<0,001), menor nivel cultural (p=0,013), ingresos familiares mensuales mas bajos (p=0,057), y situación laboral inactiva (p=0,08). Obesidad asociada a sedentarismo (p=0,007), diabetes mellitus(p<0,001) e hipertensión arterial (p<0,001). Mayor prevalencia significativa en sujetos con exceso de peso de hiperuricemia (p=0,048), insuficiencia venosa (p=0,024), patología ósea (p<0,001), enfermedad digestiva (p=0,015) y toma de medicación crónica (p<0,001).

En análisis multivariante, permanecen las asociaciones del IMC con edad (p=0,003), nivel cultural (p=0,085), imagen corporal (p=0,004), alcohol (p<0,001), antecedente familiar de obesidad (p=0,005) y diabetes mellitus (p=0,095).

Conclusiones: 1) Cifras muy elevadas de sobrepeso-obesidad, superiores a la media española en un 15%. 2) IMC asociado a edad, nivel cultural bajo, imagen corporal negativa, abstemio, antecedente familiar de obesidad y diabetes.

Palabras clave: Overweight (Sobrepeso), Obesity (Obesidad), Cardiovascular risk factors (Factores de riesgo cardiovascular), Prevalence (Prevalencia).

SUMMARY

Title: Prevalence of Illness in a Basic Health Area and its Relationship to Being Overweight or Obese.

Goals: Estimate the prevalence of overweight and obesity. Identify disorders associated with excess weight.

Correspondencia: María José Luque Hernández
UUDD de MFyC Málaga, Pabellón C, Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Plaza del H.Civil, s/n.
29009 Málaga
E-mail: mjluqueh@hotmail.com

Recibido el 10-12-2007; aceptado para publicación el 20-05-2008

Med fam Andal 2008; 3: 175-185

Design: Cross-sectional descriptive.

Setting: A peripherally located urban health center.

Population and sample: Population: users of the Health Center. A simple random sample of 601 subjects aged 18 and older selected from the center's data base. Appointment scheduled with a doctor following three phone calls and notification by mail.

Measurements: Average age and height for calculating the BMI (body mass index). Socio-demographic variables and personal medical history were collected.

Results: Lost: 356 subjects (58.41%). Lost three years younger (p=0.009). Interviews conducted with 250 subjects (40.85%), average age 48.6 years (CI95%, 46.68-50.64), 62% women. Average BMI is 27.25 Kg. / m2 (CI 95% 26.27-27.83). 38% were overweight while 29.2% were obese. Bivariate analysis associated excess weight with age (p<0.001), living together as a couple (p<0.01), low cultural level (p=0.013), lower monthly family incomes (p=0.057), and being unemployed (p=0.08). Obesity is associated with: a sedentary lifestyle (p=0.007), diabetes mellitus (p<0.001) and high blood pressure (p<0.001). Prevalence was highly significant in subjects with excess weight and hyperuricemia (p=0.048), chronic venous insufficiency (p=0.024), bone disease (p<0.001), digestive disorders (p=0.015) and taking medicine for treating a chronic disease (p<0.001).

A multivariate analysis showed associations between BMI and age (p=0.003), cultural level (p=0.085), body image (p=0.004), alcohol (p<0.001), a family history of obesity (p=0.005) and diabetes mellitus (p=0.095).

Conclusions: 1) Very elevated figures for overweight / obesity, 15% higher than the Spanish average. 2) BMI associated to age, low cultural level, negative body image, abstemious, family history of obesity and diabetes.

Key words: Overweight, Obesity, Cardiovascular risk factors, Prevalence.

INTRODUCCION

Calificada como la epidemia del siglo XXI[1], la Organización Mundial de la Salud define la obesidad como una enfermedad crónica[2]. En las últimas tres décadas su prevalencia ha aumentado de un modo extraordinario, tanto, que si la tendencia continua dentro de dos generaciones toda la población adulta puede sufrir problemas de exceso de peso[3].

En Estados Unidos, el país con mayor prevalencia de obesidad del mundo[4], las cifras pasan de un 14,5% de obesidad en 1974 a un 30,6% en 2005[5]. Los países pertenecientes a la Unión Europea, presentan según la localización, la afectación del 10 al 40% de la población[6].

En España, el primer registro fiable se publica en 1997 por la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO), con una tasa de obesidad del 13,4%[7], en el estudio SEEDO 2000 es del 14,5%[8,9]. Hasta la actualidad, no existe un mapa epidemiológico bien definido, debido a la escasez de estudios en el tema, aislados y con situación geográfica errática.

El objetivo del siguiente estudio es aportar un dato más mediante la estimación de la prevalencia de sobrepeso y obesidad en nuestra Zona Básica de Salud y las patologías más relacionadas con el problema de exceso de peso.

SUJETOS Y METODOS

Diseño: Transversal descriptivo.

Ámbito del estudio: Centro de Salud Urbano, barrio periférico, población de 23.852 sujetos, 19.363 mayores de 14 años.

Criterios de inclusión: Usuario perteneciente a este Centro de Salud en el momento del estudio con edad mayor de 18 años.

Selección de los participantes: A partir de los sujetos adscritos al centro, la muestra se calcula con valores de prevalencia de obesidad en poblaciones cercanas, distancia entre la proporción real de obesos en la población y la de la muestra de máximo 4%, IC de 95% y error alfa 0.05. Ob-

tenemos un resultado de 601 sujetos. **Muestreo aleatorio**, mediante semilla de aleatorización, seleccionando en intervalos de 36. Se localiza a todos los individuos en un espacio de tiempo total de tres meses, a través de 3 intentos telefónicos y 3 correos postales.

Mediciones. En consulta, datos sociodemográficos, antecedentes médicos personales, y datos antropométricos (peso, talla e Índice de Masa Corporal o IMC). Se considera normopeso a un IMC de 18,51-24,99, sobrepeso 25-29,99, y obesidad >30 (SEEDO).

Estrategia de análisis: Paquete estadístico SPSS 11.0. Análisis descriptivo de variables cuantitativas, estadísticos de tendencia central, y de dispersión; variables cualitativas con frecuencias absolutas y relativas e IC 95%. Análisis bivariante relacionando cada variable independiente con la dependiente IMC, varianza de una vía (ANOVA) para variables cuantitativas y test Chicuadrado para cualitativas. Significación con una p<0.05. Análisis multivariante por regresión logística para variables incluidas en la hipótesis.

RESULTADOS

Generalidades: De 601 sujetos citados, acuden 250 (41,59%). Perdidos 356 sujetos (58,41%). Dadas las características del estudio, no resulta posible la realización del análisis de las causas de las pérdidas. Se comparan los individuos considerados perdidos y aquellos que han sido atendidos. Perdidos tres años menores (p=0,009). Distribución por sexos sin diferencias significativas (p=0,13).

Descripción de las variables

Edad media 48,66 años (IC 95% 46,70-50,62), desviación típica 15,83. Hombres 38% y mujeres 62%. Perfil sociocultural de sujetos casados, con estudios primarios, vida laboral activa y estado económico medio (tabla 1).

Índice de masa corporal. El IMC medio es 27,25 Kg. / m^2 (IC 95% 26,27-27,83), desviación típica 4,74, correspondiente a sobrepeso II o preobesidad, mínimo de 17,50 y máximo de 45. **El 38% (IC 95% 37,930-38,0697) de sujetos padecen sobrepeso y el 29,2% (IC 95% 29,1234-29,2765) son obesos** (gráfica 1)**.**

Sobre la opinión que tienen de su **imagen corporal**, el 21,8% se muestra descontento, y el 1,6% muy descontento. Relación del IMC con la satisfacción con una imagen corporal propia negativa muy significativa (p<0,001).

Los **antecedentes familiares de obesidad** alcanzan una proporción del 30,6%.

Antecedentes personales médicos: Factores de riesgo cardiovascular y patología crónica.

El factor de riesgo más prevalente en nuestra población es la hipertensión arterial y la patología crónica más frecuente, la ósea. Se valoran también los hábitos de salud como factores de riesgo cardiovascular modificables, de todos ellos el que presenta un mayor peso es el sedentarismo (gráfica 2).

Análisis de la asociación entre variables

Análisis bivariante

Relación entre obesidad y situación sociodemográfica

No existen diferencias significativas entre sexo e IMC. El exceso de peso sí se relaciona significativamente con la edad (gráfica 3) y con la vida en pareja (p<0,001), menor nivel cultural (p=0,013), ingresos familiares mensuales mas bajos (p=0,057), y situación laboral oficialmente inactiva (p=0,08).

Relación del estilo de vida con la obesidad

La relación entre el grado de actividad física e IMC no alcanza la significación (p = 0,147). Si se subdividen los sujetos en grupos de normopeso-sobrepeso y obesidad sí se observan diferencias significativas (p = 0,007). No se aprecia relación significativa entre hábitos tóxicos e IMC del sujeto.

Antecedentes personales médicos y exceso de peso

Asociación significativa entre exceso de peso, diabetes mellitus (p=0,004) e hipertensión

arterial (p=0,007). Existe un aumento evidente de todos los factores cardiovasculares (tabla 2). Mayor prevalencia de todas las patologías médicas analizadas con la subida del grado de obesidad, aunque no en todas ellas aparece significación (tabla 3).

Análisis multivariante. Regresión logística binaria

Permanecen las asociaciones del IMC con edad, nivel cultural, imagen corporal, alcohol, antecedente familiar de obesidad y diabetes mellitus. Se eliminaron del modelo las variables que no alcanzaron el nivel de significación p<0,10. Sensibilidad, 77,1% y especificidad, 72,1%, valor global, 70% (tabla 4).

DISCUSIÓN

Limitaciones del diseño

El archivo del Centro de Salud como fuente de datos supone un pequeño sesgo de selección, ya que los obesos son más demandantes de asistencia sanitaria[10], este efecto se compensa utilizando a todos los adscritos al centro, demandantes o no. Aunque se hizo lo posible para localizar al sujeto, las pérdidas son elevadas. Los estudios que no presentan tan alto porcentaje de pérdidas, son realizados en población consultante, lo que añade el problema de la utilización de sujetos institucionalizados. El estudio SEEDO 2000 arroja pérdidas de hasta un 31%, su limitación más frecuente son también los errores en la base de datos[8]. Puesto que los perdidos demuestran ser algo más jóvenes y la edad se asocia a un mayor IMC, existe una posible ligera sobreestimación de la prevalencia de exceso de peso. Sin embargo, como se señala más adelante, nuestras cifras coinciden con estudios andaluces realizados en las mismas condiciones.

En el establecimiento de asociaciones, el sesgo de confusión más potente es la edad, controlada por análisis multivariante.

Dado que el tamaño de muestra ha sido calculado para el estudio de la prevalencia, siendo la relación con otros factores considerado un objetivo secundario, la muestra parece ser reducida para la medición del mismo.

Comparaciones con la literatura científica

Medidas antropométricas. Prevalencia de sobrepeso y obesidad

La presencia de obesidad en nuestra población se sitúa en un 29,2%, casi un 15% por encima de la media española, con un 14,5% según el estudio SEEDO 2000[8,11,12] en población de 25 a 60 años. En otros trabajos de nuestro entorno, se confirman cifras altas de exceso de peso, como en el realizado en Pizarra, Málaga, con una muestra de 1.226 sujetos entre 18 y 65 años de edad, en el que la obesidad fue del 28,8%[13]. En Granada, con una muestra de 3.421 sujetos entre 25 y 60 años resultó en un 18,9% de obesidad[14]. Los resultados son similares a los nuestros, en pequeños estudios realizados en el ámbito de un centro de salud. Un trabajo madrileño, detecta cifras de obesidad del 25,3%, en mayores de 18 años, aunque este utiliza una muestra no aleatorizada de la población que acude a consulta a demanda[15]. En Alicante, con población mayor de 14 años adscrita al Centro de Salud, el porcentaje de obesidad presentado es del 13,5%[16]. En Albacete, en población censal mayor de 18 años, registran un IMC medio de 27,6 Kg. / m^2, y un 27,85% de obesidad[17]. Creemos que las diferentes edades de corte de los estudios y la población incluida puede ser determinante en la valoración de la prevalencia de una patología muy influida por la edad.

Resulta preocupante la magnitud del problema detectado en nuestro estudio, que alcanza cifras similares a las estadounidenses, probablemente a causa de la globalización del estilo de vida.

Factores relacionados con el exceso de peso

No se percibe asociación significativa entre el sexo y el exceso de peso, excepto en el rango de edad de mayores de 66 años en el que las mujeres presentan mayor tasa de obesidad, esta tendencia es corroborada por otros autores[17,18]. En los estudios consultados, la mayoría informan de mayor sobrepeso en hombres y obesidad en mujeres[8,12,19], otros registran el dato contrario[20]. Una publicación advierte sobre la dificultad de responder a esta cuestión, dadas las diferencias

naturales en la composición corporal y los problemas que conlleva la definición no específica según el sexo de la obesidad[19].

Según los resultados de este estudio, de forma coincidente con prácticamente toda la bibliografía[8,9,13,16,19], la edad es un factor determinante en la patología que estudiamos, con un aumento progresivo que se hace máximo en mayores de 55 años.

Muchos estudios afirman la relación del exceso de peso con la vida en pareja[13], un nivel socioeconómico bajo[8,13,14,20-22], o el tipo de trabajo[23]. La alta tasa de analfabetismo funcional (26%) registrado en nuestra muestra, en comparación con el 17% de la media española[24], puede ser uno de los factores que producen un mayor exceso de peso.

En el estilo de vida, llama la atención un porcentaje de sedentarismo que roza el 60%, mayor que en cualquier población estadounidense[25]. Dado que la dieta mediterránea aún juega un papel protector importante a nuestro favor con respecto a la americana, debemos pensar que la escasa actividad física tiene una influencia determinante en nuestro caso.

La relación del exceso de peso con las personas abstemias, nos hace pensar que los sujetos con un consumo moderado de alcohol pueden tener una mayor adherencia a la dieta mediterránea por un lado, y una mayor actividad social y laboral por otra.

Con respecto a la patología previa, mostramos una asociación evidente entre el exceso de peso y la diabetes y más débil con la hipertensión arterial. La relación establecida entre estas variables ha sido ampliamente estudiada por la literatura científica[19,26-29], añadiendo la dislipemia[18,19,30].

Aplicabilidad práctica de los resultados

Es precisa una detenida reflexión sobre la necesidad del aumento del esfuerzo hasta ahora empleado en la detección y manejo de esta enfermedad en la práctica asistencial diaria.

De este estudio, pueden extraerse de forma indirecta algunas de las causas del exceso de peso en nuestro caso, como es el bajo nivel de educación sanitaria, la escasa importancia otorgada a la actividad física en el cuidado de la salud o la posible pérdida de seguimiento de la dieta mediterránea. De todo ello, se trasluce una importante necesidad de intervención centrada en la corrección de estos problemas. Este estudio de prevalencia, es la primera fase de un amplio proyecto, al que sigue una segunda fase de ensayo clínico aleatorizado con el fin de estudiar la eficacia de una intervención multifactorial sobre el exceso de peso en atención primaria.

En el futuro, son necesarias valoraciones científicas de intervenciones programadas, junto con los beneficios y costes que estas pueden suponer para el sistema sanitario y la población.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen la ayuda de todo el personal que trabaja en el Centro de Salud del Puerto de la Torre, en Málaga y a los ciudadanos que han participado en este estudio. Esta publicación ha sido subvencionada por las becas a proyectos de investigación de la SAMFyC y de la Junta de Andalucía 178/2001, no existe en la misma ningún conflicto financiero de interés.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hoy digital.com [sede web]. Murcia: Hoy digital; 2006 [acceso 23 abril 2006] Disponible en: http://servicios.hoy.es/pg060422/prensa/noticias/Television/200604/22/HOY-TEL-212.html.

2. Wechsler JG, Leopold K. Medical management of obesity. Langenbecks Arch Surg. 2003; 388: 369-74.

3. Palou A, Proenza AM, Ramis JM. Genetic polymorphisms and new perspectives in the prevention and treatment of obesity. Nutr Hosp. 2002; 17: 23-33.

4. Keller KB, Lemberg L. Obesity and the metabolic syndrome. Am J Crit Care. 2003; 12:167-70.

5. Hedley AA, Ogden CL, Johnson CL, Carrol MD, Curtin LR, Flegal KM. Prevalence of overweight and obesity among US Children, adolescents and adults, 1999-2002. JAMA. 2004; 291: 2847-50.

6. Astrup A. Healthy lifestyles in Europe: prevention of obesity and type 2 diabetes by diet and physical activity. Public Health Nutr. 2001; 4: 499-515.

7. Sociedad Española para el estudio de la obesidad (SEEDO). Consenso SEEDO´2000 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y establecimiento de criterios de intervención terapéutica. Med Clin(Barc). 2000; 115: 587-97.

8. Aranceta J, Pérez C, Serra L, Serra M, Ribas L, Quiles J, et al. Prevalencia de la obesidad en España: resultados SEEDO 2000. Med Clin (Barc). 2003; 120: 608-12.

9. Seedo.es. Sociedad Española para el estudio de la obesidad [Página principal en Internet]. Barcelona:SEEDO; 2005 [acceso 13 de enero de 2006]. URL: Http://www.seedo.es/index_area seedo.htm

10. Quesenberry ChP, Caan B, Jacobson A. Obesity, Health Services Use, and Health Care Costs Among Members of a Health Maintenance Organization. Arch Intern Med. 1998; 158: 466-72.

11. Aranceta J. Prevalencia de obesidad en los países desarrollados: situación actual y perspectivas. Nutr Hosp. 2002; XVII (Supp1):34-41.

12. Jano on-line y agencias. Andalucía, Canarias y la Comunidad Valenciana, son las autonomías con mayor prevalencia de obesidad [sede web]. Barcelona; Doyma: 23 de mayo del 2002. [acceso el 18 de mayo del 2003]. URL: http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/press.plantilla?ident=19889.

13. Soriguer F, Rojo-Martinez G, Esteva de Antonio I, Ruiz de Adana MS, Catala M, Merelo MJ, et al. Prevalence of obesity en south-east Spain and its relation with social and health factors. Eur J Epidemiol. 2004; 19:33-40.

14. Mataix J, Lopez-Frías M, Martinez-de-Victoria E, Lopez-Jurado M, Aranda P, Llopis J. Factors associated with obesity in an adult Mediterranean population: influence on plasma lipid profile. J Am Coll Nutr. 2005; 24: 456-65.

15. Hernanz P, Peña A, Coca M Vega M, Suárez C, Cirujano FJ, et al. Prevalencia de obesidad central y obesidad por índice de masa corporal en un centro de atención primaria. Aten Primaria. 2005; 35: 377-8.

16. Sánchez García JI, Carratala Perez M, Molina Maciá M, Server Romero L, Valencia Valencia P, Fernández-Cañadas Sánchez. La magnitud de la gordura: prevalencia y tipo de obesidad en la población adscrita a un centro de salud. Aten Primaria. 1998; 21: 159-64.

17. Divisón JA, Sanchís C, Artigao LM, García-Gosalvez F, Lopez J, Naharro F, et al. Prevalencia de obesidad y su relación con el riesgo cardiovascular en la población general de Albacete. Aten Primaria. 1998; 21: 205-12.

18. Grupo de expertos del PAPPS. Recomendaciones sobre el estilo de vida. [sede web] Barcelona: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria; 2001 [acceso 20 mayo 2003] URL: http://www.papps.org/prevención/EstiloVida/p91.htm.

19. Pi-Sunyer F.X. Obesity. Endocrinol Metab Clin N Am. 2003; 32: 741-1021.

20. Schroder H, Rohlfs I, Schmelz EM, Marrugat J; REGICOR investigators. Relationship of socioeconomic status with cardiovascular risk factors and lifestyle in a Mediterranean population. Eur J Nutr. 2004; 43:77-85. Epub 2004 Jan 6.

21. Lynch SM. Cohort and life-course patterns in the relationship between education and health: a hierarchical approach. Demography. 2003; 40: 309-31

22. Murrel SA, Meeks S. Psychological, economic, and social mediators of the education health relationship in older adults. J Aging Health. 2002; 14: 527-50.

23. Perbellini L. Job as a risk factor for obesity… and the contrary. Med Lav. 2004; 95: 211-2

24. Instituto Nacional de Estadística. [sede web] Madrid: Ministerio de Interior; 2005

[acceso el 13 de enero del 2006]. URL: http://www.ine.es

25. Balluz L, Ahluwalia I.B, Murphy W, Mokdad A, Giles W, Harris VB. Surveillance for certain health behaviours among selected local areas—United States, behavioural risk factor surveillance system, 2002. Surveillance Summaries. 2004; 53: 1-100.

26. Nammi S, Koka S, Chinnala KM, Boini K. Obesity: an overview on its current perspectives and treatment options. Nutr J. 2004; 3:3.

27. Padwal R, Li SK, Lau DCW. Tratamiento farmacológico a largo plazo para la obesidad y el sobrepeso. En: La Cochrane Library plus en español. (ISSN 1745-9990). De la biblioteca Cochrane Plus, número 3, 2007. Oxford: Update Software Ltd.

28. Bandolier. Obesity and health. Bandolier Journal [Revista en Internet] 2001 marzo. [acceso 18 de mayo del 2003]; 85. URL: http://www.jr2.ox.ac.uk/bandolier/band85/b85-4.html.

29. Ni Mhurchu C, Dunshea-Mooij CAE, Bennett D, Rodgers A. Chitosan for overweight or obesity. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 3. Art. No.: CD003892. DOI: 10.1002/14651858.CD003892.pub2.

30. Lai SW, Ng KC. Overall obesity and abdominal obesity and the risk of metabolic abnormalities. Ir Med Sci. 2004; 173: 193-6.

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra

Estado Civil	Casos	%	Nivel cultural	Casos	%
Soltero	36	14,4	Analfabeto		11,6
Casado	188	75,2	Lee/escribe		13,7
Separado	6	2,4	E primarios		41,4
Divorciado	1	0,4	E secundarios		20,5
Viudo	19	7,6	E universitarios		12,9
Situación laboral	Casos	%	**Situación económica**	Casos	%
Activos	118	47,4	<360€/m	39	15,7
Sus labores	76	30,5	361-600€/m	48	19,4
Jubilados	37	14,9	601-1200€/m	107	43,1
Parados	18	7,2	1201-1800€/m	37	14,9
			>1800€/m	17	6,9

Tabla 2. Asociación entre factores de riesgo cardiovascular e IMC.

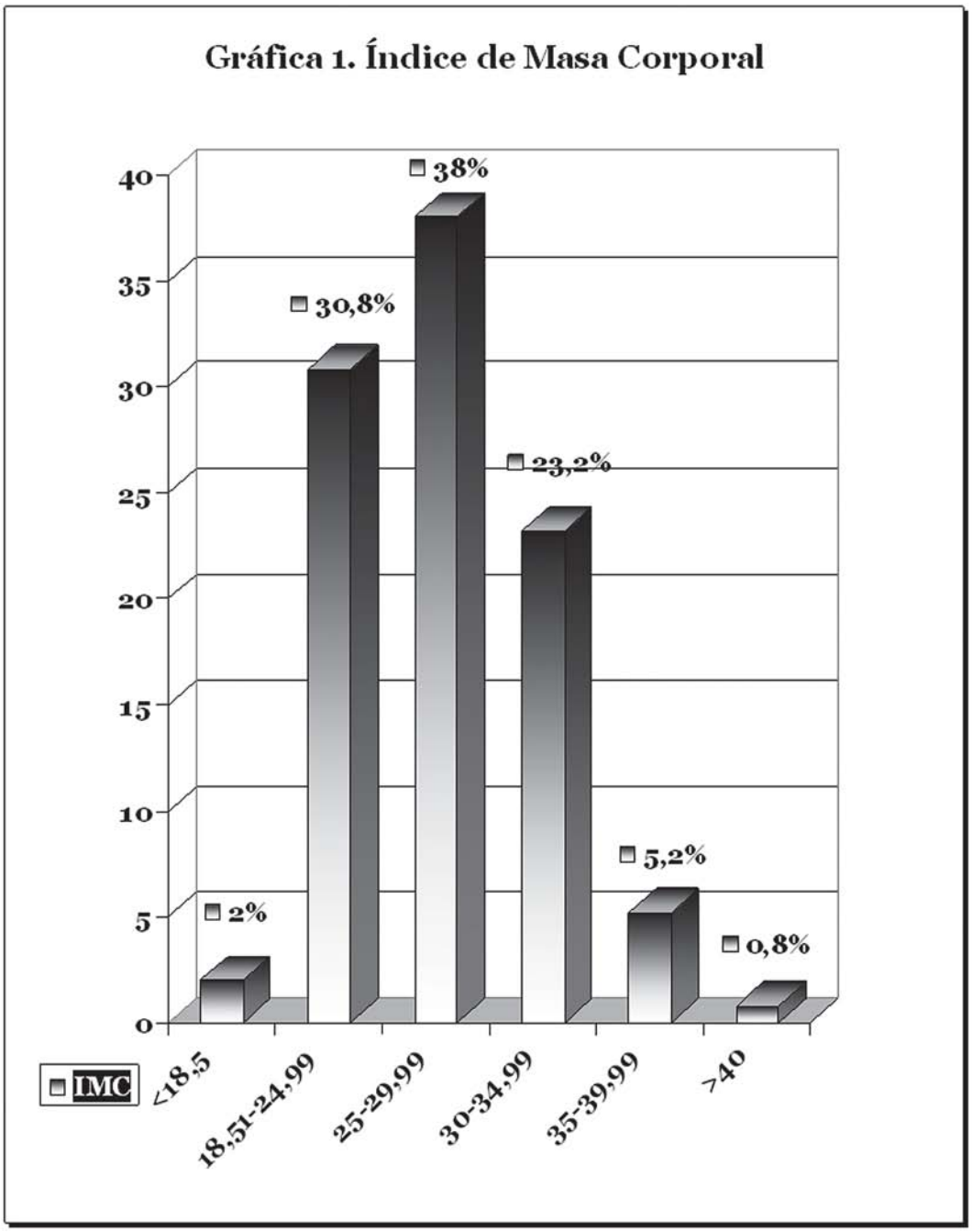
FRCV/IMC	Normopeso	Sobrepeso	Obesidad	P
HTA	12,2%	23,2%	39,7%	<0,001
No	87,8%	76,8%	60,3%	
Diabetes	2,4%	9,5%	21,9%	<0,001
No	97,6%	90,5%	78,1%	
Hipertrigliceridemia	4,9%	7,4%	9,6%	0,52
No	95,1%	92,6%	90,4%	
Hipercolesterolemia	13,6%	23,2%	27,4%	0,096
No	86,4%	76,8%	72,6%	

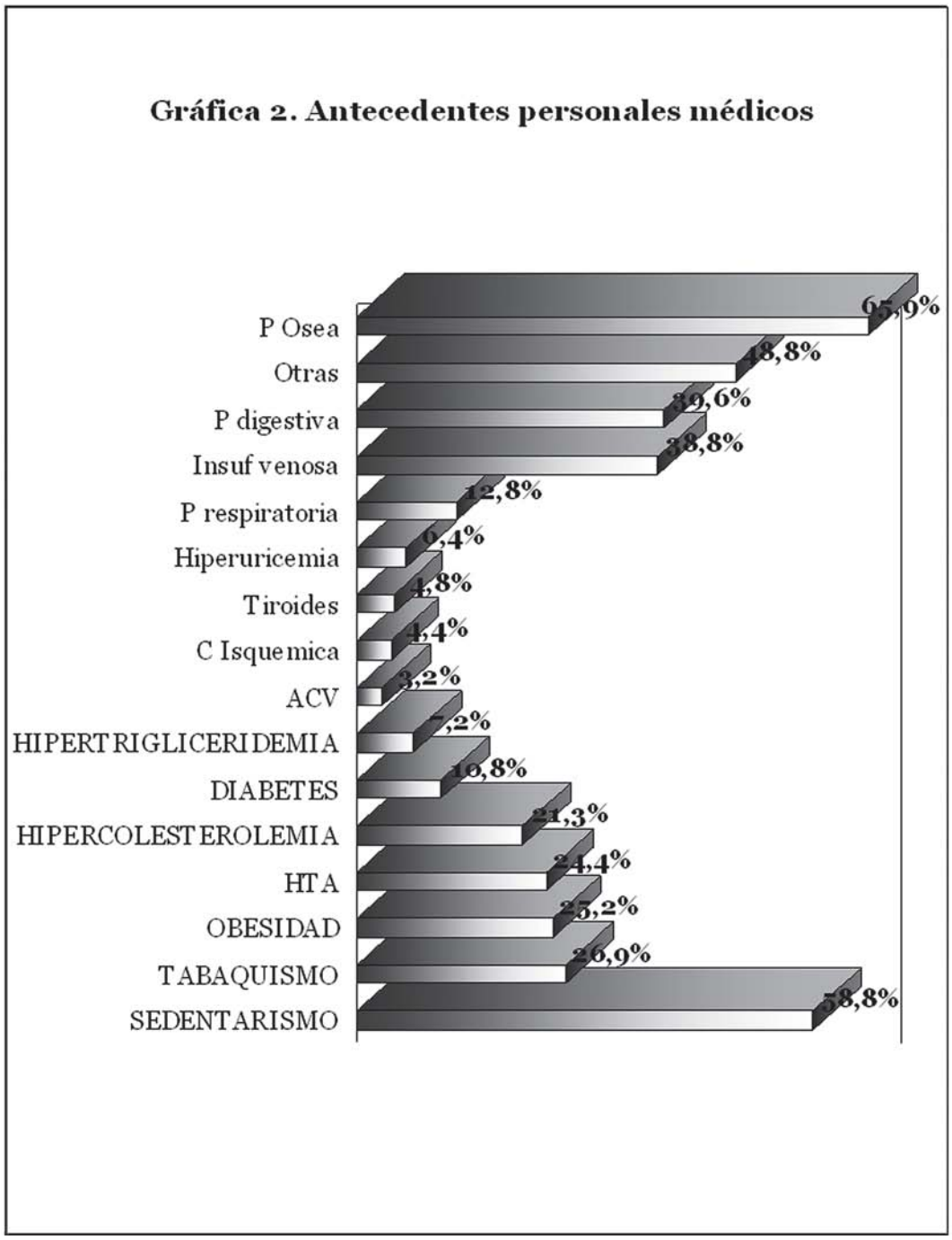
Tabla 3. Asociación de patología previa e IMC.

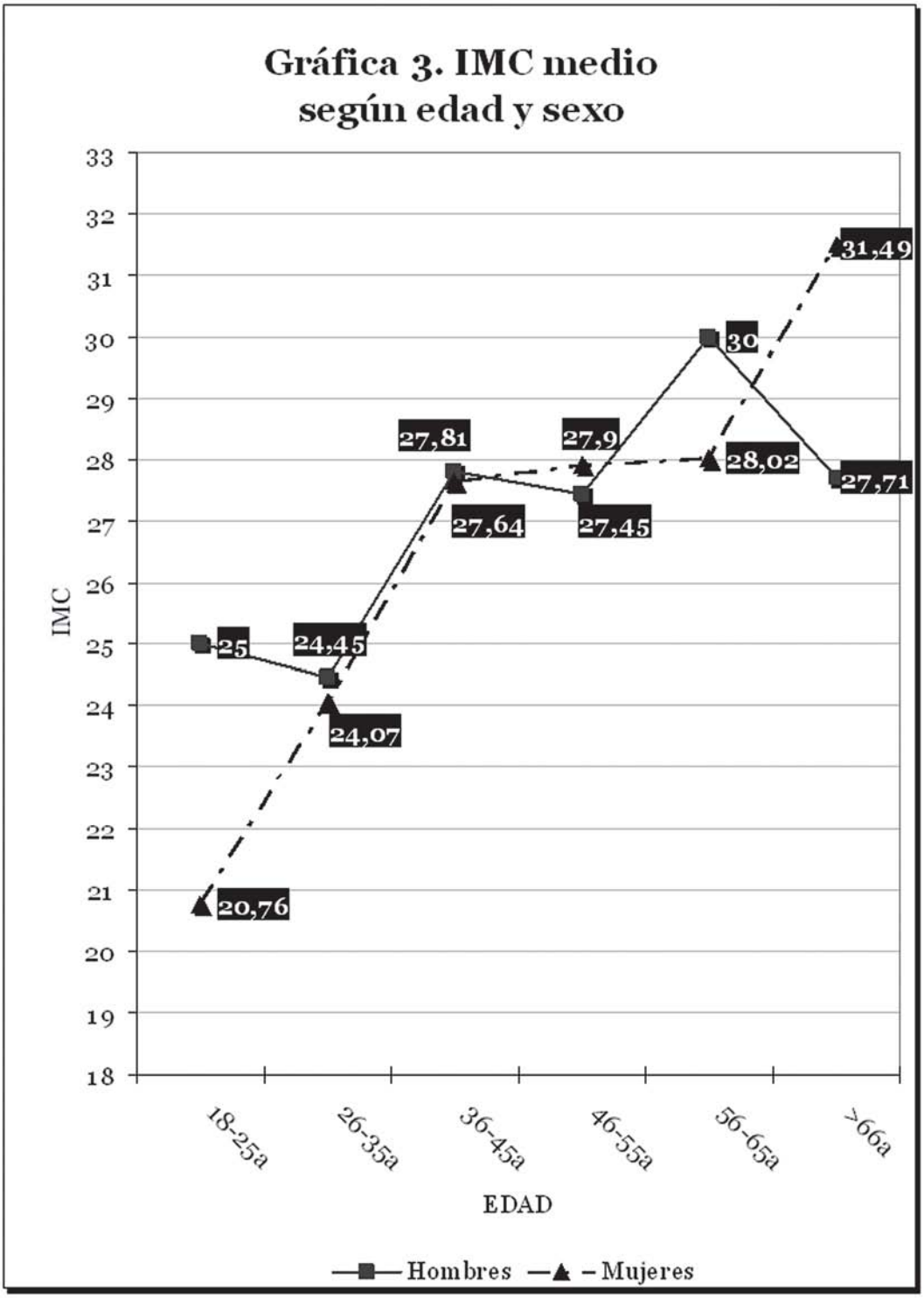
Patología/IMC	Normopeso	Sobrepeso	Obesidad	P
Hiperuricemia	3,7%	4,2%	12,3%	0,048
No	96,3%	95,8%	87,7%	
Enf. Tiroidea	2,4%	8,4%	2,7%	0,111
No	97,6%	91,6%	97,3%	
Cardiop. isquémica	2,4%	6,3%	4,1%	0,451
No	97,6%	93,7%	95,9%	
Ictus isquémico	2,4%	5,3%	1,4%	0,325
No	97,6%	94,7%	98,6%	
Insuficiencia venosa	28%	40%	49,3%	0,024
No	72%	60%	50,7%	
Pat. respiratoria	11%	13,7%	13,7%	0,834
No	89%	86,3%	86,3%	
Patología digestiva	26,8%	46,3%	45,2%	0,015
No	73,2%	53,7%	54,8%	
Patología ósea	48,8%	70,5%	79,5%	<0,001
No	51,2%	29,5%	20,5%	
Otras	40,2%	48,4%	58,9%	0,068
No	59,8%	51,6%	41,1%	
Medicación crónica	29,3%	60%	60,3%	<0,001
No	70,7%	40%	39,7%	

Tabla 4. Análisis multivariante

Variables	OR (IC 95%)	p	Interpretación.
Edad	1,045 (1,015-1,07)	0,003	Cada año de edad cumplido aumenta el riesgo de obesidad por 1,045
Nivel cultural	0,248 (0,051-1,20)	0,085	Mayor nivel cultural menor prevalencia de obesidad
Imagen corporal	14,04 (2,30-85,64)	0,004	La presencia de obesidad se asocia a menor satisfacción con la autoimagen
Alcohol	4,66 (2,00-10,88)	<0,001	Los bebedores esporádicos son casi cinco veces menos obesos que los abstemios.
Antecedente familiar de obesidad	2,94 (1,37-6,27)	0,005	Los obesos tienen 3 veces más familiares de primer grado obesos que los que no son obesos
Diabetes Mellitus	2,43 (0,85-6,88)	0,095	Los obesos tienen 2,4 veces más diagnóstico de DM que los no obesos


Gráfica 1. Índice de Masa Corporal
40
35
30
25
20
15
10
5
0
2%
30,8%
38%
23,2%
5,2%
0,8%
IMC
<18,5
18,51-24,99
25-29,99
30-34,99
35-39,99
>40


Gráfica 2. Antecedentes personales médicos
P Osea
Otras
P digestiva
Insuf venosa
P respiratoria
Hiperuricemia
Tiroides
C Isquemica
ACV
HIPERTRIGLICERIDEMIA
DIABETES
HIPERCOLESTEROLEMIA
HTA
OBESIDAD
TABAQUISMO
SEDENTARISMO
65,9%
48,8%
39,6%
38,8%
12,8%
9,4%
4,8%
4,4%
3,2%
7,2%
10,8%
21,3%
24,4%
25,2%
26,9%
58,8%


Gráfica 3. IMC medio según edad y sexo
IMC
33
32
31
30
29
28
27
26
25
24
23
22
21
20
19
18
25
24,45
27,81
27,45
30
27,71
20,76
24,07
27,64
27,9
28,02
31,49
18-25a
26-35a
36-45a
46-55a
56-65a
>66a
EDAD
Hombres
Mujeres

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Dolor en hinchazón de manos en anciano

A propósito de un caso: mujer de 70 años con dolor e hinchazón de manos

Barrella Balboa JL[1], Agustín Navarro MA[2], Garriguet López FJ[3], Martínez Lechuga M[1]

[1] *Médico General. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Tutor de MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Úbeda. C/ Explanada s/n. 23400 Úbeda (Jaén)*

[2] *MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Primer año. Centro de Salud de Úbeda. C/ Explanada s/n. Hospital San Juan de la Cruz. 23400 Úbeda (Jaén)*

[3] *MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Cuarto año. Centro de Salud de Úbeda. C/ Explanada s/n. Hospital San Juan de la Cruz. 23400 Úbeda (Jaén)*

RESUMEN

Se describe el caso de una paciente de 70 años con dolor e hinchazón de manos. Se hace una somera revisión de su diagnóstico diferencial (polimialgia reumática, artritis psoriásica y artritis reumatoide, entre otros), exponiendo más extensamente la etiología, manifestaciones clínicas, pruebas complementarias, diagnóstico, diagnóstico diferencial, asociación a otros procesos y neoplasias, evolución, pronóstico y tratamiento del **síndrome de sinovitis simétrica seronegativa remitente del anciano con edema y fovea** (***remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting edema***) (**RS3PE**), concluyendo que se trata de un síndrome de necesario conocimiento por el médico de familia dado que el diagnóstico es relativamente sencillo, no requiere realización de pruebas complementarias complejas y su pronóstico es bueno con el tratamiento adecuado.

INTRODUCCIÓN

Desde que en 1985 McCarty *et al* describieran el **síndrome de sinovitis simétrica seronegativa remitente del anciano con edema y fovea** (***remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting edema***) (**RS3PE**)[1] hasta hoy, se han descrito casos aislados y algunas series de casos, pocos, sobre todo en la literatura especializada, de reumatología[2] o medicina interna[3], que ponen de manifiesto su escasa prevalencia[2], al tiempo que lo consideran como una manifestación precoz de un síndrome paraneoplásico[4,5].

A pesar de su baja prevalencia, esta posibilidad de asociarse con neoplasias[6] y su relación con otras enfermedades reumáticas con las que se emparenta (artritis reumatoide o polimialgia reumática, con las que se debe realizar diagnóstico diferencial)[7] hacen que sea importante su reconocimiento y debamos estar atentos a su presentación, sobre todo en las consultas de atención primaria, que son la puerta de entrada de estos pacientes al sistema sanitario.

Es conveniente, por tanto, que el Médico de Familia conozca y se familiarice con las manifestaciones clínicas, diagnóstico, pronóstico y tratamiento de este síndrome, pues de un pronto reconocimiento y de una actuación temprana pueden derivarse no pocos beneficios para el paciente.

Describimos un caso que se ha presentado en una consulta de atención primaria de un centro urbano, durante el mes de mayo de 2008, y que nos han llamado la atención porque se trata de un síndrome reumático peculiar que no habíamos visto nunca.

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; 3: 186-197

CASO

Mujer de 70 años que acude a consulta por presentar, desde hace unas dos semanas, hinchazón progresiva de ambas manos, con dolor y limitación para moverlas, teniendo incluso dificultad para coger objetos y peinarse. Refiere asimismo que durante este tiempo ha presentado malestar general, astenia y pérdida de apetito. No ha tenido fiebre, ni pérdida de peso.

Entre los antecedentes familiares destaca la muerte de la madre a los 68 años por cáncer de mama. El padre había padecido diabetes tipo 2 y psoriasis, y murió con 92 años.

Nunca ha referido alergias a medicamentos ni hábitos tóxicos. En la hoja de problemas de la paciente figura que es hipertensa, padece de psoriasis, poliartrosis, hipercolesterolemia, trastorno de ansiedad y glaucoma.

Está en tratamiento con Atorvastatina 10mg / 24h, Indapamida 2.5mg / 24h, Omeprazol 20mg / 24h, Ginkgo Biloba 5ml / 12h, Latanoprost 1 gota / 24h, Ibuprofeno 600mg, Metamizol y pomada de Clobetasol a demanda.

En la exploración presenta una TA 131 / 91 mmHg, FC 99 lpm. La movilidad de cuello y cintura escapular es normal, sin dolor ni alteraciones en hombros y brazos. Los pulsos de arterias temporales son palpables y simétricos. No hay adenopatías axilares ni en cadena yugular. No presenta edema en esclavina ni signos de oclusión venosa. AC con tonos rítmicos a 100 lpm sin soplos. AP normal.

Lo que más llama la atención es el marcado edema en dorso de ambas manos, hasta las muñecas, con fóvea +++ (Fig. 1). Tiene dificultad, por dolor, para la flexo-extensión de muñecas y dedos y presenta dolor a la presión sobre interfalángicas proximales (IFP) de ambas manos, excepto la 5ª de mano derecha y sobre algunas metacarpofalángicas (MCF) de ambas manos. El resto de la exploración, salvo placas de psoriasis en espalda, rodillas y codos y signos de gonartrosis, sin otros hallazgos significativos.

En la analítica destaca en la bioquímica una proteína C reactiva (PCR) de 6.1 mg / dl (0-1), la velocidad de sedimentación globular (VSG) de 99 mm / hora (1-20), Anticuerpos antinucleares (ANA) con valor límite R= 1.0 (positivo > 1.1) y factor reumatoide (FR) 9.7 UI / ml (0-30) negativo. Resto de bioquímica, salvo glucemia de 112 mg / dl (60-110), normal, incluyendo creatinina, ác. úrico, calcio, fósforo, sodio, potasio, GPT / ALT, índice ictérico, TSH, alfafetoproteína y Ag. carcinoembrionario. En el hemograma se aprecia una ligera leucocitosis (13.7 x 10^3 / µl) con fórmula de 68.9% de neutrófilos y 25.1% de linfocitos, siendo el resto normal. Sistemático de orina normal.

En la radiografía de manos (Fig. 2) no hay erosiones ni deformidades en falanges. Destaca un discreto aumento de partes blandas con mínimos signos de osteopenia en articulaciones interfalángicas de ambas manos, con MCF normales. Radiografía de tórax normal. Electrocardiograma con taquicardia sinusal de 120 lpm sin otros hallazgos.

Se le prescribe Prednisona a dosis de 30 mg / diarios y, salvo un incidente crítico que luego comentaremos, evoluciona de modo espectacular pues, a los tres días de tratamiento ha desaparecido completamente el edema y el dolor. Actualmente toma una dosis diaria de15 mg. y sigue asintomática.

DISCUSIÓN

Con estos datos clínicos y las exploraciones complementarias nos planteamos la posibilidad de que se trate de alguna enfermedad reumática importante tipo ***artritis reumatoide*** o ***polimialgia reumática***, con las que pensamos hacer diagnóstico diferencial, al igual que con otras enfermedades capaces de producir edema en manos con artritis (Tabla 1)[8], y por supuesto con el ***síndrome de sinovitis simétrica seronegativa remitente del anciano con edema con fovea (RS3PE)***, también conocido en la literatura en español como ***polisinovitis edematosa benigna del anciano*** o ***poliartritis edematosa del anciano***.

Efectivamente, la manifestación clínica más significativa de esta paciente es la presencia de un importante edema en ambas manos, que deja fovea a la presión, junto a una poliartritis que

desarrolla en poco tiempo, alrededor de dos semanas, simétrica, con afectación de bastantes articulaciones de las manos (además de la segura implicación, no bien mirada, de las articulaciones radiocarpianas y carpos) e importante inmovilidad por el dolor.

Una ***artritis reumatoide*** puede presentarse también con idéntica afectación articular simétrica en manos, pero sin tanto edema, al menos no de forma tan llamativa, y con una presentación menos aguda y menos dolorosa (Tabla 2). Ciertamente, en nuestro caso hay poliartritis simétrica de tres o más articulaciones de las manos, una VSG acelerada, afectación del estado general con astenia y pérdida de apetito… pero, si seguimos los criterios de la ARA (Tabla 3) para el diagnóstico de artritis reumatoide[9], es imprescindible que el cuadro clínico tenga al menos 6 semanas de evolución, lo que en ningún momento se da en nuestro caso. El resto de los criterios diagnósticos de artritis reumatoide, como la rigidez matutina, la presencia nódulos reumatoideos y de factor reumatoide y la afectación radiológica, no se dan en nuestra paciente, posiblemente porque no ha habido tiempo para que se desarrollen al tratarse de un cuadro agudo o subagudo, poco evolucionado.

En cambio, la ***polimialgia reumática*** puede tener un inicio agudo o subagudo, como el de nuestra paciente, pero con dolor grave no tanto en las articulaciones afectadas como en los grupos musculares de las cinturas escapular y pelviana, sobre todo nocturno, con rigidez matutina muy manifiesta, de al menos una hora, y debilidad y atrofia, aspectos estos que no se dan en nuestro caso (Tabla 4). Si atendemos a los criterios diagnósticos clásicos de Bird de la polimialgia reumática[10] (Tabla 5), nuestra paciente los cumple, pues, salvo el dolor y / o rigidez bilateral de ambos hombros y región superior de los brazos, la rigidez matutina y la depresión y / o pérdida de peso, que no presenta, sí presenta un desarrollo de la enfermedad en un periodo inferior a dos semanas, una VSG de más de 40 mm / hora, edad superior a 65 años y factor reumatoide y ANA negativos, junto a ausencia de otras enfermedades capaces de causar dolores musculoesqueléticos y una rápida respuesta al tratamiento con corticoides sistémicos. No obstante, no pensamos que nuestra paciente tenga una polimialgia reumática dada la falta de reumatismo de cinturones y la ausencia de arteritis de la temporal con la que se suele asociar.

Entre los procesos que cursan con artritis de las manos con edema, además de los anteriores (Tabla 1), se cuenta la ***enfermedad mixta del tejido conectivo*** (Tabla 6). En ella, el edema afecta al dorso de las manos y principalmente a los dedos, con engrosamiento y pérdida de elasticidad de la piel, lo que les da apariencia de salchicha, y se acompaña de fenómeno de Raynaud y esclerodactilia, aspectos estos últimos que no aparecen en nuestra paciente, lo mismo que ninguna otra afectación pulmonar, cardiaca, digestiva, renal o neuropsíquica con que se manifiesta esta enfermedad. Además, es más propia de edades más tempranas que las de nuestro caso y más de la mitad de los pacientes presentan afectación muscular en forma de miositis con mialgias de predominio en la musculatura proximal. Si atendemos a sus criterios diagnósticos (Tabla 7)[11], nuestra paciente cumple los dos criterios clínicos de edema de manos y sinovitis, pero no el resto. Ni qué decir tiene que no podemos pronunciarnos sobre el criterio serológico por no estar a nuestro alcance.

En la ***enfermedad por depósito de pirofosfato cálcico*** el edema del dorso de las manos tiene una distribución asimétrica y hay ausencia o escasos síntomas constitucionales, aunque la VSG y la PCR pueden estar aumentadas discretamente. Es el análisis del líquido sinovial de las articulaciones afectas el que da el diagnóstico, que no pensamos sea pertinente a nuestro caso, lo mismo que en la ***distrofia simpática refleja*** cuyo edema de las manos es normalmente unilateral, con presencia de manifestaciones vasomotoras y cutáneas y ausencia de artritis. En el caso de la ***amiloidosis primaria***, la "mano en guante de boxeo" puede remedar nuestro caso pero lo mas llamativo en esta enfermedad son las manifestaciones sistémicas y sobre todo la afectación renal.

Mención especial merece la ***artropatía psoriásica*** dado el antecedente de psoriasis de nuestra paciente, que obliga a considerar muy seriamente la posibilidad de esta enfermedad en su diagnóstico diferencial. Efectivamente, la psoriasis puede acompañarse de artritis que puede manifestarse como una artritis periférica (normalmente oligoarticular y asimétrica, con afectación de

interfalángicas distales o, a veces, idéntica a la de la artritis reumatoide), una artropatía axial muy parecida a la de la espondilitis anquilosante o una combinación de ambas[12]. En casos evolucionados nos podemos encontrar con una artritis mutilante (Tabla 8). Como decimos, aunque la artritis periférica que puede acompañar a la psoriasis suele ser oligoarticular y asimétrica, en ocasiones se presenta como una poliartritis simétrica muy similar a la de la artritis reumatoide, pero a diferencia de esta, puede implicar a las articulaciones interfalángicas *distales*, que no se ven afectadas en la artritis reumaotide, con tenosinovitis de los tendones flexores de los dedos, lo que les da el aspecto de "dedo en salchicha" característico. Nuestra paciente no tiene afectación de las interfalángicas *distales*, lo que podría rechazar este diagnóstico, pero no está tan claro que no tenga una artritis psoriásica, ya que el diagnóstico de artritis psoriásica se realiza teniendo en cuenta las manifestaciones clínicas y radiológicas[13] y no hay unos criterios clínicos convenientemente validados que ayuden a su diagnóstico (Tabla 9). La radiología es negativa en nuestro caso y sólo por la clínica y el laboratorio (VSG acelerada, FR negativo, ANA negativo o bajo o en el límite) podríamos hablar de una poliartritis asociada a psoriasis, con características más propias de una artritis reumatoide que de una artritis psoriásica.

Por último nos toca hablar del ***síndrome de sinovitis simétrica seronegativa remitente del anciano con edema con fovea (RS3PE)***, motivo de esta discusión, y que pensamos padece nuestra paciente. Se trata, como dijimos, de una entidad descrita por McCarty *et al* en 1985[1], que en su descripción inicial refiere que afecta al anciano, con una media de edad de 69.5 años, de predominio en varones (3:1) y que cursa con una presentación clínica aguda de tenosinovitis predominante de los *flexores* de los dedos y marcado edema dorsal de las manos y en ocasiones de los pies, junto a una polisinovitis aguda de muñecas, MCF e IFP, con ausencia de erosiones óseas en la radiografía, factor reumatoide negativo y una respuesta inmediata y espectacular al tratamiento con dosis bajas de esteroides.

Desde que fue descrita, muchas autores dudan de su existencia real como entidad propia, ya que la consideran como una manifestación clínica especial de enfermedades reumáticas del anciano que pueden cursar con artritis y edema, como artritis reumatoide del anciano, polimialgia reumática, arteritis de la temporal y poliartritis seronegativa del anciano, entre otras[14].

De etiología desconocida, se la relaciona con ciertos agentes infecciosos (tuberculosis y bacilo de Calmette-Guerin, parvovirus B19, lepra, *Mycoplasma pneumoniae*)[1], con predisposición genética (el 50% de los pacientes está en relación con el antígeno HLA-B7)[15] o con la secreción por parte de ciertos tumores de factores séricos como IL-6[16].

La clínica (Tabla10)[17,18] se inicia rápidamente en días o semanas, por lo general inferior al mes, con afectación inflamatoria articular simétrica a nivel de muñecas, metacarpofalángicas e intefalángicas proximales. Hay también dolor e impotencia funcional y tumefacción. Es típica la afectación de los tendones, sobre todo los extensores de la mano, dato este que no concuerda con la descripción inicial de McCarty *et al* que habla de afectación predominante de los flexores de los dedos, y que posteriormente no se ha corroborado. Puede haber también un síndrome del túnel carpiano acompañante y afectación en otras localizaciones como pies, tobillos, hombros, rodillas, caderas y codos[7]. Pero lo más llamativo del cuadro es la presencia de un importante edema con fovea en dorso de las manos y a veces en dorso de los pies, e incluso de región pretibial. Puede haber también dolor en cintura escapular y más raramente en cintura pelviana. Aunque puede haber febrícula y astenia, los síntomas constitucionales suelen ser escasos.

La analítica es demostrativa de un proceso inflamatorio agudo, con VSG acelerada y aumento de la PCR. El factor reumatoide es típicamente negativo. Los ANA pueden ser negativos o positivos a títulos bajos. Puede haber anemia discreta (normocítica y normocrómica), hipoalbuminemia y leucocitosis.

La radiografía sólo muestra aumento de partes blandas sin lesiones erosivas (Tabla 11).

El diagnóstico es fundamentalmente clínico basándose en los criterios que en 1994 propusieron Olivo *et al*[19] (Tabla 12). Se debe hacer diagnóstico diferencial sobre todo con polimialgia

reumática y artritis reumatoide, basándonos en diferencias clínicas, radiológicas… y la presencia o ausencia del factor reumatoide (Tabla 13)[20]. Respecto a la polimialgia reumática las diferencias son sobre todo clínicas, ya que en este caso es más frecuente el dolor sobre todo en la cintura escapular o pelviana y no presenta de modo tan llamativo edema con fovea. En lo que a la artritis reumatoide se refiere las diferencias se centran en la radiología, con presencia de lesiones erosivas y en el factor reumatoide que suele ser positivo.

Pero lo más interesante del cuadro es su posible asociación con otros procesos (Tabla 14)[3] y sobre todo con neoplasias[3], tratándose en este último caso de una manifestación paraneoplásica de tumores sólidos como el carcinoma renal, endometrial[21], prostático[4], gástrico[22], colon y páncreas entre otros, y de neoplasias hematológicas como la enfermedad de Hodgkin, linfoma no Hodgkin, mieloma múltiple, leucemia linfoide crónica o el síndrome mielodisplásico (Tabla 15)[23]. Se debe considerar la posibilidad de que este síndrome se trate de una manifestación paraneoplásica asociada a tumores, si hay una pobre o nula respuesta al tratamiento esteroideo, si se acompaña de importantes síntomas sistémicos constitucionales o si, tras la mejoría, se producen recaídas de la sintomatología reumatológica[24]. Aunque el síndrome RS3PE puede presentarse antes, durante o incluso después de la enfermedad neoplásica, lo normal es que su presencia sea previa al tumor[21], variando el intervalo de tiempo (en los casos en que aparece) de 1 a 14 años en las series estudiadas y seguidas[6], por lo que los pacientes deben ser monitorizados durante mucho tiempo. El tener un RS3PE supone un pequeño riesgo adicional de presentar un tumor en el futuro, mayor que el que sería de esperar en una población similar en sexo, edad, periodo de tiempo y área geográfica sin la presencia del síndrome[25]. Es interesante observar que los casos asociados a enfermedad maligna de base y que no responden bien al tratamiento corticoideo, sí lo hacen a la extirpación del tumor. En estos casos, si el RS3PE recidiva, es probable que se trate de una reactivación del tumor de base[26]. El seguimiento a largo plazo (de 18 meses a 4.4 años) de una serie de 12 casos ha puesto de manifiesto que los pacientes que respondieron inicialmente bien al tratamiento con corticoides tuvieron remisión completa y mantenida del cuadro durante el periodo de seguimiento, mientras que los casos que no respondieron inicialmente al tratamiento (un tercio de ellos) se asociaron a enfermedad neoplásica[27].

Respecto del pronóstico, el del RS3PE es bueno, salvo naturalmente cuando se trata de un síndrome paraneoplásico asociado a tumores. En cuanto a la evolución, dejado a su libre evolución, sin tratamiento, el cuadro remite espontáneamente entre 3 y 36 meses[28], de ahí el nombre de *remitente*. En los casos que no es una manifestación paraneoplásica, que es lo más habitual, este proceso responde espectacularmente al tratamiento con dosis bajas de esteroides (15-30 mg / día de prednisona oral), con mejoría clínica prácticamente total a los pocos días y remisión completa en menos de un año. La excelente respuesta al tratamiento refuerza el diagnóstico. Debe mantenerse el tratamiento a la mínima dosis eficaz durante un periodo de 6-18 meses.

En nuestro caso, como dijimos, la respuesta al tratamiento fue espectacular, pero tuvimos con ella un incidente crítico… tras obtener la muestra de sangre para la analítica se le prescribió Prednisona a dosis de 30 mg / diarios vía oral; se volvió a valorar a los pocos días y se constató que no había mejoría, al contrario, el edema llegaba más alto en el brazo y la limitación de la motilidad y el dolor más acusados. Se indagó sobre la toma de los comprimidos y la paciente confesó que no se los había tomado, que quería esperar a ver los resultados de la analítica, que se le daban en ese momento. Convencida la paciente de la necesidad de la toma de la medicación se volvió a valorar a los tres días, viniendo la paciente muy contenta dada la casi completa mejoría del dolor y el edema (Fig. 3) y nosotros nos pusimos tanto o más contentos que ella.

A pesar de que la paciente ha respondido bien al tratamiento, no ha presentado importantes síntomas constitucionales y no ha tenido aún recaídas, por lo que es de esperar que no tenga ninguna neoplasia asociada, nos hacemos algunos interrogantes que nos inquietan: ¿hay que hacer, a pesar de todo, en este caso, un estudio para diagnosticar algún posible tumor?, ¿a qué especialista o especialistas se tiene que derivar para estudio de una posible neoplasia?, ¿cuánto se puede tardar en detectarla? o por el contrario

¿se puede esperar para ver la evolución?, ¿cuánto tiempo?... y sobre todo ¿puede ser ya tarde?... preguntas que nos hacemos con todos los pacientes cuando nos encontramos ante una encrucijada de decisión diagnóstica o terapéutica y cuya respuesta no está siempre clara en la bibliografía consultada.

A modo de conclusión decimos que es muy interesante y necesario el conocimiento de esta enfermedad por parte del medico de atención primaria, dado que el diagnóstico es relativamente sencillo, no requiere realización de pruebas complementarias complejas y su pronóstico es bueno con el tratamiento adecuado.

BIBLIOGRAFÍA

[1] McCarty DJ, O'Duffy D, Pearson L, Hunter JB. Remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting edema: RS3PE syndrome. JAMA. 1985; 254:2763-7.

[2] Bucaloiu ID, Olenginski TP, Harrington TM. Remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting edema syndrome in a rural tertiary care practice: a retrospective analysis. Mayo Clin Proc. 2007; 82:1510.

[3] Nicolás-Sánchez FJ. RS3PE asociado a tuberculosis. An Med Interna (Madrid). 2007; 24:494-6.

[4] Tunc SE, Arslan C, Avvacioglu NB, Sahin M, Akkus S, Yorgancigil H. Paraneoplastic remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting edema (RS3PE syndrome): a report of two cases and review of the literature. Rheumatol Int. 2004; 24:234-7.

[5] Cantini F, Salvarani C, Olivieri I. Paraneoplastic remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting edema. Clin Exp Rheumatol. 1999;17:741-4.

[6] Russell EB. Remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting edema síndrome: followup for neoplasia. J Rheumatol. 2005; 32:1760-1

[7] Benedí Sánchez M, Melón Juncosa MªP, Amo Garcés AB. Síndrome RS3PE: a propósito de un caso. Medifam. [periódico en la Internet]. 2002 Jun [citado 2008 Jun 30]; 12(6): 68-75. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682002000600006&lng=es&nrm=iso.

[8] Botella Ruiz E, Canal Casals V, Olivé Marqués A. Poliartritis edematosa del anciano o síndrome RS3PE. Form Med Cont. Aten Primaria. 2001; 8:95-98.

[9] Schumacher HR Jr. Synovial fluid analysis and synovial biopsy. En: Kelley WN, Harris ED Jr, Ruddy S, Sledge CB, eds. Textbook of Theumatology (4th ed.). Filadelfia: WB Saunders; 1993. p. 562-578.

[10] Bird HA, Esselinckx W, Dixon AS, Mowat AG, Wood PH. An evaluation of criteria for polymyalgia rheumatica. Ann Rheum Dis. 1979; 38:434-9.

[11] Alarcón Segovia D, Cardiel MH. Comparison between 3 diagnostic criteria for mixed connective tissue disease. Study of 593 patients. J Rheumatol. 1989;16:328-334.

[12] Gladman D. Psoriatic arhritis. Rheum Dis Clin North Am. 1998; 24:829-836.

[13] Romero Juste S. Artritis psoriásica. Medicine. 2001; 08:1612-5.

[14] Olivé A. RS3PE, R2D2 y C3PO. Med Clin (Barc). 2003; 121:316.

[15] Cobeta García JC, Martínez Burgui J. Síndrome RS3PE o polisinovitis edematosa benigna del anciano. Estudio de ocho casos. Rev Clin Esp. 1999; 199:785-789.

[16] Sibila J, Friess S, Schaeverbeke T, Maloisel F, Bertin P, Goichot B, et al. Remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting edema (RS3PE): a form of paraneoplasic poliartritis. J Rheumatol, 1999; 26:115-120.

[17] Olivé A, Blanco J, Pons M, Vaquero M, Tena X. The clinical espectrum of remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting edema. The Catalán Group for the Study of RS3PE. J Reumatol. 1997; 24:333-6

[18] Gómez Huelgas R. Síndrome RS3PE: un nuevo síndrome geriátrico (Internet) Geriatrianet 2001. [Acceso el 22 de agosto de 2008]. Disponible para usuarios registrados en www.geriatrianet.com/index.php/journal/issue/view/15

[19] Olivo D, Lacava R, Rossi MG, Gareri P, Fiorentini C, Mattace R. Benign edematous polysynovitis in the elderly. Clin Exp Rheumatol. 1994; 12:669-673.

[20] Soriano Llora T, Moy del Barrio G, Pinar Manzanet JM. Síndrome RS3PE. SEMG. 2005; 77:596-599.

[21] Olivo D, Matase R. Concurrente of benign adematous polisinovitis in the elderly (RS3PE symdrome) and endometrial adenocarcinoma. Scand J Rheumatol. 1997;26:67-8.

[22] Tada Y, Sato H, Yoshizawa S, Kimura H, Kitamura M, Kusaba T, et al. Remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting edema associated with gastric carcinoma. J Rheumatol. 1997; 24:974-5.

[23] Paira S. Síndrome de sinovitis simétrica seronegativa remitente y edema con fovea (RS3PE) asociado a neoplasia. Seminarios de Reumatología. 2002; 3:3.

[24] Ramos Soria M, Doménech Santasusana M, Guasch Jordan I, López Borrás E. Busquet Solé N. RS3PE symdrome as a first manifestation of prostatic carcinoma. An Med Interna. 2003; 20:217-8.

[25] Russell EB. Remitting seronegative symetrical synovitis with pitting edema syndrome: followup for neoplasia. J Rheumatol. 2005; 32: 1760-1.

[26] Aomar Millán IF, Iglesias Jiménez E, Pérez Fernández L, Ruiz Sancho A, Callejas Rubio JL. RS3PE con afectación cardiológico. Reumatol Clin. 2006; 2:158-9

[27] Paira S, Graf C, Roverano S, Rossini J. Remitting seronegative symmetrical sinovitis with pitting oedema: a study of 12 cases. Clin Rheumatol. 2002; 21:146-9.

[28] Albaladejo C. Guiriguet C. Dona d'edat avançada amb les mans tumefactes i adolorides [Cas clinic]. Butlletí de la SCMFIC. 2004; 22:11-13

Tabla 1.-Diagnóstico diferencial de artritis de las manos con edema[8]

- Síndrome RS3PE
- Enfermedad mixta del tejido conectivo
- Enfermedad por depósitos de pirofosfato cálcico
- Distrofia simpática refleja
- Amiliodosis
- Artropatía psoriásica
- Artritis reumatoide
- Polimialgia reumática

Tabla 2.- Artritis reumatoide

- Articulaciones frecuentemente afectadas: interfalángicas proximales de manos y pies, MCF, carpos, codos, cintura escapular y pelviana, rodillas y tobillos
- Suele haber deformidad progresiva de las articulaciones afectas y reducción de su motilidad, con rigidez matutina
- Puede haber fiebre, astenia, cervicalgia persistente, parestesias en manos y pies, sequedad de piel y mucosas, ronquera, conjuntivitis, nódulos en la piel…
- En rx se detectan pequeñas muescas o erosiones
- Analítica con VSG acelerada y Factor Reumatoide positivo (65-90%), anemia discreta, leucocitosis…

Tabla 3.- Artritis reumatoide. Criterios diagnósticos de la ARA-1988[9]

- Presentes cuatro de los siete criterios. Siempre y cuando del criterio número uno al cuatro, estén presentes por al menos 6 semanas. Estos son los siete criterios:

    1. Rigidez matutina de al menos una hora de duración
    2. Artritis en 3 o más articulaciones
    3. Artritis de las articulaciones de la mano (carpo, MCF e IFP)
    4. Artritis simétrica
    5. Nódulos reumatoideos
    6. Cambios radiológicos compatibles con AR
    7. Factor reumatoide positivo

Tabla 4.- Polimialgia reumática

- Propia de pacientes ancianos
- Dolor nocturno y rigidez matinal de cintura escapular y pelviana, de varias horas de duración y dificultad para la realización de las actividades de la vida diaria
- Artritis (9-38%), oligoarticular, articulaciones periféricas (rodillas, carpos, MCF) de intensidad leve a moderada, muy parecidas a la de la AR, transitorias y sin producción de erosiones ni destrucción articular
- Se suele presentar asociada a Arteritis de la Temporal

Tabla 5.- Criterios diagnósticos de Polimialgia Reumática (PMR)

- Dolor y/o rigidez bilateral de hombros
- Desarrollo de la enfermedad en un período inferior a 2 semanas
- VSG superior a 40 mm/h
- Rigidez matutina de duración superior a una hora
- Edad superior a 65 años
- Depresión y/o pérdida de peso
- Hipersensibilidad bilateral proximal de los miembros superiores

Se considera PMR probable si reúne 3 o más de ellos o si un criterio coexiste con alteración clínica o patológica de la arteria temporal. (Tomada de Bird HA. *et al.* 1979)[10]

Los tres añadidos siguientes son criterios adicionales que hoy día se exigen para reforzar la seguridad diagnóstica:
-Factor reumatoide y ANA negativos
-Ausencia de otras enfermedades capaces de causar dolores musculoesqueléticos
-Rápida respuesta al tratamiento con corticoides sistémicos

Tabla 6. Enfermedad mixta del tejido conectivo

- Afecta sobre todo a mujeres en la 4ª o 5ª década
- **Manifestaciones cutáneas**: Fenómeno de Raynaud, edema de manos y dedos, esclerodactilia
- **Manifestaciones músculoesqueléticas**:
  -Artritis (80-90%) simétricas sobre todo de IFP, MCF, carpo y rodillas
  -Miositis de predominio en la musculatura proximal
- **Manifestaciones pulmonares**, **cardiacas**, **digestivas**, **renales** y **neuropsíquicas**
- VSG acelerada, anemia, trombopenia…
- Títulos elevados Anticuerpos anti-U1-ribonucleoproteína (U1-RNP)

Tabla 7.- Enfermedad mixta del tejido conectivo. Criterios diagnósticos

- Serológicos
  Título positivo de anticuerpos anti-U1-RNP (>= 1.600)
- Clínicos
  Edema de manos
  Sinovitis
  Miositis
  Fenómeno de Raynaud
  Acrosclerosis

Requisitos para el diagnóstico: cumplir el criterio serológico y 3 criterios clínicos (la asociación de edema de manos, fenómeno de Raynaud y acrosclerosis requiere además al menos uno de los otros 2 criterios) (Tomada de Alarcón-Segovia-1989)[11]

Tabla 8.- Artritis psoriásica. Formas de presentación

1. Artritis oligoarticular asimétrica de algunas articulaciónes de las extremidades
2. Artritis que afecta principalmente a intefalángicas distales de manos (o pies)
3. Artritis simétrica similar a la AR
4. Artritis mutilante
5. Artritis de columna y sacroiliacas similar a EA

Tabla 9.- Artritis psoriásica. Diagnóstico

- Paciente con psoriasis y

    - dolores articulares, con signos de artritis, generalmente asimétrica
    - con afectación de interfalángica distal (típico dedo en salchicha)
    - Analítica con VSG y PCR ligeramente elevadas, discreta anemia, ác. úrico suele ser alto, FR negativo
    - Lumbalgia que no cede con el reposo

Tabla 10.- Síndrome RS3PE. Clínica[17,18]

- Poliartritis aguda simétrica de manos, con afectación de MCF (81.5%), IFP (70.4%), muñecas (55.5%), hombros (48%) junto a importante edema de dorso de las manos. También puede haber artritis de pies y tobillos, junto a edema pedio y pretibial
- Tenosinovitis extensores (91%) y flexores de la mano (39%), extensores de los pies (26%), peroneo y tibial posterior (13%)
- Menos frecuentemente hay artritis de rodillas (22%), codos y caderas
- En ocasiones se asocia a un síndrome del tunel carpiano (22%), rigidez matutina, febrícula (4%) y síndrome constitucional (7%)

Tabla 11.- Síndrome RS3PE. Pruebas complementarias

- VSG y PCR altas
- Anemia normocítica normocrómica, hipoalbuminemia, leucocitosis
- FR negativo
- ANA negativos o positivos a títulos bajos
- HLA-B7 presente en el 50%
- Rx: aumento de partes blandas sin lesiones erosivas

Tabla 12.- Síndrome RS3PE. Criterios diagnósticos de Olivo[19]

- Edad igual o mayor de 65 años
- Factor reumatoide negativo
- Polisinovitis aguda afectando a muñecas, MCF, IFP y vainas tendinosas de los extensores de las manos
- Edema en “piel de naranja” con fovea en las zonas afectadas
- Rigidez matutina
- Respuesta rápida al tratamiento esteroideo
- Exclusión de otras enfermedades

Tabla 13.- RS3PE. Diagnóstico diferencial[20]

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL			
	AR	PMR	RS3PE
Sexo	Mujeres	Mujeres	Hombres
Edad más frecuente	25-50 años	>60 años	>65 años
Localización en manos	Sí	No frecuente	Sí
Cintura escapular/pelv.	No	Sí	Rara
Rigidez	Matutina	Escasa	Matutina
Síntoma más frecuente	Inflamación	Dolor	Edema
Edema en dorso manos	Unilateral	Ocasional	Bilateral
Erosiones radiológicas	Presentes	Ausentes	Ausentes
FR	Positivo	Negativo	Negativo
Afectación arteria temporal	No	Sí	No
Remisión	Infrecuente	24 meses	6-15 meses

AR: Artritis Reumatoide
PMR: Polimialgia Reumática
RS3PE: Sinovitis simétrica seronegativa remitente con edema y fovea
FR: Factor reumatoide

Tabla 14.- Síndrome RS3PE. Asociaciones clínicas[3]

• Espondiloartropatías • Artritis reumatoide • Síndrome de Sjögren • Dermatopolimiositis • Amiloidosis • Artritis psoriásica • Sarcoidosis • Polimialgia reumática • Arteritis de células gigantes	• Síndrome del túnel carpiano • Artritis microcristalinas • Enfermedad de Whipple • Lepra • Tuberculosis • Instilaciones vesicales con bacilo de Calmette-Guerin • Neoplasias

Tabla 15.- Síndrome RS3PE. Asociación con neoplasias[22]

• Adenocarcinoma de endometrio • Adenocarcinoma de ovario • Carcinoma de colon • Cáncer gástrico • Cáncer de páncreas • Carcinoma de riñón • Neo de próstata	• Leucemia linfoide crónica • Enfermedad de Hodgkin • Linfoma no Hodgkin • Mieloma múltiple • Síndrome mielodisplásico

Figura 1.- Manos antes del tratamiento. Obsérvese el edema con fovea en el dorso

Figura 2.- Rx de manos

Figura 3.- Manos tras el tratamiento

ARTÍCULO ESPECIAL

Cuarto año de especialidad: Reflexiones y propuestas

García López P [1], García Tirado MC [2], Rivas del Valle P [2], Gallo Vallejo FJ [3], Cabrera Rodríguez C [3], Ramos Díaz F [3], Martín Pérez C [3], Concha López P [3], de los Ríos Álvarez AM [3], Bailón Muñoz E [3], Castro Gómez JA [3], Gálvez Ibáñez M [3], Medina Gómez F [3], Pascual Rodríguez B [3]

[1] *Médico de Familia. Jefe de estudios UD de MFyC de Granada*

[2] *Médico de Familia. Técnico de Salud UD de MFyC de Granada*

[3] *Médico de Familia. Tutor UD de MFyC de Granada*

1. MARCO DE TRABAJO

El programa oficial de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) aprobado en el año 2005 ha promocionado cambios significativos en la estructura y estrategia formativa de la docencia postgrado para dicha especialización. Un elemento de cambio vivenciado en todas las unidades docentes ha sido la prolongación en un año del tiempo de residencia para la especialidad con el subsiguiente incremento cuantitativo tanto del tiempo de estancia formativa como del número de médicos residentes en el Centro de salud (CS). De hecho el año formativo 2008 a 2009 conforma, en España la primera experiencia docente con el médico residente de cuarto año en MFyC .

Afrontar este cambio necesariamente obliga a rediseñar, evaluar y dotar de contenidos formativos y responsabilidades al residente en dicha estancia; así como a idear nuevas formas de organización, gestión y comunicación en la estructura docente. A lo anterior hay que añadir que la gestión del 4º año de residencia está marcada en el nuevo programa por otras cuestiones, igualmente significativas:

· Delegación central en el tutor de atención primaria de la responsabilidad en la gestión formativa del futuro especialista.

· Orientación de la formación hacia la adquisición de competencias, la objetivación de resultados (pruebas evidenciables) y la evaluación formativa.

· Consideración de la autorreflexión y autogestión de recursos por parte del residente como clave metodológica para el aprendizaje.

La Unidad Docente de MFyC de Granada se organiza en cuatro zonas docentes (Granada capital y área metropolitana, Baza-Guadix y Motril Costa y Alpujarra) y está compuesta por 93 tutores de Atención primaria que gestionan la formación de 170 médicos residentes. Un análisis situacional a fecha actualizada ofrece las siguientes cifras en recursos humanos: 85 médicos residentes en el Centro de Salud durante los 18 últimos meses de la especialización; distribuidos en 13 CS acreditados para la formación postgrado de la especialidad y un Centro más, en vía de acreditación con cinco tutores.

Desde esta situación organizativa y considerando el marco teórico práctico que plantea el Programa oficial de la especialidad (POE), este artículo pretende comunicar la experiencia de gestión realizada en la unidad docente para elaborar y acordar las herramientas formativas a desarrollar en el CS durante el último año de residencia; teniendo como referente los elementos novedosos que plantea el nuevo programa; y considerando como estrategia de trabajo y gestión del cambio la participación y consenso del máximo números de tutores de dicha unidad.

Con intención expositiva el artículo se estructura en dos apartados “metodología de trabajo” dón-

Correspondencia: Pablo García López
Unidad docente provincial de MFyC de Granada
Hospital S. Juan de Dios. C/ S. Juan de Dios, 15. 18001 Granada
e-mail: pablof.garcia.sspa@juntadeandalucia.es

Med fam Andal 2008; 3: 198-207

de se describe la gestión de participación de los tutores; y "resultados finales" dónde se muestran, organizados en tablas, los acuerdos e instrumentos formativos elaborados y aprobados en última instancia por la comisión asesora provincial.

2. METODOLOGÍA DE TRABAJO

La participación de los tutores se inicia con la formación del grupo de trabajo "residente de cuarto año", compuesto por responsables docentes de los 14 CS adscritos a la Unidad Docente provincial. El trabajo del grupo se inicia en enero de 2008; siendo su tarea la reflexión y análisis de la prolongación de la estancia formativa en el CS y la redefinición del significado del residente de tercer y cuarto año (r3 y R4). De forma sucinta, las líneas estratégicas que acordó este grupo para definir las áreas de trabajo con los subsiguientes órganos de participación de los tutores fueron cuatro:

1. Necesidad de redefinir la figura del médico residente de 4º año en tanto puede ocurrir que sólo se comporte como un R3 al que se le retrasa su final.

2. Prioridad en clarificar los contenidos formativos del continuo residente de tercer y cuarto año y en especial las referentes a su implicación y participación en la gestión y organización del CS.

3. Redefinir el proceso de adquisición de responsabilidad en el CS; en tanto parece detectarse un retraso en la maduración del residente de tercer año tras la prolongación del tiempo de residencia a cuatro años.

4. Elaborar de forma consensuada una guía de práctica reflexiva que facilite la tutorización y la valoración de adquisición de competencias a través de la definición de un conjunto mínimo de tareas formativas de obligado cumplimiento durante la estancia en el CS.

De acuerdo a estas líneas de trabajo y aprovechando la oportunidad de participación que ofrecía la **Jornada provincial de tutores** de la unidad docente se inicio la segunda fase del proceso de gestión formativa (octubre 2008). En dicha jornada se organizaron dos momentos participativos con objetivos secuenciales y complementarios. El primero fue analizar y discutir la realidad formativa de cada centro de salud. Para ello y de forma previa a la jornada el "**equipo de tutores de cada centro docente"** elaboró un análisis situacional para ulterior presentación, reflexión y discusión grupal. Los elementos valorativos del análisis fueron: aspectos formativos con mayor fortaleza, debilidades formativas; experiencias útiles desarrolladas en formación. y por último prioridad de mejoras. En la tabla 1 se muestra un sumario de los principales aspectos de dicho análisis.

Una vez detallada la situación formativa de cada centro, el segundo objetivo fue elaborar, desde la realidad docente discutida previamente, un conjunto mínimo de tareas factibles y responsabilidades para el r3 y R4 orientadas a la adquisición de competencias y a los subsiguientes instrumentos de objetivación y evaluación. Para ello, los "**participantes en la jornada"** se adscribieron a dos grupos de trabajo con diferentes tareas que posteriormente en reunión sumaria fueron discutidas. Dichas tareas consistieron en:

· Definición de responsabilidad del r3 y R4 y propuesta de tareas a realizar en referencia a la gestión y funcionamiento del Centro de salud

· Definición y propuesta de tareas evidenciables y evaluables durante los 18 meses de estancia en centro de salud; y el subsiguiente instrumento de evaluación.

3. RESULTADOS FORMATIVOS

Este artículo pretendía describir una experiencia de gestión formativa sustentada en el consenso y participación del mayor número de tutores en una unidad docente como la de Granada, incluida entre las de mayor tamaño a nivel autonómico. Una vez descrito el proceso organizativo y de participación, las herramientas formativas elaboradas y consensuadas para facilitar la tutorización y evaluación del r3 y R4 se muestran en las tablas 2-4.

En la tabla 2 se muestra el decálogo de acciones a desarrollar por el residente; consideradas como

el mínimo a cumplir y que pretenden objetivar la adquisición de competencias descritas en el POE.

De hecho las competencias seleccionadas con estas tareas y los indicadores operativos que permiten su evaluación acrecen reseñados en la tabla 3; observándose como la selección incluye competencias e indicadores de prioridad superior al nivel 1, como parece sensato considerar para un residente de 4º año. Por último la tabla 4 incluye la hoja de evaluación que se utilizará para valorar la estancia formativa en el CS y que recoge tanto la evaluación de tareas formativas como aspectos o valores añadidos al perfil profesional del futuro especialista.

Finalmente, la última etapa de este proceso de gestión formativa fue la valoración y aprobación en **comisión asesora provincial** de las herramientas elaboradas.

No obstante esta última etapa no marca el final de un camino sino todo lo contrario. De hecho, el agente fundamental del aprendizaje y por supuesto también de la gestión formativa es el propio residente. Es por ello que actualmente se está diseñando una investigación de carácter cualitativo mediante grupos focales para conocer las expectativas, opiniones y visión del R4 que finalizará en junio de 2009; y que servirá además como experiencia de evaluación y mejora de los instrumentos formativos implantados.

Tabla 1.- Análisis situacional Formativo por Centro de Salud (Fase preparatoria a la toma de decisiones)

Centro salud	Situación formativa		Experiencias útiles	Prioridad de mejoras
	Aspectos positivos	*Aspectos deficientes*		
SALVADOR CABALLERO	• Asistencial • Formación continuada (sesiones clínicas, MBE, bioética) • Vídeo-grabación y análisis grupal.	• Desorientación por no disponer de agenda de tareas como R1. • Pérdida de tiempo por no tener agenda formativa. • Extrañeza sobre: momento formativo del R3 y grado de madurez. • A veces actitud pasiva y queja. • Pocos MIR en CS.	• Responsabilidad y gestión de un proceso asistencial. • Seguir ciclo de mejora del proceso 1 año. • Participar de un proyecto de investigación. • Diseñar y realizar una actividad comunitaria de EdpS. • Gestión de formación: - Encuentros formales con residentes - Impulsar informes de reflexión. - Impulsar actividades diseñadas por residentes. - Hacer GdT con tutores.	1. Disponer de agenda de tareas. 2. Aumentar el número de residentes.
ZAIDÍN SUR	• Mejora discreta en investigación. • Consolidado el programa de cirugía menor. • Va en aumento el número de MIR en CS.	• Activad de formación irregular. • Poca presencia de MIR en últimos años en CS. • Autorización, sobretodo individual.	• Brote TBC: implicación activa en su gestión. • Incorporación al programa de cirugía menor.	• Mejorar los objetivos de EC y video-grabación. • Mayor implicación del residente en programas comunitarios (forma joven, TCB) • Continuar con implantación de portafolio. • Implicar en temas de gestión del CS al residente. • Avanzar en investigación: comunicación, publicación y financiación. • Mejorar FC: sesiones específicas para residentes. • Aumentar residentes y tutores. • Reflexionar y decidir CONTENIDOS. ▪ R4: ¿residente o un profesional más del equipo de trabajo? ▪ Actividad del R4 asistencial y no asistencial con poder de mejorar el propio CS. ▪ ¿Qué se haría en el CS si se dispusiera de más tiempo?

CS CARTUJA	▪ Se sigue POE ▪ Oferta formativa completa ▪ Meta de mejorar la formación; incidiendo en aspectos fundamentales del POE además de humanismo.	▪ Retraso: autonomía y responsabilidad. ▪ Prevalece: autorización individual frente a colaboración conjunta. ▪ No existe hilo conductor. ▪ Trabajo de tutores en Equipo.	▪ Gestión de parte de formación continuada. ▪ Participación activa en actividades comunitarias que participa tutor. ▪ Integración irregular en actividades de investigación. ▪ Responsabilización global en verano.	1. Concretar que se quiere conseguir par poder medir y evaluar. 2. Explicitar las tareas del R3 al iniciar la estancia en el CS. 3. Implicar en tareas de gestión: procesos, farmacia, programas. Reunión con responsable (director) 4. Concretar responsabilidades. 5. Continuidad en la estancia (evitar interferencias con rotaciones). 6. Concretar áreas de mejora con el tutor para planificar rotaciones externas. 7. Mes de responsabilización. 8. Rotaciones intracentro.
ALMANJAYAR	1. Asistencial: demanda y programada. 2. Domicilio: demanda y programada. 3. FC: sesión conjunta semanal. 4. FC: sesión entrevista clínica mensual.		▪Formación en habilidades: inserción DIU ▪Taller práctico ECO abdominal. ▪Charlas en educación para la salud a sordos. ▪Taller de entrevista. ▪Un día a la semana para actividades del residente no asistenciales (viernes)	1. Dotar de contenidos formativos: "viernes del residente" 2. Creación de grupos para educación de la salud (diabetes, ansiedad, artrosis) 3. Responsabilización de Procesos, audit y áreas de mejora.
ALBAIZIN	▪ Más estabilidad de tutores. ▪ Acreditación tutores. ▪ Estancia en Pediatría en CS ▪ ZBS Rural y urbana.	▪ Cambil staff >60% ▪ Reducción del número de residentes.	▪Implicación en tarea. ▪Corresponsabilidad de procesos, programas, carteras. ▪Incorporación en propuestas de mejora. ▪Cooperación con R2 y R3 en propuestas de mejora del CS. ▪Responsabilidad de C programada en mañana (guardia día de consulta tarde).	1. Disponer espacio/tiempo para - uso de la guía de competencias. - Establecer-valorar objetivos formativos mensuales. 2. Disponer de consultas dobles (tutor-residente) para simultanear consultas. 3. CIRCUITO COMUNICACIÓN que asegure autorización durante R2 y R3: e-mail, visitas CS
MARQUESADO	* R4: objetivo es formación y no un profesional que complementa la consulta. * Declaración de intenciones. * Salen los resultados. * Comunicaciones científicas (2) * Participación en tareas. * Participación en sesiones.	* No disponibilidad de Internet. * Amenazas del entorno: - Colapso de urgencias. - Personal quemado. - Rigidez. - Bajo nº de profesionales. * Falta redefinir rumbo estratégico y contenidos formativos.		* Estrategia formativa - ¿Dónde estamos¿ - ¿Qué Piensa el R4? - ¿Qué queremos los T? * Necesidades formativas. * Definición del propio R4. * Eficiencia, eficacia y uso racional de fármacos. * Mínimo conocimiento de gestión sanitaria. * Funcionamiento del CS, UAF y tener una perspectiva más amplia que la consulta. * Estancias electivas. * Preparar para nuevos retos.
HUESCAR	* Estancia rural. * Colaboración multiprofesional y multisectorial. * Mayores, domicilio, EdpS	* Formación continuada: poca colaboración en equipo.	* Reunión al final de la mañana. * Revisión de indicadores de gestión y clínicos del CS. * Revisión de procesos asistenciales.	
MOTRIL	* Sesiones de FC de todos los R. * A demanda y domicilio. * Autorización en urgencias.	* **Difícil relación con área de gestión.** * Colapso en verano por costa. * Difícil práctica investigación.		- Relación con área de gestión sanitaria. - Investigación. - Estancias electivas.

LA CHANA	* Asistencial * Formación continuada: sesiones clínicas, MBE, Bioética.	* Investigación: mini proyectos, inconexos. * AUTONOMIA al inicio baja (mimetismo) y de R4 asunción desigual de responsabilidad y competencias. * Falta de contenidos y horizonte del R4. * No video-grabación.		
GRAN CAPITAN	* Objetivo R4 es la formación master (guinda del pastel) * 10 tutores. * Equipamiento clínico. * Equipamiento biblioteca. * Equipamiento informático. * Tiempo de consulta 8 minutos (posible 10)	* Déficit de atención comunitaria. * No video-grabación. * Investigación en fase inicial.	* Formación continuada gran aceptación (sesiones en inglés) * Taller de ecografía abdominal.	* Rotación **rural** como punto de excelencia. * Estancia internacional. * Gestión sanitaria: reuniones de equipo con el distrito. * Conocer a la **comunidad** de ZBS. * Actividad comunitaria con DM, familia. * Investigación -Trabajos de aprendizaje. -1 ó 2 multicéntricos de UD. * Medida **humanística** como guinda de la formación. * La motivación y preparación para el futuro.
HUETOR TAJAR	* Formación continuada: sesión clínica, bibliográfica, comunicación.	* Pocos residentes. * Baja iniciativa. * Investigación difícil.	* Rotaciones electivas con: - Plan formativo. - Profesionales concretos. * Sesiones formativas: **paquete mínimo al inicio del R3** en el CS sobre organización y funcionamiento del CS.	* Replantear la atención comunitaria: colaboración con ayuntamiento. * Propuestas gestión: - Relación con distrito. - Procesos asistenciales.
GUADIX	* 1 año acreditado.	* Falta experiencia. * No control embarazo. * No continuidad por estancia (salientes)		* Formar en gestión conflictos. * ¿Cómo mejorar ambiente de trabajo?

Tabla 2.- Acuerdo en Tareas Formativas Orientadas a Adquisición y Evaluación de Competencias

1. Vídeo-grabación de dos entrevistas completas de la consulta a demanda o programada del Centro de Salud.
2. Análisis de al menos dos Incidentes críticos presentados en consulta; uno de ellos en el área de relación médico-paciente.
3. Elaboración del Caso clínico en pacientes pluripatológicos con un abordaje integral e integrador de áreas competenciales en MFyC.
4. Seguimiento de al menos cinco pacientes incluidos en grupos especiales (mayores, gestantes, salud mental, terminal o inmovilizado; diabetes; EPOC) y elaboración de cinco informes de reflexión
5. Responsabilidad en al menos una Actividad de Educación Sanitaria y Promoción de la Salud y desarrollo de un informe memoria de participación.
6. Impartición de al menos tres Sesiones de formación continuada
7. Diseño de un proyecto de investigación y al menos una comunicación y/o publicación científica
8. Gestión total de la consulta al menos dos día a la semana y elaborar un registro de actividad realizada
9. Cumplimiento de rotación formativa rural/ urbana, al menos 3 semanas.
10. Asumir y gestionar la actividad de la cartera de gestión del CS (ciclo de evaluación mejora; indicadores clínicos y de gestión, procesos, uso racional de medicamento.) Y presentar informe memoria de la misma

Tabla 3.- Acuerdo en Selección de competencias e Indicadores operativos relacionados con Tareas Formativas

COMPETENCIAS	INDICADORES	TAREAS
	COMUNICACIÓN. RELACIÓN MÉDICO Y PACIENTE	
C04: Comunicación cen-trada en paciente C03: Negociar y compartir decisiones	He explorado algún aspecto del entorno social, laboral y familiar del paciente Me he interesado por las ideas sobre su enfermedad/ problema o preocupaciones que le ocasiona al paciente He dado oportunidades y animado al paciente a que exprese sus dudas sobre cualquier aspecto del diagnóstico o plan de actuación a seguir Cuando las había, he ofrecido diferentes opciones al paciente y le he dado la oportunidad de que este elija respetando su deseo de hacerlo o no He tratado de conseguir del paciente compromisos explícitos sobre plan de actuación respetando su deseo de hacerlo He utilizado alguna técnica para negociar con el paciente	Vídeo-grabación de consulta Observación directa Incidente crítico
	RAZONAMIENTO Y TOMA DE DECISIONES	
C04: Conseguir adherencia a plan de actuación acordado	He utilizado una guía de práctica clínica o protocolo de actuación reconocido como ayuda en el razonamiento clínico He interpretado la dolencia en términos de su propio contexto médico; incluyendo en el razonamiento clínico las expectativas y preocupaciones del paciente, y las repercusiones del problema en su vida He investigado las preferencias y creencias del paciente respecto al plan de actuación He explicado y acordado con el paciente y su familia las medidas diagnósticas y de intervención a adoptar, utilizando diferente estrategias para mejorar el cumplimiento	Vídeo-grabación de consulta Análisis de casos: caso clínico de abordaje integral en pluripatológi-cos 5 casos de gru-pos especiales e informe reflexión

Tabla 3 (continuación).- Acuerdo en Selección de competencias e Indicadores operativos relacionados con Tareas Formativas

GESTIÓN CLÍNICA		
C03: Uso adecuado de Pruebas diagnósticas C04: Uso racional de fármacos C03: Interpretar indicadores de gestión y clínicos C03: Uso de herramientas de cada fase del ciclo de calidad C03: Manejo adecuado de técnicas de gestión equipo	Se calculan e interpretan adecuadamente los parámetros de una prueba diagnóstica Se interpretan de forma adecuada los datos del perfil de prescripción Se proponen medidas concretas para mejorar el perfil de prescripción Se hace el análisis del conjunto de indicadores clínicos y de gestión del CS, y se ha valorado e interpretado adecuadamente Se ha aplicado la metodología del ciclo de calidad (detección de problemas, análisis de causas, análisis de soluciones) Ha definido, utilizado e interpretado: criterios de calidad, umbrales, análisis de cumplimientos y gráfico de Pareto Conoce y maneja los principios de gestión de equipos: conflictos, negociación, comunicación, gestión de reuniones	Análisis de casos (pluripatológico y 5 de grupos especiales) Evaluación de mejora de calidad y memoria Gestión de cartera de gestión del CS e informe memoria Sesión de FC en área de gestión de equipo
ATENCIÓN A INDIVIDUO Y GRUPOS ESPECIALES DE RIESGO		
C02: manejo e integración de las actividades asistenciales y preventivas en problemas de salud cró-nicos, gestantes, terminales o inmovilizados, mayores, salud mental, diabetes y EPOC	Se exploran aspectos del área psicológica del paciente, del entorno sociocultural, laboral y familiar Se realiza anamnesis básica y exploración física adecuada a la patología seleccionada Se indican y se interpretan correctamente las exploraciones complementarias adecuadas desde AP a la patología seleccionada Se indican idóneamente medidas higiénico-dietéticas y fármacos Se abordan las urgencias más frecuentes	Vídeo-grabación de consulta Caso integral en pluripatológicos seguimiento de 5 casos de grupos especiales e informe reflexión Incidente crítico
ATENCIÓN A LA COMUNIDAD		
C02: acción en participación comunitaria C03: Acción en programas de salud comunitarios C04: Acción en actividad de EdS grupal	He participado en un programa de salud comunitario y he realizado un análisis crítico de su desarrollo He participado en una actividad de educación sanitaria y he realizado un análisis crítico de su desarrollo Han participado otros profesionales de servicios sociales u otros servicios comunitarios no sanitarios	Gestión de un programa e informe memoria Gestión de actividad de EpS e informe memoria

Tabla 3 (continuación).- Acuerdo en Selección de competencias e Indicadores operativos relacionados con Tareas Formativas

ATENCIÓN A LA FAMILIA		
C01: entender al paciente en su contexto familiar C02: manejar los aspectos familiares de problemas de salud crónicos	He valorado la influencia de los aspectos familiares en la presentación, mantenimiento, o abordaje de los problemas de salud crónicos comunes de la consulta del médico de familia He valorado el apoyo social que puede tener el paciente y la familia He valorado la influencia que los acontecimientos vitales estresantes pueden tener en el estrés al que se enfrentan el paciente y la familia	Caso clínico integral en pluripatológicos Casos de grupos especiales e informe reflexión
FORMACIÓN Y DOCENCIA		
C01: Planificación y pre-sentación de sesiones clínicas y bibliográficas C02: Identificar y gestionar recursos de formación	He interactuado con el grupo permitiendo y facilitando su participación He cerrado la sesión exponiendo las principales conclusiones alcanzadas en la misma He definido bien los objetivos de la sesión He definido la estructura de la sesión: presentación, justificación, exposición, resultados y conclusiones He elaborado con mi tutor un plan formativo previo a la estancia electiva	Sesiones de FC en CS con feedback del tutor Plan formativo en solicitud de estancia electiva
INVESTIGACIÓN		
C03 y C04: Elaborar y presentar un trabajo científico	He definido con claridad los objetivos y he elegido el diseño idóneo He seleccionado la población de estudio y las variables adecuadas He medido las variables con exactitud y precisión He calculado correctamente el número de individuos de estudio He ejecutado el estudio con minuciosidad He interpretado los resultados con precaución He comunicado los resultados con rigor	Diseñar un proy. investigación Comunicar y/o publicar un artículo científico

Tabla 4.- Acuerdo en Herramienta de Evaluación Formativa en relación a Tareas Formativas

CONTENIDOS DE EVALUACIÓN	calificación (0-10)	COMENTARIOS
TAREAS FORMATIVAS		
Caso clínico con abordaje integral		
Informe auto-reflexión del Seguimiento casos: *Diabetes, EPOC inmovilizado, salud mental, gestante, mayores*		
Vídeo-grabación consulta: *Comunicación y razonamiento Centrado en paciente*		
Programa y memoria de Intervención comunitaria: *EpS y promoción salud*		
Responsabilidad y memoria de actividad de cartera de gestión *(calidad, indicadores gestión; perfil prescripción..):*		
Trabajo de investigación*: proyecto, comunicación oral, publicación*		
Evaluación *rotación rural/urbano*		
GESTIÓN SEMANAL CONSULTA		
Toma decisiones. Relación con paciente. Gestión del tiempo. Orientación psicosocial. PAPPS (consejo breve)...		
SESIONES CLINICAS REALIZADAS		
VALORACIÓN DE ACTITUDES		
MOTIVACIÓN		
RESPONSABILIDAD		
PUNTUALIDAD		
DEDICACIÓN		
INICIATIVA		
AUSENCIAS no justificadas		
OTROS		
Plan formativo para estancia electiva Encuentros-Evaluación de competencias con tutor otros		
PROPUESTAS DE MEJORA		
OTROS COMENTARIOS Y SUGERENCIAS		

AGRADECIMIENTOS:

A todos los tutores que colaboraron con el GdT, así como a todos los que en las Jornadas de Tutores también se sumaron para debatir y exponer propuestas.

CARTAS AL DIRECTOR

Relación terapéutica

Sr. Director:

Llevo trabajando codo a codo con médicos más de veinte años. Durante este tiempo he aprendido a valorar el trabajo de estos colegas "tan de ciencias" que dedican gran parte de su vida a entender –ellos dirán diagnosticar- los problemas de salud que afligen a otras personas y a tratar de ayudarlas. Hay muchas similitudes entre su actividad, particularmente los que trabajan en atención primaria, y la de los psicólogos clínicos, profesión a la que pertenezco, pero la principal de todas ellas es la necesidad que ambos tenemos de establecer una buena relación terapéutica con nuestro paciente o cliente para ser eficaces.

Construir una adecuada relación terapéutica implica varias cosas: 1º) Establecer una buena comunicación con el paciente sobre la base de una información significativa sobre su enfermedad o sobre su particular forma de enfermar (entre otras cosas). Esta circunstancia crea una relación asimétrica, que hay que saber manejar si se desea mantener una actitud activa y colaboradora por parte del paciente evitando la pasividad, la indefensión o la dependencia 2º) Crear un marco de seguridad y confianza que permita establecer un diálogo de colaboración con el paciente sobre su enfermedad y su tratamiento 3º) Llegar a un acuerdo sobre lo que ambos -profesional y paciente- pueden aportar en el proceso de curación.

La elección del término relación terapéutica en vez de comunicación o relación médico paciente tiene que ver con un aspecto esencial de la misma. La así llamada es una relación que se construye expresamente para curar, en sí misma es curativa (no es solo el contexto de la cura) y en algunos casos es la única herramienta (o la principal) de la que podemos echar mano para ayudar a nuestro paciente.

Cuando el sujeto desea conocer el origen de su dolencia, acepta el diagnóstico del médico y está dispuesto a seguir el tratamiento todo marcha sobre ruedas. El médico prescribirá el tratamiento, el paciente lo cumplirá y si todo va bien se curará o mejorará. Los problemas comienzan cuando el sujeto no quiere conocer el origen de su malestar (o como es más frecuente: quiere y no quiere), o no acepta el diagnóstico ni / o el tratamiento. También cuando la prescripción principal no es una medicación, sino más bien un cambio de conducta o de hábitos de vida. Estos problemas forman parte del trabajo cotidiano del psicólogo, pero cada vez más también de la práctica habitual en las consultas médicas. Problemas relacionados con el comportamiento alimentario (anorexia / obesidad), el consumo de drogas, tabaco y alcohol, con el sedentarismo, con el estrés laboral o por el contrario con el desempleo, situaciones de insatisfacción relacionados con el cambio de ciclo vital y familiar que pueden producir decenas de problemas psicosomáticos, hipocondríacos o accidentes, etc., (sin que lleguen a ser diagnosticados de trastornos psiquiátricos o de drogodependencias) o bien relacionados con la dificultad de cumplir fielmente el tratamiento prescrito (adherencia al tratamiento) se multiplican día a día en los centros de salud.

En los casos en los que la prescripción se convierte en recomendación, consejo o en el inicio de una conversación con objetivos terapéuticos, además de ofrecer información al paciente para que comprenda mejor la naturaleza del proceso que padece, así como sobre las posibles alternativas terapéuticas, también hay que ser capaz de motivarle para el cambio. Si la medida terapéutica pasa por un cambio de conducta (o hábito) con consecuencias apreciables sobre el estilo de vida de la persona no podremos confiar solamente en el poder de la prescripción, ni en la apelación a las consecuencias negativas. En el momento mismo que recomendamos "deje de fumar" o "practique deporte" o "aténgase a las consecuencias", solemos darnos cuenta de las posibilidades reales de su cumplimiento. Casi siempre hace falta algo más.

La mayoría de los médicos con experiencia saben interpretar las actitudes de sus pacientes: la preocupación latente por un diagnóstico, la ambivalencia o predisposición ante un posible

cambio, el miedo o la reticencia, así como sus fortalezas, su confianza, los apoyos con que cuenta, etc. para utilizarlas en favor de una mayor aceptación de la recomendación o para minimizar aquellos aspectos que puedan convertirse en auténticas resistencias al cambio y/o al tratamiento. Los buenos médicos disponen de una auténtica batería de recursos en materia de comunicación que les convierten en expertos a la hora de establecer una adecuada relación terapéutica en la práctica clínica cotidiana.

El reto consiste en codificar y sistematizar esas buenas prácticas que con frecuencia quedan dentro de epígrafes como: intuición, ojo clínico, don de gentes, años de experiencia, etc. Habría que convertirlas en elementos básicos de la formación científica y técnica. En mi opinión no se trata de dejar todas las cuestiones relacionadas con la conducta en manos de los psicólogos (aunque sea clamorosa nuestra ausencia en el sistema sanitario), creo que se trata de una habilidad médica básica. Tan básica como la preparación pedagógica lo es para un licenciado que se vaya a dedicar a la enseñanza. Debería considerarse una disciplina teórico-práctica e impartirse durante la carrera y los años de residencia. El objetivo básico consistiría en capacitar para establecer una adecuada relación terapéutica, particularmente en aquellos casos en los que el objetivo terapéutico principal consista en la adopción de una determinada conducta, actitud o hábito. También sería útil en cuestiones tales como la de dar una mala noticia diagnóstica a un paciente o a su familia, afrontar la agresividad de algunos pacientes o la sobreexigencia de otros. Incluiría técnicas para la entrevista, el análisis de la conducta, el análisis del proceso de cambio y la toma de decisiones que afectan a la salud, la motivación para el cambio, las habilidades sociales y la comunicación.

En definitiva se trataría de contribuir a la mejora del proceso de comunicación entre médico y paciente ofreciendo al profesional herramientas útiles adaptadas a su práctica cotidiana que mejoren su eficacia. Quizás sea esta antigua “tecnología” la que deba desarrollarse para que la actividad sanitaria proporcione la satisfacción y la eficacia que todos deseamos.

Alfonso R. Ramírez de Arellano Espadero
Psicólogo
aramirez@diphuelva.org

PUBLICACIONES DE INTERÉS / ALERTA BIBLIOGRÁFICA

(1 de abril a 30 de junio 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 abril y el 30 de junio 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.

Halvorsen JG. Perspective: united we stand, divided we fall: the case for a single primary care specialty in the United States. Acad Med. 2008 ;83:425-431 [AO,II]

Moreno-Gaviño L, Bernabeu-Wittel M, Alvarez-Tello M, Rincón M, Bohórquez P, Cassani M, et al. Sobrecarga sentida por la figura del cuidador principal en una cohorte de pacientes pluripatológicos. Aten Primaria. 2008; 40: 193 - 198 [S,I]

Gérvas J, García LM, Simó J, Peiró S. Seminario de Innovación. Paradojas en la derivación de primaria a especializada. Aten Primaria. 2008; 40: 253 - 255 [AO,II]

Pedrera V, Bonet A, Scharwz G, Soler JM, Ortuño JL, Prieto I, et al. Lo que no hay que hacer para desburocratizar la atención primaria. Aten Primaria. 2008; 40: 273 - 274 [AO,II]

Martín-García M, Sánchez-Bayle M, Palomo L. El desarrollo de la atención primaria en relación con la orientación política de los gobiernos autonómicos. Aten Primaria. 2008; 40: 277 - 282 [T,I]

Hatcher S, Arroll B. Assessment and management of medically unexplained symptoms. BMJ. 2008; 336:1124-1128 [R,II]

Hawkes N. Primary care: Primary concern. BMJ. 2008; 336:1158-1160 [AO,I]

Seifert B, Svab I, Madis T, Kersnik J, Windak A, Steflova A, et al. Perspectives of family medicine in Central and Eastern Europe. Fam Pract. 2008 ;25:113-118 [R,I]

Townsend A, Wyke S, Hunt K. Frequent consulting and multiple morbidity: a qualitative comparison of 'high' and 'low' consulters of GPs. Fam Pract. 2008 ;25:168-175 [C,II]

Kosunen E. Teaching a patient-centred approach and communication skills needs to be extended to clinical and postgraduate training: A challenge to general practice. Scand J Prim Health Care. 2008; 26:1-2 [AO,I]

Sumanen M, Virjo I, Hyppölä H, Halila H, Kumpusalo E, Kujala S, et al. Use of quality improvement methods in Finnish health centres in 1998 and 2003. Scand J Prim Health Care 2008; 26:12-16 [T,I]

Von Knorring M, Sundberg L, Löfgren A, Alexanderson K. Problems in sickness certification of patients: a qualitative study on views of 26 physicians in Sweden. Scand J Prim Health Care. 2008; 26:22-28 [C,I]

Petek M, Svab I, Zivcec G. Factors related to consultation time: experience in Slovenia. Scand J Prim Health Care. 2008; 26:29-34 [T,I]

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

Turner BJ, Hollenbeak CS, Weiner M, Ten Have T, Tang SS. Effect of unrelated comorbid conditions on hypertension management. Ann Intern Med. 2008;148:578-586 [T,I]

Glasziou PP, Irwig L, Heritier S, Simes RJ, Tonkin A; LIPID Study Investigators. Monitoring cholesterol levels: measurement error or true change? Ann Intern Med. 2008; 148:656-661 [EC,I]

Pletcher MJ, Greenland P. Coronary calcium scoring and cardiovascular risk: the SHAPE of things to come. Arch Intern Med. 2008; 168:1027-1028 [AO,II]

Mozaffarian D, Kamineni A, Prineas RJ, Siscovick DS. Metabolic syndrome and mortality in older adults: the Cardiovascular Health Study. Arch Intern Med. 2008; 168:969-978 [S,I]

Franch J. Obesidad intraabdominal y riesgo cardiometabólico. Aten Primaria. 2008; 40: 199 - 204 [R,I]

Martínez A, Leal M, Vara LA, González LJ, Paja E, López J. Situación actual del paciente hipertenso y mayor de 75 años en España. Estudio DISEHTAE. Aten Primaria. 2008; 40: 247-252 [T,I]

Majumdar SR. Oral bisphosphonates and atrial fibrillation. BMJ. 2008; 336:784-785 [AO,I]

Sørensen HT, Christensen S, Mehnert F, Pedersen L, Chapurlat RD, Cummings SR, et al. Use of bisphosphonates among women and risk of atrial fibrillation and flutter: population based case-control study. BMJ. 2008; 336:813-816 [CC,I]

Brearley S. Should we screen for abdominal aortic aneurysm? Yes. BMJ. 2008; 336:862 [AO,I]

Johnson JN. Should we screen for aortic aneurysm? No. BMJ. 2008; 336:863 [AO,I]

Staessen JA, Richart T, Verdecchia P. Reducing blood pressure in people of different ages. BMJ 2008; 336:1080-1081 [AO,I]

Vrijens B, Vincze G, Kristanto P, Urquhart J, Burnier M. Adherence to prescribed antihypertensive drug treatments: longitudinal study of electronically compiled dosing histories. BMJ. 2008; 336:1114-1117 [S,I]

Turnbull F, Neal B, Ninomiya T, Algert C, Arima H, Barzi F, et al. Blood Pressure Lowering Treatment Trialists' Collaboration. Effects of different regimens to lower blood pressure on major cardiovascular events in older and younger adults: meta-analysis of randomised trials. BMJ. 2008; 336:1121-1123 [M,I]

David SP, Munafò MR. Smoking cessation in primary care. BMJ. 2008; 336:1200-1201 [AO,I]

Aveyard P, Johnson C, Fillingham S, Parsons A, Murphy M. Nortriptyline plus nicotine replacement versus placebo plus nicotine replacement for smoking cessation: pragmatic randomised controlled trial. BMJ. 2008; 336:1223-1227 [EC,I]

Cooper A, O'Flynn N; Guideline Development Group. Risk assessment and lipid modification for primary and secondary prevention of cardiovascular disease: summary of NICE guidance. BMJ. 2008; 336:1246-1248 [M,II]

Bird C, Michie C. Measuring blood pressure in children. BMJ. 2008; 336:1321 [AO,I]

Christiaens T. Cardiovascular risk tables. BMJ. 2008; 336:1445-1446 [AO,I]

Hippisley-Cox J, Coupland C, Vinogradova Y, Robson J, Minhas R, Sheikh A, et al. Predicting cardiovascular risk in England and Wales: prospective derivation and validation of QRISK2. BMJ. 2008; 336:1475-1482 [S,I]

Pilote L, Abrahamowicz M, Eisenberg M, Humphries K, Behlouli H, Tu JV. Effect of different angiotensin-converting-enzyme inhibitors on mortality among elderly patients with congestive heart failure. CMAJ. 2008; 178:1303-1311 [T,I]

Lindsay P, Bayley M, McDonald A, Graham ID, Warner G, Phillips S. Toward a more effective approach to stroke: Canadian Best Practice Recommendations for Stroke Care. CMAJ. 2008; 178:1418-1425 [AO,I]

Taubert KA. Can patients with cardiovascular disease take nonsteroidal antiinflammatory drugs? Circulation. 2008; 117:e322-e324 [AO,I]

Calhoun DA, Jones D, Textor S, Goff DC, Murphy TP, Toto RD, et al; American Heart Association Professional Education Committee. Resistant hypertension: diagnosis, evaluation, and treatment: a scientific statement from the American Heart Association Professional Education Committee of the Council for High Blood Pressure Research. Circulation. 2008;117:e510-e526 [M,II]

Greenland P, Bonow RO. How low-risk is a coronary calcium score of zero? The importance of conditional probability. Circulation. 2008; 117:1627-1629 [AO,I]

Tian R, Ingwall JS. How does folic acid cure heart attacks? Circulation. 2008; 117:1772-1774 [AO,I]

Schramm TK, Gislason GH, Køber L, Rasmussen S, Rasmussen JN, Abildstrøm SZ, et al. Diabetes patients requiring glucose-lowering therapy and nondiabetics with a prior myocardial infarction carry the same cardiovascular risk: a population study of 3.3 million people. Circulation. 2008; 117:1945-1954 [S,II]

Schocken DD, Benjamin EJ, Fonarow GC, Krumholz HM, Levy D, Mensah GA, et al; American Heart Association Council on Epidemiology and Prevention; American Heart Association Council on Clinical Cardiology; American Heart Association Council on Cardiovascular Nursing; American Heart Association Council on High Blood Pressure Research; Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group; Functional Genomics and Translational Biology Interdisciplinary Working Group. Prevention of heart failure: a scientific statement from the American Heart Association Councils on Epidemiology and Prevention, Clinical Cardiology, Cardiovascular Nursing, and High Blood Pressure Research; Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group; and Functional Genomics and Translational Biology Interdisciplinary Working Group. Circulation. 2008; 117:2544-2565 [M,II]

Cutler JA, Davis BR. Thiazide-type diuretics and beta-adrenergic blockers as first-line drug treatments for hypertension. Circulation. 2008; 117:2691-2704 [R,II]

Messerli FH, Bangalore S, Julius S. Risk/benefit assessment of beta-blockers and diuretics precludes their use for first-line therapy in hypertension. Circulation. 2008; 117:2706-2715 [R,II]

Hachamovitch R, Di Carli MF. Methods and limitations of assessing new noninvasive tests: Part II: Outcomes-based validation and reliability assessment of noninvasive testing. Circulation. 2008; 117:2793-2801 [AO,I]

Greving JP, Buskens E, Koffijberg H, Algra A. Cost-effectiveness of aspirin treatment in the primary prevention of cardiovascular disease events in subgroups based on age, gender, and varying cardiovascular risk. Circulation. 2008; 117:2875-2883 [CE,II]

Hiatt WR, Lincoff AM, Harrington RA. Acute pharmacological conversion of atrial fibrillation to sinus rhythm: is short-term symptomatic therapy worth it? A report from the December 2007 Meeting of the Cardiovascular and Renal Drugs Advisory Committee of the Food and Drug Administration. Circulation. 2008; 117:2956-2957 [R,II]

Mozaffarian D, Wilson PW, Kannel WB. Beyond established and novel risk factors: lifestyle risk factors for cardiovascular disease. Circulation. 2008; 117:3031-3038 [AO,I]

Gidding SS. Measuring children's blood pressure matters. Circulation. 2008; 117:3163-3164 [AO,I]

Heisler M, Hogan MM, Hofer TP, Schmittdiel JA, Pladevall M, Kerr EA. When more is not better: treatment intensification among hypertensive patients with poor medication adherence. Circulation. 2008; 117:2884-2892 [S,II]

Chen X, Wang Y. Tracking of blood pressure from childhood to adulthood: a systematic review and meta-regression analysis. Circulation. 2008; 117:3171-3180 [M,II]

Croxtall JD, Keating GM. Irbesartan / Hydrochlorothiazide: in moderate to severe hypertension. Drugs. 2008; 68:1465-1472 [R,I]

Stramba-Badiale M. Atrial fibrillation subtypes, risk of stroke, and antithrombotic therapy. Eur Heart J. 2008; 29:840-842 [AO,I]

Nieuwlaat R, Dinh T, Olsson SB, Camm AJ, Capucci A, Tieleman RG, et al; on behalf of the Euro Heart Survey Investigators. Should we abandon the common practice of withholding oral anticoagulation in paroxysmal atrial fibrillation? Eur Heart J. 2008; 29:915-922 [S,II]

Squire I. Assessing prognosis in heart failure: you can see a lot if you look, but more if you look again ... Eur Heart J. 2008; 29:959-960 [AO,I]

Baumgartner RW. Network meta-analysis of antiplatelet treatments for secondary stroke prevention. Eur Heart J. 2008; 29:1082-1083 [AO,I]

Thijs V, Lemmens R, Fieuws S. Network meta-analysis: simultaneous meta-analysis of common antiplatelet regimens after transient ischaemic attack or stroke. Eur Heart J. 2008; 29:1086-1092 [M,I]

Palatini P. Is there benefit of cardiac slowing drugs in the treatment of hypertensive patients with elevated heart rate? Eur Heart J. 2008; 29:1218-1220 [AO,I]

Ilanne-Parikka P, Eriksson JG, Lindström J, Peltonen M, Aunola S, Hämäläinen H, et al; Finnish Diabetes Prevention Study Group. Effect of lifestyle intervention on the occurrence of metabolic syndrome and its components in the Finnish Diabetes Prevention Study. Diabetes Care. 2008; 31:805-807 [EC,II]

Brunzell JD, Davidson M, Furberg CD, Goldberg RB, Howard BV, Stein JH, et al; American Diabetes Association; American College of Cardiology Foundation. Lipoprotein management in patients with cardiometabolic risk: consensus statement from the American Diabetes Association and the American College of Cardiology Foundation. Diabetes Care. 2008; 31:811-822 [M,III]

Reaven PD, Emanuele N, Moritz T, Klein R, Davis M, Glander K, et al; Veterans Affairs Diabetes Trial. Proliferative diabetic retinopathy in type 2 diabetes is related to coronary artery calcium in the Veterans Affairs Diabetes Trial (VADT). Diabetes Care 2008; 31:952-957 [EC,I]

Dagenais GR, Gerstein HC, Holman R, Budaj A, Escalante A, Hedner T, et al. DREAM Trial Investigators. Effects of ramipril and rosiglitazone on cardiovascular and renal outcomes in people with impaired glucose tolerance or impaired fasting glucose: results of the Diabetes REduction Assessment with ramipril and rosiglitazone Medication (DREAM) trial. Diabetes Care. 2008; 31:1007-1014 [EC,II]

Nissen SE, Nicholls SJ, Wolski K, Rodés-Cabau J, Cannon CP, Deanfield JE, et al; STRADIVARIUS Investigators. Effect of rimonabant on progression of atherosclerosis in patients with abdominal obesity and coronary artery disease: the STRADIVARIUS randomized controlled trial. JAMA. 2008; 299:1547-1560 [EC,I]

Howard BV, Roman MJ, Devereux RB, Fleg JL, Galloway JM, Henderson JA, et al. Effect of lower targets for blood pressure and LDL cholesterol on atherosclerosis in diabetes: the SANDS randomized trial. JAMA. 2008; 299:1678-1689 [EC,II]

Peterson ED, Wang TY. The great debate of 2008—how low to go in preventive cardiology? JAMA. 2008; 299: 1718-1720 [AO,II]

Kenfield SA, Stampfer MJ, Rosner BA, Colditz GA. Smoking and smoking cessation in relation to mortality in women. JAMA. 2008; 299:2037-2047 [S,I]

Fiore MC, Jaén CR. A clinical blueprint to accelerate the elimination of tobacco use. JAMA. 2008; 299:2083-2085 [AO,I]

Green BB, Cook AJ, Ralston JD, Fishman PA, Catz SL, Carlson J, et al. Effectiveness of home blood pressure monitoring, Web communication, and pharmacist care on hypertension control: a randomized controlled trial. JAMA. 2008; 299:2857-2867 [EC,I]

Donnan GA, Fisher M, Macleod M, Davis SM. Stroke. Lancet. 2008; 371:1612-1623 [R,I]

Kahn R. Metabolic syndrome—what is the clinical usefulness? Lancet. 2008; 371:1892-1893 [AO,I]

Douma S, Petidis K, Doumas M, Papaefthimiou P, Triantafyllou A, Kartali N, et al. Prevalence of primary hyperaldosteronism in resistant hypertension: a retrospective observational study. Lancet. 2008; 371:1921-1926 [T,I]

Sattar N, McConnachie A, Shaper AG, Blauw GJ, Buckley BM, de Craen AJ, et al. Can metabolic syndrome usefully predict cardiovascular disease and diabetes? Outcome data from two prospective studies. Lancet. 2008; 371:1927-1935 [S,I]

Coll-de-Tuero G, Foguet-Boreu Q, Rodriguez-Poncelas A, Creus-Bosch R, Sanmartín-Albertos M, Saez-Zafra M, et al; on behalf of the VAMPAHICA study group. Valores de normalidad de la automedida de la presión arterial en relación con la presencia de lesión en los órganos diana. Datos del estudio VAMPAHICA. Med Clin (Barc). 2008; 130: 321-326 [S,I]

Rueda S, Serra-Prat M, Fernández C, Palomera E, Puig M; and Grupo de Estudio de Envejecimiento de Mataró. Síndrome metabólico y enfermedad cardiovascular en ancianos: resul-

tados del Estudio de Envejecimiento de Mataró. Med Clin (Barc). 2008; 130: 327- 331 [T,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]

Llisterri JL, Barrios V. Papel de las nuevas combinaciones a dosis fijas en el tratamiento de la hipertensión arterial. Med Clin (Barc). 2008; 130: 342-344 [R,I]

Baena JM, Bermudez N, Garcia-Lareo M, Byram AO, Vidal-Solsona M, Visio-Garcia 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]

De la Sierra A. Presión de pulso y riesgo cardiovascular: de la epidemiología a la fisiopatología. Med Clin (Barc). 2008; 130: 374-375 [AO,I]

Rodríguez M, Dávalos A. Estatinas y accidente cerebrovascular. Med Clin (Barc). 2008; 130: 453-454 [AO,I]

Chillarón JJ, Goday A, Pedro-Botet J. Síndrome metabólico, diabetes mellitus tipo 1 y resistencia a la insulina. Med Clin (Barc). 2008; 130: 466-470 [R,I]

Muñoz MA, Subirana I, Ramos R, Franzi A, Vila J, Marrugat J; on behalf of estudio ICAR investigators (Intervención en la Comunidad de Alto Riesgo coronario). Eficacia de un programa intensivo de prevención secundaria de cardiopatía isquémica tras 5 años de intervención. Med Clin (Barc). 2008; 130: 521-525 [EC,I]

Tranche S. Prevención secundaria: el talón de Aquiles de las enfermedades cardiovasculares. Med Clin (Barc). 2008; 130: 534-535 [AO,I]

Casado I, Ramírez JM. Hipertensión arterial y función cognitiva. Med Clin (Barc). 2008; 130: 542-552 [R,I]

Martín V, Herranz L, Castro I, Pallardo LF. Arteriopatía periférica en el paciente diabético: utilidad del índice dedo-brazo. Med Clin (Barc). 2008; 130: 611-612 [T,I]

Del Cañizo FJ, Moreira MN. Control estricto de los factores de riesgo cardiovascular modificables en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Med Clin (Barc). 2008; 130: 641-644 [S,I]

Llisterri JL, Rodríguez GC, Alonso FJ, Banegas JR, González-Segura D, Lou S, et al; on behalf of Grupo de Trabajo de Hipertensión Arterial de la Sociedad Española de Atención Primaria (Grupo HTA/SEMERGEN) and the researchers of the Estudio PRESCAP 2006. Control de la presión arterial en la población hipertensa española atendida en atención primaria. Estudio PRESCAP 2006. Med Clin (Barc). 2008; 130: 681-687 [T,II]

Hernandez-Hernandez JL, Riancho JA, Gonzalez J. Síndrome metabólico, ¿también del hueso? Med Clin (Barc). 2008; 130: 745-750 [R,I]

Zamora E, Lupón J, Urrutia A, González B, Mas D, Díez C, et al. Aclaramiento estimado de creatinina: un factor pronóstico determinante en la insuficiencia cardíaca. Med Clin (Barc). 2008; 131: 47-51 [T,I]

Ruilope LM, de la Sierra A. Evidencias recientes de apoyo a las guías para el tratamiento de la hipertensión arterial. Med Clin (Barc). 2008; 131: 101-103 [AO,II]

De la Sierra A, Gorostidi M, Marín R, Redón J, Banegas JR, Armario P, et al. Evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial en España. Documento de consenso. Med Clin (Barc). 2008; 131: 104-118 [M,III]

ONTARGET Investigators, Yusuf S, Teo KK, Pogue J, Dyal L, Copland I, Schumacher H, et al. Telmisartan, ramipril, or both in patients at high risk for vascular events. N Engl J Med. 2008; 358:1547-1559 [EC,II]

McMurray JJ. ACE inhibitors in cardiovascular disease—unbeatable? N Engl J Med. 2008; 358:1615-1616 [AO,I]

Zethelius B, Berglund L, Sundström J, Ingelsson E, Basu S, Larsson A, et al. Use of multiple biomarkers to improve the prediction of death from cardiovascular causes. N Engl J Med. 2008; 358:2107-2116 [S,I]

Peacock WF 4th, De Marco T, Fonarow GC, Diercks D, Wynne J, Apple FS, et al; ADHERE Investigators. Cardiac troponin and outcome in acute heart failure. N Engl J Med. 2008; 358:2117-2126 [S,I]

Braunwald E. Biomarkers in heart failure. N Engl J Med 2008 ;358:2148-2159 [R,I]

De Lemos JA, Lloyd-Jones DM. Multiple biomarker panels for cardiovascular risk assessment. N Engl J Med. 2008; 358:2172-2174 [R,I]

Ingelfinger JR. Aliskiren and dual therapy in type 2 diabetes mellitus. N Engl J Med. 2008; 358:2503-2505 [AO,I]

Patel A, MacMahon S, Chalmers J, Neal B, Billot L, Woodward M, et al. ADVANCE Collaborative Group. Intensive blood glucose control and vascular outcomes in patients with type 2 diabetes. N Engl J Med. 2008; 358:2560-2572 [EC,II]

Cefalu WT. Glycemic targets and cardiovascular disease. N Engl J Med. 2008; 358:2633-2635 [AO,I]

Roy D, Talajic M, Nattel S, Wyse DG, Dorian P, Lee KL, et al. Atrial Fibrillation and Congestive Heart Failure Investigators. Rhythm control versus rate control for atrial fibrillation and heart failure. N Engl J Med. 2008; 358:2667-2677 [EC,II]

Cain ME, Curtis AB. Rhythm control in atrial fibrillation—one setback after another. N Engl J Med. 2008; 358:2725-2727 [AO,II]

González-Juanatey JR, Alegría E, Bertoméu V, Conthe P, de Santiago A, Zsolt I. Insuficiencia cardiaca en consultas ambulatorias: comorbilidades y actuaciones diagnóstico-terapéuticas por diferentes especialistas. Estudio EPISERVE. Rev Esp Cardiol. 2008; 61: 611-619 [T,I]

McRobbie H, Thornley S. La importancia de tratar la dependencia tabáquica. Rev Esp Cardiol. 2008; 61: 620-628 [R,II]

DIABETES.

U.S. Preventive Services Task Force. Screening for gestational diabetes mellitus: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. Ann Intern Med. 2008; 148:759-765 [M,II]

Hillier TA, Vesco KK, Pedula KL, Beil TL, Whitlock EP, Pettitt DJ. Screening for gestational diabetes mellitus: a systematic

review for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med. 2008; 148:766-775 [M,II]

U.S. Preventive Services Task Force. Screening for type 2 diabetes mellitus in adults: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. Ann Intern Med. 2008;148:846-854 [M,II]

Norris SL, Kansagara D, Bougatsos C, Fu R; U.S. Preventive Services Task Force. Screening adults for type 2 diabetes: a review of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med. 2008; 148:855-868 [M,I]

Mozaffarian D, Kamineni A, Prineas RJ, Siscovick DS. Metabolic syndrome and mortality in older adults: the Cardiovascular Health Study. Arch Intern Med. 2008; 168:969-978 [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]

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]

Mata M. Metformina y diabetes mellitus tipo 2. Aten Primaria. 2008; 40: 147-153 [R,I]

Franch J. Obesidad intraabdominal y riesgo cardiometabólico. Aten Primaria2008; 40: 199-204 [R,I]

Gulliford M. Self monitoring of blood glucose in type 2 diabetes. BMJ. 2008; 336:1139-1140 [AO,I]

Goyder EC. Screening for and prevention of type 2 diabetes. BMJ. 2008; 336:1140-1141 [AO,I]

O'Kane MJ, Bunting B, Copeland M, Coates VE; ESMON study group. Efficacy of self monitoring of blood glucose in patients with newly diagnosed type 2 diabetes (ESMON study): randomised controlled trial. BMJ. 2008; 336:1174-1177 [EC,II]

Simon J, Gray A, Clarke P, Wade A, Neil A, Farmer A; Diabetes Glycaemic Education and Monitoring Trial Group. Cost effectiveness of self monitoring of blood glucose in patients with non-insulin treated type 2 diabetes: economic evaluation of data from the DiGEM trial. BMJ. 2008; 336:1177-1180 [CE,II]

Gillies CL, Lambert PC, Abrams KR, Sutton AJ, Cooper NJ, Hsu RT, Davies MJ, Khunti K. Different strategies for screening and prevention of type 2 diabetes in adults: cost effectiveness analysis. BMJ. 2008; 336:1180-1185 [CE,I]

Home P, Mant J, Diaz J, Turner C; Guideline Development Group. Management of type 2 diabetes: summary of updated NICE guidance. BMJ. 2008; 336:1306-1308 [M,II]

Atkin S, Walton C. Commentary: controversies in NICE guidance on management of type 2 diabetes. BMJ. 2008; 336:1308-1309 [AO,I]

Martínez-González MA, de la Fuente-Arrillaga C, Nunez-Cordoba JM, Basterra-Gortari FJ, Beunza JJ, Vazquez Z, et al. Adherence to Mediterranean diet and risk of developing diabetes: prospective cohort study. BMJ. 2008; 336:1348-1351 [S,I]

Schramm TK, Gislason GH, Køber L, Rasmussen S, Rasmussen JN, Abildstrøm SZ, et al. Diabetes patients requiring glucose-lowering therapy and nondiabetics with a prior myocardial infarction carry the same cardiovascular risk: a population study of 3.3 million people. Circulation. 2008; 117:1945-1954 [S,II]

Betteridge DJ, Defronzo RA, Chilton RJ. PROactive: time for a critical appraisal. Eur Heart J. 2008; 29:969-983 [AO,II]

Hayes AJ, Clarke PM, Glasziou PG, Simes RJ, Drury PL, Keech AC. Can self-rated health scores be used for risk prediction in patients with type 2 diabetes? Diabetes Care. 2008; 31:795-797 [S,I]

Ilanne-Parikka P, Eriksson JG, Lindström J, Peltonen M, Aunola S, Hämäläinen H, et al; Finnish Diabetes Prevention Study Group. Effect of lifestyle intervention on the occurrence of metabolic syndrome and its components in the Finnish Diabetes Prevention Study. Diabetes Care. 2008; 31:805-807 [EC,II]

Brunzell JD, Davidson M, Furberg CD, Goldberg RB, Howard BV, Stein JH, et al; American Diabetes Association; American College of Cardiology Foundation. Lipoprotein management in patients with cardiometabolic risk: consensus statement from the American Diabetes Association and the American College of Cardiology Foundation. Diabetes Care. 2008; 31:811-822 [M,III]

Kahn SE, Zinman B, Lachin JM, Haffner SM, Herman WH, Holman RR, et al; Diabetes Outcome Progression Trial (ADOPT) Study Group. Rosiglitazone-associated fractures in type 2 diabetes: an Analysis from A Diabetes Outcome Progression Trial (ADOPT). Diabetes Care. 2008; 31:845-851 [EC,II]

Ziemer DC, Kolm P, Weintraub WS, Vaccarino V, Rhee MK, Caudle JM, et al. Age, BMI, and race are less important than random plasma glucose in identifying risk of glucose intolerance: the Screening for Impaired Glucose Tolerance Study (SIGT 5). Diabetes Care. 2008; 31:884-886 [T,II]

Hanberger L, Samuelsson U, Lindblad B, Ludvigsson J; Swedish Childhood Diabetes Registry SWEDIABKIDS. A1C in children and adolescents with diabetes in relation to certain clinical parameters: the Swedish Childhood Diabetes Registry SWEDIABKIDS. Diabetes Care. 2008; 31:927-929 [T,I]

Fukui M, Tanaka M, Kadono M, Imai S, Hasegawa G, Yoshikawa T, et al. Serum prostate-specific antigen levels in men with type 2 diabetes. Diabetes Care. 2008; 31:930-931 [T,I]

Reaven PD, Emanuele N, Moritz T, Klein R, Davis M, Glander K, et al; Veterans Affairs Diabetes Trial. Proliferative diabetic retinopathy in type 2 diabetes is related to coronary artery calcium in the Veterans Affairs Diabetes Trial (VADT). Diabetes Care. 2008; 31:952-957 [EC,I]

Ince P, Abbas ZG, Lutale JK, Basit A, Ali SM, Chohan F, et al. Use of the SINBAD classification system and score in comparing outcome of foot ulcer management on three continents. Diabetes Care. 2008; 31:964-967 [T,I]

Dagenais GR, Gerstein HC, Holman R, Budaj A, Escalante A, Hedner T, et al. DREAM Trial Investigators. Effects of ramipril and rosiglitazone on cardiovascular and renal outcomes in people with impaired glucose tolerance or impaired fasting glucose: results of the Diabetes REduction Assessment with ramipril and rosiglitazone Medication (DREAM) trial. Diabetes Care. 2008; 31:1007-1014 [EC,II]

Heikes KE, Eddy DM, Arondekar B, Schlessinger L. Diabetes Risk Calculator: a simple tool for detecting undiagnosed diabetes and pre-diabetes. Diabetes Care. 2008; 31:1040-1045 [T,II]

Kitzmiller JL, Block JM, Brown FM, Catalano PM, Conway DL, Coustan DR, et al. Managing preexisting diabetes for pregnancy: summary of evidence and consensus recommendations for care. Diabetes Care. 2008; 31:1060-1079 [M,II]

Balkau B. Screening for diabetes. Diabetes Care. 2008; 31:1084-1085 [AO,II]

Vallance JH, Wilson PJ, Leese GP, McAlpine R, MacEwen CJ, Ellis JD. Diabetic retinopathy: more patients, less laser: a longitudinal population-based study in Tayside, Scotland. Diabetes Care. 2008; 31:1126-1131 [S,I]

Rahman M, Simmons RK, Harding AH, Wareham NJ, Griffin SJ. A simple risk score identifies individuals at high risk of developing Type 2 diabetes: a prospective cohort study. Fam Pract. 2008; 25:191-196 [S,II]

Nissen SE, Nicholls SJ, Wolski K, Nesto R, Kupfer S, Perez A, et al; PERISCOPE Investigators. Comparison of pioglitazone vs glimepiride on progression of coronary atherosclerosis in patients with type 2 diabetes: the PERISCOPE randomized controlled trial. JAMA. 2008; 299:1561-1573 [EC,I]

Gandhi GY, Murad MH, Fujiyoshi A, Mullan RJ, Flynn DN, Elamin MB, et al. Patient-important outcomes in registered diabetes trials. JAMA 2008; 299:2543-2549 [M,I]

The global challenge of diabetes. Lancet. 2008; 371:1723 [AO,I]

Kahn R. Metabolic syndrome—what is the clinical usefulness? Lancet. 2008; 371:1892-1893 [AO,I]

Sattar N, McConnachie A, Shaper AG, Blauw GJ, Buckley BM, de Craen AJ, et al. Can metabolic syndrome usefully predict cardiovascular disease and diabetes? Outcome data from two prospective studies. Lancet. 2008; 371:1927-1935 [S,I]

Chillarón JJ, Goday A, Pedro-Botet J. Síndrome metabólico, diabetes mellitus tipo 1 y resistencia a la insulina. Med Clin (Barc). 2008; 130: 466-470 [R,I]

Martín V, Herranz L, Castro I, Pallardo LF. Arteriopatía periférica en el paciente diabético: utilidad del índice dedo-brazo. Med Clin (Barc). 2008; 130: 611-612 [T,I]

Del Cañizo FJ, Moreira MN. Control estricto de los factores de riesgo cardiovascular modificables en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Med Clin (Barc). 2008; 130: 641-644 [S,I]

Simó R, Hernández C. Fenofibrato en el tratamiento de la retinopatía diabética. Med Clin (Barc). 2008; 131:16-18 [AO,I]

Rowan JA, Hague WM, Gao W, Battin MR, Moore MP; MiG Trial Investigators. Metformin versus insulin for the treatment of gestational diabetes. N Engl J Med. 2008; 358:2003-2015 [EC,II]

Ecker JL, Greene MF. Gestational diabetes—setting limits, exploring treatments. N Engl J Med. 2008; 358:2061-2063 [AO,I]

Parving HH, Persson F, Lewis JB, Lewis EJ, Hollenberg NK; AVOID Study Investigators. Aliskiren combined with losartan in type 2 diabetes and nephropathy. N Engl J Med. 2008; 358:2433-2446 [EC,I]

Ingelfinger JR. Aliskiren and dual therapy in type 2 diabetes mellitus. N Engl J Med. 2008; 358:2503-2505 [AO,I]

Gerstein HC, Miller ME, Byington RP, Goff DC Jr, Bigger JT, Buse JB, et al; Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes Study Group. Effects of intensive glucose lowering in type 2 diabetes. N Engl J Med. 2008; 358:2545-2559 [EC,II]

Patel A, MacMahon S, Chalmers J, Neal B, Billot L, Woodward M, et al. ADVANCE Collaborative Group. Intensive blood glucose control and vascular outcomes in patients with type 2 diabetes. N Engl J Med. 2008; 358:2560-2572 [EC,II]

Cefalu WT. Glycemic targets and cardiovascular disease. N Engl J Med. 2008; 358:2633-2635 [AO,I]

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

Sawaya GF. Adding human papillomavirus testing to cytology for primary cervical cancer screening: shooting first and asking questions later. Ann Intern Med. 2008; 148:557-559 [AO,III]

Warner E, Messersmith H, Causer P, Eisen A, Shumak R, Plewes D. Systematic review: using magnetic resonance imaging to screen women at high risk for breast cancer. Ann Intern Med. 2008; 148:671-679 [M,I]

Gobierno J, Domínguez S, Hernández F, Fernández JA, García MR, Díaz L. Intervención oportunista de los médicos de familia en el programa de diagnóstico precoz del cáncer de mama. Aten Primaria. 2008; 40: 187-192 [QE,I]

Fukui M, Tanaka M, Kadono M, Imai S, Hasegawa G, Yoshikawa T, et al. Serum prostate-specific antigen levels in men with type 2 diabetes. Diabetes Care. 2008; 31:930-931 [T,I]

Kuhl CK. The “coming of age” of nonmammographic screening for breast cancer. JAMA. 2008; 299:2203-2205 [AO,I]

Damber JE, Aus G. Prostate cancer. Lancet. 2008; 371:1710-1721 [R,I]

Fernández JM, Alvarez M, Jalón A, García J. Efectividad de los bisfosfonatos en el cáncer de próstata avanzado. Med Clin (Barc). 2008; 130: 459-462 [R,I]

INFECCIOSAS. Incluye: VIH / SIDA, tuberculosis, tropicales, enfermedades de declaración obligatoria, hepatitis, vacunas, infecciones urinarias, neumonías.

Workowski KA, Berman SM, Douglas JM Jr. Emerging antimicrobial resistance in Neisseria gonorrhoeae: urgent need to strengthen prevention strategies. Ann Intern Med. 2008; 148:606-613 [AO,I]

Theilen U, Wilson L, Wilson G, Beattie JO, Qureshi S, Simpson D; Guideline Development Group. Management of invasive meningococcal disease in children and young people: summary of SIGN guidelines. BMJ. 2008; 336:1367-1370 [M,II]

Durrington HJ, Summers C. Recent changes in the management of community acquired pneumonia in adults. BMJ. 2008; 336:1429-1433 [R,I]

Neynaber S, Wolff H. Diagnosis of scabies with dermoscopy. CMAJ. 2008; 178:1540-1541 [R,I]

Gené E, Sánchez-Delgado J, Calvet X, Azagra R. Manejo de la infección por Helicobacter pylori en atención primaria en España. Gastroenterol Hepatol. 2008; 31: 327-334 [T,I]

Andreu A, Planells I; Grupo Cooperativo Español para el Estudio de la Sensibilidad Antimicrobiana de los Patógenos Urinario. Etiología de la infección urinaria baja adquirida en la comunidad y resistencia de Escherichia coli a los antimicrobianos de primera línea. Estudio nacional multicéntrico. Med Clin (Barc). 2008; 130: 481-486 [T,I]

Casal M. Infección urinaria de vías bajas en la comunidad. Med Clin (Barc). 2008; 130: 494-496 [R,I]

ASMA/BRONQUITIS CRÓNICA.

U.S. Preventive Services Task Force. Screening for chronic obstructive pulmonary disease using spirometry: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. Ann Intern Med. 2008; 148:529-534 [M,II]

Lin K, Watkins B, Johnson T, Rodriguez JA, Barton MB; U.S. Preventive Services Task Force. Screening for chronic obstructive pulmonary disease using spirometry: summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med. 2008; 148:535-543 [M,II]

Picado C, Vennera MC. Acetónido de triamcinolona en el tratamiento del asma resistente a los glucocorticoides: riesgos y beneficios. Arch Bronconeumol. 2008; 44: 324-327 [R,I]

Klomp H, Lawson JA, Cockcroft DW, Chan BT, Cascagnette P, Gander L, et al. Examining asthma quality of care using a population-based approach. CMAJ. 2008; 178:1013-1021 [T,I]

Lucas A, Smeenk F, Smeele I, van Schayck C. Overtreatment with inhaled corticosteroids and diagnostic problems in primary care patients, an exploratory study. Fam Pract. 2008; 25:86-91 [QE,I]

Zheng JP, Kang J, Huang SG, Chen P, Yao WZ, Yang L, et al. Effect of carbocisteine on acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease (PEACE Study): a randomised placebo-controlled study. Lancet. 2008; 371:2013-2018 [EC,I]

Dransfield MT, Rowe SM, Johnson JE, Bailey WC, Gerald LB. Use of beta blockers and the risk of death in hospitalised patients with acute exacerbations of COPD. Thorax. 2008; 63:301-305 [T,I]

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

Landa N, Goñi A, García de Jalón E, Lizasoain E. Concordancia en el diagnóstico entre atención primaria y salud mental. Aten Primaria. 2008; 40: 285-289 [T,I]

Summerfield D. How scientifically valid is the knowledge base of global mental health? BMJ. 2008; 336:992-994 [AO,I]

Butler R. The carers of people with dementia. BMJ. 2008; 336:1260-1261 [AO,I]

Gilbody S, Sheldon T, House A. Screening and case-finding instruments for depression: a meta-analysis. CMAJ. 2008; 178:997-1003 [M,I]

Katz LY, Kozyrskyj AL, Prior HJ, Enns MW, Cox BJ, Sareen J. Effect of regulatory warnings on antidepressant prescription rates, use of health services and outcomes among children, adolescents and young adults. CMAJ. 2008; 178:1005-1011 [S,I]

Buchhalter AR, Fant RV, Henningfield JE. Novel pharmacological approaches for treating tobacco dependence and withdrawal : current status. Drugs. 2008; 68:1067-1088 [R,II]

Vives-Cases C, Gil-Gonzalez D, Carrasco-Portino M. Revisión sistemática de los estudios sobre el nivel socioeconómico de los hombres que maltratan a sus parejas. Gac Sanit. 2007; 21:425-430 [M,II]

Baik SY, Bowers BJ, Oakley LD, Susman JL. What comprises clinical experience in recognizing depression?: the primary care clinician's perspective. J Am Board Fam Med. 2008; 21:200-210 [C,II]

De Irala J, Cano-Prous A, Lahortiga-Ramos F, Gual-García P, Martínez-González MA, Cervera-Enguix S. Validación del cuestionario Eating Attitudes Test (EAT) como prueba de cribado de trastornos de la conducta alimentaria en la población general. Med Clin (Barc). 2008; 130: 487-491 [T,I]

Vilagut G, Valderas JM, Ferrer M, Garin O, López-García E, Alonso J. Interpretación de los cuestionarios de salud SF-36 y SF-12 en España: componentes físico y mental. Med Clin (Barc). 2008; 130: 726-735 [T,I]

Christakis NA, Fowler JH. The collective dynamics of smoking in a large social network. N Engl J Med. 2008; 358:2249-2258 [S,I]

ENFERMEDADES / PROBLEMAS PREVALENTES.

Marshall B. Sequential therapy for Helicobacter pylori: a worthwhile effort for your patients. Ann Intern Med. 2008; 148:962-963 [AO,II]

Reginster JY, Felsenberg D, Boonen S, Diez-Perez A, Rizzoli R, Brandi ML, et al. Effects of long-term strontium ranelate treatment on the risk of nonvertebral and vertebral fractures in postmenopausal osteoporosis: Results of a five-year, randomized, placebo-controlled trial. Arthritis Rheum. 2008; 58:1687-1695 [EC,I]

Fairbank J. Prolapsed intervertebral disc. BMJ. 2008; 336:1317-1318 [AO,I]

Evans RW. Treating migraine in the emergency department. BMJ. 2008; 336:1320 [AO,I]

Van den Hout WB, Peul WC, Koes BW, Brand R, Kievit J, Thomeer RT; Leiden-The Hague Spine Intervention Prognostic Study Group. Prolonged conservative care versus early surgery in patients with sciatica from lumbar disc herniation: cost utility analysis alongside a randomised controlled trial. BMJ. 2008; 336:1351-1354 [CE,I]

Peul WC, van den Hout WB, Brand R, Thomeer RT, Koes BW; Leiden-The Hague Spine Intervention Prognostic Study Group. Prolonged conservative care versus early surgery in patients with sciatica caused by lumbar disc herniation: two year results of a randomised controlled trial. BMJ. 2008; 336:1355-1358 [EC,I]

Colman I, Friedman BW, Brown MD, Innes GD, Grafstein E, Roberts TE, et al. Parenteral dexamethasone for acute severe

migraine headache: meta-analysis of randomised controlled trials for preventing recurrence. BMJ. 2008; 336:1359-1361 [M,I]

Cooper MS. Our approach to osteoporosis screening and treatment needs to change. CMAJ. 2008; 178:1683-1684 [AO,I]

Cano A, Pérez I, Casares I. Obesidad infantil: opiniones y actitudes de los pediatras. Gac Sanit. 2008; 22: 98-104 [T,I]

Gené E, Sánchez-Delgado J, Calvet X, Azagra R. Manejo de la infección por Helicobacter pylori en atención primaria en España. Gastroenterol Hepatol. 2008; 31: 327-334 [T,I]

Ogden CL, Carroll MD, Flegal KM. High body mass index for age among US children and adolescents, 2003-2006. JAMA. 2008; 299:2401-2405 [S,I]

Ebbeling CB, Ludwig DS. Tracking pediatric obesity: an index of uncertainty? JAMA. 2008; 299:2442-2443 [AO,I]

Janssens HJ, Janssen M, van de Lisdonk EH, van Riel PL, van Weel C. Use of oral prednisolone or naproxen for the treatment of gout arthritis: a double-blind, randomised equivalence trial. Lancet. 2008; 371:1854-1860 [EC,I]

Allergic rhinitis: common, costly, and neglected. Lancet. 2008; 371:2057 [AO,I]

Sanfélix-Gimeno G, Reig-Mollá B, Sanfélix-Genovés J, Giner-Ruiz V. Efectividad de los fármacos utilizados como modificadores de la enfermedad artrósica. Med Clin (Barc). 2008; 130: 463-465 [R,II]

Henríquez P, Doreste J, Laínez P, Estévez MD, Iglesias M, Martín G, et al. Prevalencia de obesidad y sobrepeso en adolescentes canarios. Relación con el desayuno y la actividad física. Med Clin (Barc). 2008; 130: 606-610 [T,I]

Lopez E, Agusti A. Prevención de la neuralgia postherpética. Med Clin (Barc). 2008; 130: 794-796 [R,II]

Hernandez-Hernandez JL, Riancho JA, Gonzalez J. Síndrome metabólico, ¿también del hueso? Med Clin (Barc). 2008; 130: 745-750 [R,I]

Medina O, Arango C, Ezpeleta D. Fármacos antidepresivos en el tratamiento de la cefalea tensional. Med Clin (Barc). 2008; 130: 751-757 [R,I]

Jager RD, Mieler WF, Miller JW. Age-related macular degeneration. N Engl J Med. 2008; 358:2606-2617 [R,I]

Rivilla-Marugan L, Ramada A, Gonzalez VM, Arrieta E. Cefalea crónica diaria y por abuso de analgésicos. SEMERGEN. 2008; 34:291-296 [R,I]

Stradling J. Driving and obstructive sleep apnoea. Thorax. 2008; 63:481-483 [AO,I]

MEDIOS DIAGNÓSTICOS.

Glasziou PP, Irwig L, Heritier S, Simes RJ, Tonkin A; LIPID Study Investigators. Monitoring cholesterol levels: measurement error or true change? Ann Intern Med. 2008; 148:656-661 [EC,I]

Warner E, Messersmith H, Causer P, Eisen A, Shumak R, Plewes D. Systematic review: using magnetic resonance imaging to screen women at high risk for breast cancer. Ann Intern Med. 2008; 148:671-679 [M,I]

Pletcher MJ, Greenland P. Coronary calcium scoring and cardiovascular risk: the SHAPE of things to come. Arch Intern Med. 2008; 168:1027-1028 [AO,II]

Neynaber S, Wolff H. Diagnosis of scabies with dermoscopy. CMAJ. 2008; 178:1540-1541 [R,I]

Hachamovitch R, Di Carli MF. Methods and limitations of assessing new noninvasive tests: Part II: Outcomes-based validation and reliability assessment of noninvasive testing. Circulation. 2008; 117:2793-2801 [AO,I]

Moreno-Ramirez D, Ferrandiz L, Nieto-Garcia A, Villegas-Portero R. Teledermatologia. Med Clinica (Barc). 2008;130: 496-503 [M,I]

Zethelius B, Berglund L, Sundström J, Ingelsson E, Basu S, Larsson A, et al. Use of multiple biomarkers to improve the prediction of death from cardiovascular causes. N Engl J Med. 2008; 358:2107-2116 [S,I]

Peacock WF 4th, De Marco T, Fonarow GC, Diercks D, Wynne J, Apple FS, et al; ADHERE Investigators. Cardiac troponin and outcome in acute heart failure. N Engl J Med. 2008; 358:2117-2126 [S,I]

Braunwald E. Biomarkers in heart failure. N Engl J Med. 2008; 358:2148-2159 [R,I]

Dee Lmos JA, Lloyd-Jones DM. Multiple biomarker panels for cardiovascular risk assessment. N Engl J Med. 2008; 358:2172-2174 [R,I]

INFANCIA Y ADOLESCENCIA.

Hoddinott P, Tappin D, Wright C. Breast feeding. BMJ. 2008; 336:881-887 [R,I]

Bird C, Michie C. Measuring blood pressure in children. BMJ. 2008; 336:1321 [AO,I]

Theilen U, Wilson L, Wilson G, Beattie JO, Qureshi S, Simpson D; Guideline Development Group. Management of invasive meningococcal disease in children and young people: summary of SIGN guidelines. BMJ. 2008; 336:1367-1370 [M,II]

Kirkwood G, Pollock A. Preventing injury in childhood. BMJ. 2008; 336:1388-1389 [AO,I]

Katz LY, Kozyrskyj AL, Prior HJ, Enns MW, Cox BJ, Sareen J. Effect of regulatory warnings on antidepressant prescription rates, use of health services and outcomes among children, adolescents and young adults. CMAJ. 2008; 178:1005-1011 [S,I]

Gidding SS. Measuring children's blood pressure matters. Circulation. 2008; 117:3163-3164 [AO,I]

Chen X, Wang Y. Tracking of blood pressure from childhood to adulthood: a systematic review and meta-regression analysis. Circulation. 2008;117:3171-3180 [M,II]

Hanberger L, Samuelsson U, Lindblad B, Ludvigsson J; Swedish Childhood Diabetes Registry SWEDIABKIDS. A1C in children and adolescents with diabetes in relation to certain clinical parameters: the Swedish Childhood Diabetes

Registry SWEDIABKIDS. Diabetes Care. 2008; 31:927-929 [T,I]

Cano A, Pérez I, Casares I. Obesidad infantil: opiniones y actitudes de los pediatras. Gac Sanit. 2008; 22: 98-104 [T,I]

Ogden CL, Carroll MD, Flegal KM. High body mass index for age among US children and adolescents, 2003-2006. JAMA. 2008; 299:2401-2405 [S,I]

Ebbeling CB, Ludwig DS. Tracking pediatric obesity: an index of uncertainty? JAMA. 2008; 299:2442-2443 [AO,I]

Henríquez P, Doreste J, Laínez P, Estévez MD, Iglesias M, Martín G, et al. Prevalencia de obesidad y sobrepeso en adolescentes canarios. Relación con el desayuno y la actividad física. Med Clin (Barc). 2008; 130: 606-610 [T,I]

Tebe C, Berra S, Herdman M, Aymerich M, Alonso J, Rajmil L. Fiabilidad y validez de la versión española del KIDSCREEN-52 para población infantil y adolescente. Med Clin (Barc). 2008; 130: 650-654 [T,I]

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

Davis S, Papalia MA, Norman RJ, O'Neill S, Redelman M, Williamson M, et al. Safety and efficacy of a testosterone metered-dose transdermal spray for treating decreased sexual satisfaction in premenopausal women: a randomized trial. Ann Intern Med. 2008;148:569-577 [EC,I]

Basson R. Testosterone supplementation to improve women's sexual satisfaction: complexities and unknowns. Ann Intern Med. 2008; 148:620-621 [AO,I]

U.S. Preventive Services Task Force. Screening for gestational diabetes mellitus: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. Ann Intern Med. 2008; 148:759-765 [M,II]

Hillier TA, Vesco KK, Pedula KL, Beil TL, Whitlock EP, Pettitt DJ. Screening for gestational diabetes mellitus: a systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med. 2008; 148:766-775 [M,II]

Reginster JY, Felsenberg D, Boonen S, Diez-Perez A, Rizzoli R, Brandi ML, et al. Effects of long-term strontium ranelate treatment on the risk of nonvertebral and vertebral fractures in postmenopausal osteoporosis: Results of a five-year, randomized, placebo-controlled trial. Arthritis Rheum. 2008; 58:1687-1695 [EC,I]

Roberts H. Type of hormone replacement therapy and risk of venous thromboembolism. BMJ. 2008; 336:1203-1204 [AO,I]

Canonico M, Plu-Bureau G, Lowe GD, Scarabin PY. Hormone replacement therapy and risk of venous thromboembolism in postmenopausal women: systematic review and meta-analysis. BMJ. 2008; 336: 1227-1231 [M,I]

De Boer IH, Tinker LF, Connelly S, Curb JD, Howard BV, Kestenbaum B, et al; Women's Health Initiative Investigators. Calcium plus vitamin D supplementation and the risk of incident diabetes in the Women's Health Initiative. Diabetes Care. 2008; 31:701-707 [EC,I]

Kitzmiller JL, Block JM, Brown FM, Catalano PM, Conway DL, Coustan DR, et al. Managing preexisting diabetes for pregnancy: summary of evidence and consensus recommendations for care. Diabetes Care. 2008; 31:1060-1079 [M,II]

Salvador J, Cano-Serral G, Rodriguez-Sanz M et al. Evolución de las desigualdades según la clase social en el control del embarazo en Barcelona (1994-97 frente a 2000-03). Gac Sanit. 2007; 21:378-383 [S,I]

Yonkers KA, O'Brien PM, Eriksson E. Premenstrual syndrome. Lancet. 2008; 371:1200-1210 [R,I]

Montero J. Seguridad de la suplementación con yodo durante la gestación en regiones con déficit leve-moderado de yodo. Med Clin (Barc). 2008; 131: 22-29 [R,II]

Rowan JA, Hague WM, Gao W, Battin MR, Moore MP; MiG Trial Investigators. Metformin versus insulin for the treatment of gestational diabetes. N Engl J Med. 2008; 358:2003-2015 [EC,II]

Ecker JL, Greene MF. Gestational diabetes—setting limits, exploring treatments. N Engl J Med 2008; 358:2061-2063 [AO,I]

ANCIANOS.

Mozaffarian D, Kamineni A, Prineas RJ, Siscovick DS. Metabolic syndrome and mortality in older adults: the Cardiovascular Health Study. Arch Intern Med. 2008; 168:969-978 [S,I]

Dubbert PM, Morey MC, Kirchner KA, Meydrech EF, Grothe K. Counseling for home-based walking and strength exercise in older primary care patients. Arch Intern Med. 2008; 168:979-986 [EC,I]

Boustani M, Justiss MD. Subtle neurological abnormalities and functional cognition in older adults. Arch Intern Med. 2008; 168:1252-1253 [AO,I]

Martínez A, Leal M, Vara LA, González LJ, Paja E, López J. Situación actual del paciente hipertenso y mayor de 75 años en España. Estudio DISEHTAE. Aten Primaria. 2008; 40: 247-252 [T,I]

Pilote L, Abrahamowicz M, Eisenberg M, Humphries K, Behlouli H, Tu JV. Effect of different angiotensin-converting-enzyme inhibitors on mortality among elderly patients with congestive heart failure. CMAJ. 2008; 178:1303-1311 [T,I]

Chappelow AV, Kaiser PK. Neovascular age-related macular degeneration: potential therapies. Drugs. 2008; 68:1029-1036 [R,I]

Rueda S, Serra-Prat M, Fernández C, Palomera E, Puig M; and Grupo de Estudio de Envejecimiento de Mataró. Síndrome metabólico y enfermedad cardiovascular en ancianos: resultados del Estudio de Envejecimiento de Mataró. Med Clin (Barc). 2008; 130: 327-331 [T,I]

Serra M, Fernández X, Ribó L, Palomera E, Papiol M, Serra P. Pérdida de apetito en ancianos no institucionalizados y su relación con la capacidad funcional. Med Clin (Barc). 2008; 130: 531-533 [T,I]

Garre-Olmo J, Vilalta-Franch J, López-Pousa S; on behalf of grupo de estudio sobre Fragilidad y Dependencia en Girona (grupo FRADEGI). Conducción de vehículos a motor y deterioro cognitivo en mayores de 74 años. Med Clin (Barc). 2008; 130: 657-660 [T,I]

Da Silva ZA, Gómez A, Sobral M. Epidemiología de caídas de ancianos en España. Revisión sistemática. Rev Esp Salud Pública. 2008; 82: 43-56 [M,II]

URGENCIAS Y EMERGENCIAS.

Soar J, Nolan JP. Cardiopulmonary resuscitation for out of hospital cardiac arrest. BMJ. 2008; 336:782-783 [AO,II]

Colman I, Friedman BW, Brown MD, Innes GD, Grafstein E, Roberts TE, et al. Parenteral dexamethasone for acute severe migraine headache: meta-analysis of randomised controlled trials for preventing recurrence. BMJ. 2008; 336:1359-1361 [M,I]

Alvarez-Fernández JA, Gazmuri RJ. Mortalidad evitable por parada cardíaca extrahospitalaria. Med Clin (Barc). 2008; 130: 710-714 [R,II]

TERAPÉUTICA. Incluye: farmacología, adherencia al tratamiento, cuidados paliativos y tratamiento del dolor, calidad de las prescripciones.

Cadarette SM, Katz JN, Brookhart MA, Stürmer T, Stedman MR, Solomon DH. Relative effectiveness of osteoporosis drugs for preventing nonvertebral fracture. Ann Intern Med. 2008; 148:637-646 [S,II]

Marshall B. Sequential therapy for Helicobacter pylori: a worthwhile effort for your patients. Ann Intern Med. 2008; 148: 962-963 [AO,II]

Picado C, Vennera MC. Acetónido de triamcinolona en el tratamiento del asma resistente a los glucocorticoides: riesgos y beneficios. Arch Bronconeumol. 2008; 44: 324-327 [R,I]

Reginster JY, Felsenberg D, Boonen S, Diez-Perez A, Rizzoli R, Brandi ML, et al. Effects of long-term strontium ranelate treatment on the risk of nonvertebral and vertebral fractures in postmenopausal osteoporosis: Results of a five-year, randomized, placebo-controlled trial. Arthritis Rheum. 2008; 58:1687-1695 [EC,I]

Mata M. Metformina y diabetes mellitus tipo 2. Aten Primaria. 2008; 40: 147-153 [R,I]

Ausejo M, Sáenz A. ¿Cómo mejorar la automedicación de nuestros pacientes? Aten Primaria. 2008; 40: 221-223 [AO,II]

Murray SA, Boyd K, Byock I. Continuous deep sedation in patients nearing death. BMJ. 2008; 336:781-782 [AO,II]

Majumdar SR. Oral bisphosphonates and atrial fibrillation. BMJ. 2008; 336:784-785 [AO,I]

Rietjens J, van Delden J, Onwuteaka-Philipsen B, Buiting H, van der Maas P, van der Heide A. Continuous deep sedation for patients nearing death in the Netherlands: descriptive study. BMJ. 2008; 336:810-813 [T,II]

Sørensen HT, Christensen S, Mehnert F, Pedersen L, Chapurlat RD, Cummings SR, et al. Use of bisphosphonates among women and risk of atrial fibrillation and flutter: population based case-control study. BMJ. 2008; 336:813-816 [CC,I]

Vrijens B, Vincze G, Kristanto P, Urquhart J, Burnier M. Adherence to prescribed antihypertensive drug treatments: longitudinal study of electronically compiled dosing histories. BMJ. 2008; 336:1114-1117 [S,I]

Turnbull F, Neal B, Ninomiya T, Algert C, Arima H, Barzi F, et al. Blood Pressure Lowering Treatment Trialists' Collaboration. Effects of different regimens to lower blood pressure on major cardiovascular events in older and younger adults: meta-analysis of randomised trials. BMJ. 2008; 336:1121-1123 [M,I]

Montgomery B. Does paracetamol cause hypertension? BMJ. 2008; 336:1190-1191 [R,I]

Evangelou E, Tsianos G, Ioannidis JP. Doctors' versus patients' global assessments of treatment effectiveness: empirical survey of diverse treatments in clinical trials. BMJ. 2008; 336:1287-1290 [T,I]

Van den Hout WB, Peul WC, Koes BW, Brand R, Kievit J, Thomeer RT; Leiden-The Hague Spine Intervention Prognostic Study Group. Prolonged conservative care versus early surgery in patients with sciatica from lumbar disc herniation: cost utility analysis alongside a randomised controlled trial. BMJ. 2008; 336:1351-1354 [CE,I]

Peul WC, van den Hout WB, Brand R, Thomeer RT, Koes BW; Leiden-The Hague Spine Intervention Prognostic Study Group. Prolonged conservative care versus early surgery in patients with sciatica caused by lumbar disc herniation: two year results of a randomised controlled trial. BMJ. 2008; 336:1355-1358 [EC,I]

Colman I, Friedman BW, Brown MD, Innes GD, Grafstein E, Roberts TE, et al. Parenteral dexamethasone for acute severe migraine headache: meta-analysis of randomised controlled trials for preventing recurrence. BMJ. 2008; 336:1359-1361 [M,I]

Katz LY, Kozyrskyj AL, Prior HJ, Enns MW, Cox BJ, Sareen J. Effect of regulatory warnings on antidepressant prescription rates, use of health services and outcomes among children, adolescents and young adults. CMAJ. 2008; 178:1005-1011 [S,I]

Pilote L, Abrahamowicz M, Eisenberg M, Humphries K, Behlouli H, Tu JV. Effect of different angiotensin-converting-enzyme inhibitors on mortality among elderly patients with congestive heart failure. CMAJ. 2008; 178:1303-1311 [T,I]

Taubert KA. Can patients with cardiovascular disease take nonsteroidal antiinflammatory drugs? Circulation. 2008; 117:e322-e324 [AO,I]

Calhoun DA, Jones D, Textor S, Goff DC, Murphy TP, Toto RD, et al; American Heart Association Professional Education Committee. Resistant hypertension: diagnosis, evaluation, and treatment: a scientific statement from the American Heart Association Professional Education Committee of the Council for High Blood Pressure Research. Circulation. 2008; 117:e510-e526 [M,II]

Cutler JA, Davis BR. Thiazide-type diuretics and beta-adrenergic blockers as first-line drug treatments for hypertension. Circulation. 2008; 117:2691-2704 [R,II]

Messerli FH, Bangalore S, Julius S. Risk/benefit assessment of beta-blockers and diuretics precludes their use for first-line therapy in hypertension. Circulation. 2008; 117:2706-2715 [R,II]

Heisler M, Hogan MM, Hofer TP, Schmittdiel JA, Pladevall M, Kerr EA. When more is not better: treatment intensification

among hypertensive patients with poor medication adherence. Circulation. 2008; 117:2884-2892 [S,II]

Hiatt WR, Lincoff AM, Harrington RA. Acute pharmacological conversion of atrial fibrillation to sinus rhythm: is short-term symptomatic therapy worth it? A report from the December 2007 Meeting of the Cardiovascular and Renal Drugs Advisory Committee of the Food and Drug Administration. Circulation. 2008; 117:2956-2957 [R,II]

De Boer IH, Tinker LF, Connelly S, Curb JD, Howard BV, Kestenbaum B, et al; Women's Health Initiative Investigators. Calcium plus vitamin D supplementation and the risk of incident diabetes in the Women's Health Initiative. Diabetes Care. 2008; 31:701-707 [EC,I]

Kahn SE, Zinman B, Lachin JM, Haffner SM, Herman WH, Holman RR, et al; Diabetes Outcome Progression Trial (ADOPT) Study Group. Rosiglitazone-associated fractures in type 2 diabetes: an Analysis from A Diabetes Outcome Progression Trial (ADOPT). Diabetes Care. 2008; 31:845-851 [EC,II]

Boparai V, Rajagopalan J, Triadafilopoulos G. Guide to the use of proton pump inhibitors in adult patients. Drugs. 2008; 68:925-947 [R,II]

Croxtall JD, Keating GM. Irbesartan / Hydrochlorothiazide : in moderate to severe hypertension. Drugs. 2008; 68:1465-1472 [R,I]

Stramba-Badiale M. Atrial fibrillation subtypes, risk of stroke, and antithrombotic therapy. Eur Heart J. 2008; 29:840-842 [AO,I]

Nieuwlaat R, Dinh T, Olsson SB, Camm AJ, Capucci A, Tieleman RG, et al; on behalf of the Euro Heart Survey Investigators. Should we abandon the common practice of withholding oral anticoagulation in paroxysmal atrial fibrillation? Eur Heart J. 2008; 29:915-922 [S,II]

Betteridge DJ, Defronzo RA, Chilton RJ. PROactive: time for a critical appraisal. Eur Heart J. 2008; 29:969-983 [AO,II]

Palatini P. Is there benefit of cardiac slowing drugs in the treatment of hypertensive patients with elevated heart rate? Eur Heart J. 2008; 29:1218-1220 [AO,I]

Lucas A, Smeenk F, Smeele I, van Schayck C. Overtreatment with inhaled corticosteroids and diagnostic problems in primary care patients, an exploratory study. Fam Pract. 2008; 25:86-91 [QE,I]

Castano EJ, Oterino D, Rodriguez RM. El mensaje publicitario de los anuncios de fármacos en las revistas médicas españolas. Gac Sanit. 2007; 21:371-377 [T,I]

Ricarte JI, Benounna H, Velarde C et al. Diferencias entre prescripción y dispensación de genéricos en atención primaria. La excepción como regla. Gac Sanit. 2007; 21:404-406 [T,I]

Puig-Junoy J. Sustitución en las oficinas de farmacia y mercado de genéricos. Gac Sanit. 2007; 21:407-407 [AO,I]

Nissen SE, Nicholls SJ, Wolski K, Rodés-Cabau J, Cannon CP, Deanfield JE, et al; STRADIVARIUS Investigators. Effect of rimonabant on progression of atherosclerosis in patients with abdominal obesity and coronary artery disease: the STRADIVARIUS randomized controlled trial. JAMA. 2008; 299:1547-1560 [EC,I]

Nissen SE, Nicholls SJ, Wolski K, Nesto R, Kupfer S, Perez A, et al; PERISCOPE Investigators. Comparison of pioglitazone vs glimepiride on progression of coronary atherosclerosis in patients with type 2 diabetes: the PERISCOPE randomized controlled trial. JAMA. 2008; 299:1561-1573 [EC,I]

Zimmermann C, Riechelmann R, Krzyzanowska M, Rodin G, Tannock I. Effectiveness of specialized palliative care: a systematic review. JAMA. 2008; 299: 1698-1709 [M,I]

Markowitz AJ, Rabow MW. Management of intractable nausea and vomiting in patients at the end of life: "I was feeling nauseous all of the time . . . nothing was working". JAMA. 2008; 299:1826 [AO,II]

Janssens HJ, Janssen M, van de Lisdonk EH, van Riel PL, van Weel C. Use of oral prednisolone or naproxen for the treatment of gout arthritis: a double-blind, randomised equivalence trial. Lancet. 2008; 371:1854-1860 [EC,I]

Zheng JP, Kang J, Huang SG, Chen P, Yao WZ, Yang L, et al. Effect of carbocisteine on acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease (PEACE Study): a randomised placebo-controlled study. Lancet. 2008; 371:2013-2018 [EC,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]

Llisterri JL, Barrios V. Papel de las nuevas combinaciones a dosis fijas en el tratamiento de la hipertensión arterial. Med Clin (Barc). 2008; 130: 342-344 [R,I]

Rodríguez M, Dávalos A. Estatinas y accidente cerebrovascular. Med Clin (Barc). 2008; 130: 453-454 [AO,I]

Fernández JM, Alvarez M, Jalón A, García J. Efectividad de los bisfosfonatos en el cáncer de próstata avanzado. Med Clin (Barc). 2008; 130: 459-462 [R,I]

Sanfélix-Gimeno G, Reig-Mollá B, Sanfélix-Genovés J, Giner-Ruiz V. Efectividad de los fármacos utilizados como modificadores de la enfermedad artrósica. Med Clin (Barc). 2008; 130: 463-465 [R,II]

Medina O, Arango C, Ezpeleta D. Fármacos antidepresivos en el tratamiento de la cefalea tensional. Med Clin (Barc). 2008; 130: 751-757 [R,I]

Simó R, Hernández C. Fenofibrato en el tratamiento de la retinopatía diabética. Med Clin (Barc). 2008; 131: 16-18 [AO,I]

Oliva E, Galán P, Pacheco AM. Comparación de la calidad y el riesgo hemorrágico del tratamiento anticoagulante oral con acenocumarol frente a warfarina. Med Clin (Barc). 2008; 131: 96-97 [CC,I]

Roncalés FJ. Tratamiento anticoagulante oral: ¿warfarina o acenocumarol? Med Clin (Barc). 2008; 131: 98-100 [AO,II]

ONTARGET Investigators, Yusuf S, Teo KK, Pogue J, Dyal L, Copland I, Schumacher H, et al. Telmisartan, ramipril, or both in patients at high risk for vascular events. N Engl J Med. 2008; 358: 1547-1559 [EC,II]

McMurray JJ. ACE inhibitors in cardiovascular disease—unbeatable? N Engl J Med. 2008; 358:1615-1616 [AO,I]

Thomas J, Karver S, Cooney GA, Chamberlain BH, Watt CK, Slatkin NE, et al. Methylnaltrexone for opioid-induced

constipation in advanced illness. N Engl J Med. 2008; 358:2332-2343 [EC,I]

Parving HH, Persson F, Lewis JB, Lewis EJ, Hollenberg NK; AVOID Study Investigators. Aliskiren combined with losartan in type 2 diabetes and nephropathy. N Engl J Med. 2008; 358:2433-2446 [EC,I]

Ingelfinger JR. Aliskiren and dual therapy in type 2 diabetes mellitus. N Engl J Med. 2008; 358:2503-2505 [AO,I]

Tinetti ME. Over-the-counter sales of statins and other drugs for asymptomatic conditions. N Engl J Med. 2008; 358:2728-2732 [AO,II]

Eriksson BI, Borris LC, Friedman RJ, Haas S, Huisman MV, Kakkar AK, et al. RECORD1 Study Group. Rivaroxaban versus enoxaparin for thromboprophylaxis after hip arthroplasty. N Engl J Med. 2008; 358:2765-2775 [EC,I]

Lassen MR, Ageno W, Borris LC, Lieberman JR, Rosencher N, Bandel TJ, et al. RECORD3 Investigators. Rivaroxaban versus enoxaparin for thromboprophylaxis after total knee arthroplasty. N Engl J Med. 2008; 358:2776-2786 [EC,I]

Lohrmann J, Becker RC. New anticoagulants—the path from discovery to clinical practice. N Engl J Med. 2008; 358:2827-2829 [AO,II]

Dransfield MT, Rowe SM, Johnson JE, Bailey WC, Gerald LB. Use of beta blockers and the risk of death in hospitalised patients with acute exacerbations of COPD. Thorax. 2008; 63:301-305 [T,I]

ENTREVISTA CLINICA.

Rivera S, Villouta MF, Ilabaca A. Entrevista motivacional: ¿cuál es su efectividad en problemas prevalentes de la atención primaria? Aten Primaria. 2008; 40: 257-261 [M,II]

Takemura YC, Atsumi R, Tsuda T. Which medical interview behaviors are associated with patient satisfaction? Fam Med. 2008; 40:253-258 [T,I]

Pearce C, Trumble S, Arnold M, Dwan K, Phillips C. Computers in the new consultation: within the first minute. Fam Pract. 2008; 25:202-208 [C,I]

Kosunen E. Teaching a patient-centred approach and communication skills needs to be extended to clinical and postgraduate training: A challenge to general practice. Scand J Prim Health Care. 2008; 26:1-2 [AO,I]

ATENCION FAMILIAR.

Moreno-Gaviño L, Bernabeu-Wittel M, Alvarez-Tello M, Rincón M, Bohórquez P, Cassani M, et al. Sobrecarga sentida por la figura del cuidador principal en una cohorte de pacientes pluripatológicos. Aten Primaria. 2008; 40: 193-198 [S,I]

Butler R. The carers of people with dementia. BMJ. 2008; 336:1260-1261 [AO,I]

Lafta RK. Intimate-partner violence and women's health. Lancet. 2008; 371:1140-1142 [AO,II]

Ellsberg M, Jansen HA, Heise L, Watts CH, Garcia-Moreno C; WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women Study Team. Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. Lancet. 2008; 371:1165-1172 [T,II]

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

Greenhalgh T, Wood GW, Bratan T, Stramer K, Hinder S. Patients' attitudes to the summary care record and HealthSpace: qualitative study. BM.J 2008; 336:1290-1295 [C,I]

Takemura YC, Atsumi R, Tsuda T. Which medical interview behaviors are associated with patient satisfaction? Fam Med. 2008; 40:253-258 [T,I]

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

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

Johnson I, Donovan D, Parboosingh J. Steps to improve the teaching of public health to undergraduate medical students in Canada. Acad Med. 2008; 83:414-418 [AO,I]

Halvorsen JG. Perspective: united we stand, divided we fall: the case for a single primary care specialty in the United States. Acad Med. 2008; 83:425-431 [AO,II]

Haan CK, Edwards FH, Poole B, Godley M, Genuardi FJ, Zenni EA. A model to begin to use clinical outcomes in medical education. Acad Med. 2008; 83:574-580 [R,I]

Allan GM, Korownyk C, Tan A, Hindle H, Kung L, Manca D. Developing an integrated evidence-based medicine curriculum for family medicine residency at the University of Alberta. Acad Med. 2008; 83:581-587 [S,I]

Brown CA, Lilford RJ. Selecting medical students. BMJ. 2008; 336:786 [AO,I]

Wood DF. Problem based learning. BMJ. 2008; 336:971 [AO,I]

Nothnagle M, Sicilia JM, Forman S, Fish J, Ellert W, Gebhard R, et al. Required procedural training in family medicine residency: a consensus statement. Fam Med. 2008; 40: 250 [C,I]

Saultz JW. Revolutionary leadership and family medicine education. Fam Med. 2008; 40:277-280 [AO,I]

Kosunen E. Teaching a patient-centred approach and communication skills needs to be extended to clinical and postgraduate training: A challenge to general practice. Scand J Prim Health Care. 2008; 26:1-2 [AO,I]

INVESTIGACION. Incluye: investigación cualitativa, estadística.

Eldridge S, Ashby D, Bennett C, Wakelin M, Feder G. Internal and external validity of cluster randomised trials: systematic review of recent trials. BMJ. 2008; 336:876-880 [M,I]

Spiegel D, Harrington A. What is the placebo worth? BMJ. 2008; 336:967-968 [AO,I]

Kaptchuk TJ, Kelley JM, Conboy LA, Davis RB, Kerr CE, Jacobson EE, et al. Components of placebo effect: randomised controlled trial in patients with irritable bowel syndrome. BMJ. 2008; 336:999-1003 [EC,I]

Pocock SJ, Travison TG, Wruck LM. How to interpret figures in reports of clinical trials. BMJ. 2008; 336:1166-1169 [R,I]

Spertus J. Assessing patients' improvement in clinical trials. BMJ. 2008; 336:1258-1259 [AO,I]

Evangelou E, Tsianos G, Ioannidis JP. Doctors' versus patients' global assessments of treatment effectiveness: empirical survey of diverse treatments in clinical trials. BMJ. 2008; 336:1287-1290 [T,I]

Graffy J. Engaging family practitioners in research: are we getting it right? Fam Pract. 2008; 25:69-70 [AO,I]

Hummers-Pradier E, Scheidt-Nave C, Martin H, Heinemann S, Kochen MM, Himmel W. Simply no time? Barriers to GPs' participation in primary health care research. Fam Pract. 2008; 25:105-112 [C,I]

Gormley G, Connolly D, Catney D, Freeman L, Murray LJ, Gavin A. Reporting of research data by GPs: a cautionary tale for primary care researchers. Fam Pract. 2008; 25:209-212 [T,I]

Fernández E, Cobo E, Guallar-Castillón P. La Declaración STROBE o cómo mejorar la presentación de los estudios observacionales. Gac Sanit. 2008; 22: 87 - 89 [AO,II]

Von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP; on behalf of the Iniciativa STROBE. Declaración de la Iniciativa STROBE (Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology): directrices para la comunicación de estudios observacionales. Gac Sanit. 2008; 22: 144-150 [R,II]

DeAngelis CD, Fontanarosa PB. Impugning the integrity of medical science: the adverse effects of industry influence. JAMA. 2008; 299:1833-1835 [AO,II]

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

Font D, Gomis R, Trilla A, Bigorra J, Piqué JM, Rodés J. Organización y modelo de funcionamiento de las estructuras de investigación biomédica. Situación y retos de futuro. Med Clin (Barc). 2008; 130: 510-516 [R,II]

Ramiro MA. Impacto de la Ley 14/2007 de Investigación Biomédica en los ensayos clínicos. Med Clin (Barc). 2008; 130: 783-786 [AO,I]

Martínez-González MA, Alonso A, López J. ¿Qué es una hazard ratio? Nociones de análisis de supervivencia. Med Clin (Barc). 2008; 131: 65-72 [R,II]

MEDICINA BASADA EN PRUEBAS.

Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P, et al; GRADE Working Group. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. BMJ. 2008; 336:924-926 [M,I]

Montgomery B. Does paracetamol cause hypertension? BMJ. 2008; 336:1190-1191 [R,I]

PREVENCIÓN.

U.S. Preventive Services Task Force. Screening for chronic obstructive pulmonary disease using spirometry: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. Ann Intern Med. 2008; 148:529-534 [M,II]

Lin K, Watkins B, Johnson T, Rodriguez JA, Barton MB; U.S. Preventive Services Task Force. Screening for chronic obstructive pulmonary disease using spirometry: summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med. 2008; 148:535-543 [M,II]

Sawaya GF. Adding human papillomavirus testing to cytology for primary cervical cancer screening: shooting first and asking questions later. Ann Intern Med. 2008; 148:557-559 [AO,III]

Workowski KA, Berman SM, Douglas JM Jr. Emerging antimicrobial resistance in Neisseria gonorrhoeae: urgent need to strengthen prevention strategies. Ann Intern Med. 2008; 148:606-613 [AO,I]

Cadarette SM, Katz JN, Brookhart MA, Stürmer T, Stedman MR, Solomon DH. Relative effectiveness of osteoporosis drugs for preventing nonvertebral fracture. Ann Intern Med. 2008; 148:637-646 [S,II]

Warner E, Messersmith H, Causer P, Eisen A, Shumak R, Plewes D. Systematic review: using magnetic resonance imaging to screen women at high risk for breast cancer. Ann Intern Med. 2008; 148:671-679 [M,I]

U.S. Preventive Services Task Force. Screening for gestational diabetes mellitus: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. Ann Intern Med. 2008; 148:759-765 [M,II]

Hillier TA, Vesco KK, Pedula KL, Beil TL, Whitlock EP, Pettitt DJ. Screening for gestational diabetes mellitus: a systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med. 2008; 148:766-775 [M,II]

U.S. Preventive Services Task Force. Screening for type 2 diabetes mellitus in adults: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. Ann Intern Med. 2008; 148:846-854 [M,II]

Norris SL, Kansagara D, Bougatsos C, Fu R; U.S. Preventive Services Task Force. Screening adults for type 2 diabetes: a review of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med. 2008; 148:855-868 [M,I]

Dubbert PM, Morey MC, Kirchner KA, Meydrech EF, Grothe K. Counseling for home-based walking and strength exercise in older primary care patients. Arch Intern Med. 2008; 168:979-986 [EC,I]

Gobierno J, Domínguez S, Hernández F, Fernández JA, García MR, Díaz L. Intervención oportunista de los médicos de familia en el programa de diagnóstico precoz del cáncer de mama. Aten Primaria. 2008; 40: 187-192 [QE,I]

Alameda C, de Lorenzo-Cáceres A. Vacuna contra el papilomavirus humano: actitud ante una consulta sobre una novedad terapéutica. Aten Primaria. 2008; 40: 205-208 [M,I]

Brearley S. Should we screen for abdominal aortic aneurysm? Yes. BMJ. 2008; 336:862 [AO,I]

Johnson JN. Should we screen for aortic aneurysm? No. BMJ. 2008; 336:863 [AO,I]

Waller J, Wardle J. HPV vaccination in the UK. BMJ. 2008; 336:1028-1029 [AO,I]

Brabin L, Roberts SA, Stretch R, Baxter D, Chambers G, Kitchener H, et al. Uptake of first two doses of human papillomavirus vaccine by adolescent schoolgirls in Manchester: prospective cohort study. BMJ. 2008; 336:1056-1058 [S,I]

Goyder EC. Screening for and prevention of type 2 diabetes. BMJ. 2008; 336:1140-1141 [AO,I]

Gillies CL, Lambert PC, Abrams KR, Sutton AJ, Cooper NJ, Hsu RT, et al. Different strategies for screening and prevention of type 2 diabetes in adults: cost effectiveness analysis. BMJ. 2008; 336:1180-1185 [CE,I]

Cooper A, O'Flynn N; Guideline Development Group. Risk assessment and lipid modification for primary and secondary prevention of cardiovascular disease: summary of NICE guidance. BMJ. 2008; 336:1246-1248 [M,II]

Martínez-González MA, de la Fuente-Arrillaga C, Nunez-Cordoba JM, Basterra-Gortari FJ, Beunza JJ, Vazquez Z, et al. Adherence to Mediterranean diet and risk of developing diabetes: prospective cohort study. BMJ. 2008; 336:1348-1351 [S,I]

Kirkwood G, Pollock A. Preventing injury in childhood. BMJ. 2008; 336:1388-1389 [AO,I]

Gilbody S, Sheldon T, House A. Screening and case-finding instruments for depression: a meta-analysis. CMAJ. 2008; 178:997-1003 [M,I]

Cooper MS. Our approach to osteoporosis screening and treatment needs to change. CMAJ. 2008; 178:1683-1684 [AO,I]

Zhang C, Rexrode KM, van Dam RM, Li TY, Hu FB. Abdominal obesity and the risk of all-cause, cardiovascular, and cancer mortality: sixteen years of follow-up in US women. Circulation. 2008; 117:1658-1667 [S,II]

Schocken DD, Benjamin EJ, Fonarow GC, Krumholz HM, Levy D, Mensah GA, et al; American Heart Association Council on Epidemiology and Prevention; American Heart Association Council on Clinical Cardiology; American Heart Association Council on Cardiovascular Nursing; American Heart Association Council on High Blood Pressure Research; Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group; Functional Genomics and Translational Biology Interdisciplinary Working Group. Prevention of heart failure: a scientific statement from the American Heart Association Councils on Epidemiology and Prevention, Clinical Cardiology, Cardiovascular Nursing, and High Blood Pressure Research; Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group; and Functional Genomics and Translational Biology Interdisciplinary Working Group. Circulation. 2008; 117:2544-2565 [M,II]

Greving JP, Buskens E, Koffijberg H, Algra A. Cost-effectiveness of aspirin treatment in the primary prevention of cardiovascular disease events in subgroups based on age, gender, and varying cardiovascular risk. Circulation. 2008; 117:2875-2883 [CE,II]

Ilanne-Parikka P, Eriksson JG, Lindström J, Peltonen M, Aunola S, Hämäläinen H, et al; Finnish Diabetes Prevention Study Group. Effect of lifestyle intervention on the occurrence of metabolic syndrome and its components in the Finnish Diabetes Prevention Study. Diabetes Care. 2008; 31:805-807 [EC,II]

Ziemer DC, Kolm P, Weintraub WS, Vaccarino V, Rhee MK, Caudle JM, et al. Age, BMI, and race are less important than random plasma glucose in identifying risk of glucose intolerance: the Screening for Impaired Glucose Tolerance Study (SIGT 5). Diabetes Care. 2008; 31:884-886 [T,II]

Heikes KE, Eddy DM, Arondekar B, Schlessinger L. Diabetes Risk Calculator: a simple tool for detecting undiagnosed diabetes and pre-diabetes. Diabetes Care. 2008; 31:1040-1045 [T,II]

Baumgartner RW. Network meta-analysis of antiplatelet treatments for secondary stroke prevention. Eur Heart J. 2008; 29:1082-1083 [AO,I]

Balkau B. Screening for diabetes. Diabetes Care. 2008; 31:1084-1085 [AO,II]

Thijs V, Lemmens R, Fieuws S. Network meta-analysis: simultaneous meta-analysis of common antiplatelet regimens after transient ischaemic attack or stroke. Eur Heart J. 2008; 29:1086-1092 [M,I]

Rahman M, Simmons RK, Harding AH, Wareham NJ, Griffin SJ. A simple risk score identifies individuals at high risk of developing Type 2 diabetes: a prospective cohort study. Fam Pract. 2008; 25:191-196 [S,II]

Melchor I, Nolasco A, García-Senchermes C, Pereyra-Zamora P, Pina JA, Moncho J, et al. La mortalidad evitable. ¿Cambios en el nuevo siglo? Gac Sanit. 2008; 22: 200-209 [T,I]

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

Peterson ED, Wang TY. The great debate of 2008—how low to go in preventive cardiology? JAMA. 2008; 299: 1718-1720 [AO,II]

Kenfield SA, Stampfer MJ, Rosner BA, Colditz GA. Smoking and smoking cessation in relation to mortality in women. JAMA. 2008; 299:2037-2047 [S,I]

Kuhl CK. The "coming of age" of nonmammographic screening for breast cancer. JAMA. 2008; 299:2203-2205 [AO,I]

De Irala J, Cano-Prous A, Lahortiga-Ramos F, Gual-García P, Martínez-González MA, Cervera-Enguix S. Validación del cuestionario Eating Attitudes Test (EAT) como prueba de cribado de trastornos de la conducta alimentaria en la población general. Med Clin (Barc). 2008; 130: 487-491 [T,I]

Tranche S. Prevención secundaria: el talón de Aquiles de las enfermedades cardiovasculares. Med Clin (Barc). 2008; 130: 534-535 [AO,I]

Lopez E, Agusti A. Prevención de la neuralgia postherpética. Med Clin (Barc). 2008; 130: 794-796 [R,II]

Montero J. Seguridad de la suplementación con yodo durante la gestación en regiones con déficit leve-moderado de yodo. Med Clin (Barc). 2008; 131: 22-29 [R,II]

Murphy TV, Slade BA, Broder KR, Kretsinger K, Tiwari T, Joyce PM, et al; Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Prevention of pertussis, tetanus, and diphtheria among pregnant and postpartum women and their infants recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR Recomm Rep. 2008; 57(RR-4):1-51 [M,II]

Eriksson BI, Borris LC, Friedman RJ, Haas S, Huisman MV, Kakkar AK, et al. RECORD1 Study Group. Rivaroxaban versus enoxaparin for thromboprophylaxis after hip arthroplasty. N Engl J Med. 2008; 358:2765-2775 [EC,I]

Lassen MR, Ageno W, Borris LC, Lieberman JR, Rosencher N, Bandel TJ, et al. RECORD3 Investigators. Rivaroxaban versus enoxaparin for thromboprophylaxis after total knee arthroplasty. N Engl J Med. 2008; 358:2776-2786 [EC,I]

Da Silva ZA, Gómez A, Sobral M. Epidemiología de caídas de ancianos en España. Revisión sistemática. Rev Esp Salud Pública. 2008; 82: 43-56 [M,II]

EVALUACION / GARANTÍA DE CALIDAD.

Klomp H, Lawson JA, Cockcroft DW, Chan BT, Cascagnette P, Gander L, et al. Examining asthma quality of care using a population-based approach. CMAJ. 2008; 178:1013-1021 [T,I]

Rodríguez JM, Serrano D, Monleón T, Caro J. Los modelos de simulación de eventos discretos en la evaluación económica de tecnologías y productos sanitarios. Gac Sanit. 2008; 22: 151-161 [R,II]

Sumanen M, Virjo I, Hyppölä H, Halila H, Kumpusalo E, Kujala S, et al. Use of quality improvement methods in Finnish health centres in 1998 and 2003. Scand J Prim Health Care. 2008; 26:12-16 [T,I]

BIOÉTICA.

Sokol DK. The essence of medicine. BMJ. 2008; 336:1163 [AO,I]

Elwyn G. Patient consent—decision or assumption? BMJ. 2008; 336:1259-1260 [AO,I]

DeAngelis CD, Fontanarosa PB. Impugning the integrity of medical science: the adverse effects of industry influence. JAMA. 2008; 299:1833-1835. [AO,II]

PLANIFICACION / GESTIÓN.

Mehrotra A, Keehl-Markowitz L, Ayanian JZ. Implementing open-access scheduling of visits in primary care practices: a cautionary tale. Ann Intern Med. 2008; 148:915-922 [C,I]

Grau M, García-Altés A, Pasarín MI, Arribas P, Borrell C, Brugal T. Utilidad de un sistema de información para la atención primaria. Aten Primaria. 2008; 40: 167-173 [T,I]

Gérvas J, García LM, Simó J, Peiró S; Seminario de Innovación. Paradojas en la derivación de primaria a especializada. Aten Primaria. 2008; 40: 253-255 [AO,II]

Pedrera V, Bonet A, Scharwz G, Soler JM, Ortuño JL, Prieto I, et al. Lo que no hay que hacer para desburocratizar la atención primaria. Aten Primaria. 2008; 40: 273-274 [AO,II]

Martín-García M, Sánchez-Bayle M, Palomo L. El desarrollo de la atención primaria en relación con la orientación política de los gobiernos autonómicos. Aten Primaria. 2008; 40: 277-282 [T,I]

Berridge V. Primary care: Polyclinics: haven't we been there before? BMJ. 2008; 336:1161-1162 [AO,I]

Dixon M. Will polyclinics deliver real benefits for patients? Yes. BMJ. 2008; 336:1164 [AO,I]

Kay S. Will polyclinics deliver real benefits for patients? No. BMJ. 2008; 336:1165 [AO,I]

Seifert B, Svab I, Madis T, Kersnik J, Windak A, Steflova A, et al. Perspectives of family medicine in Central and Eastern Europe. Fam Pract. 2008; 25:113-118 [R,I]

Townsend A, Wyke S, Hunt K. Frequent consulting and multiple morbidity: a qualitative comparison of 'high' and 'low' consulters of GPs. Fam Pract. 2008; 25:168-175 [C,II]

Dawidowski AR, Toselli L, Roberto D et al. Modificaciones en las perspectivas de los médicos sobre el registro médico electrónico: investigación cualitativa longitudinal. Gac Sanit. 2007; 21:384-389 [C,I]

Belinchon I, Ramos JM, Bellver V. La producción científica española en bioética a través de MEDLINE. Gac Sanit. 2007; 21:408-411 [T,I]

San Miguel F, Sánchez E, Cabasés JM. Instrumentos económicos para la priorización de pacientes en lista de espera: la aplicación de modelos de elección discreta. Gac Sanit. 2008; 22: 90-97 [CE,II]

Rodríguez JM, Serrano D, Monleón T, Caro J. Los modelos de simulación de eventos discretos en la evaluación económica de tecnologías y productos sanitarios. Gac Sanit. 2008; 22: 151-161 [R,II]

Melchor I, Nolasco A, García-Senchermes C, Pereyra-Zamora P, Pina JA, Moncho J, et al. La mortalidad evitable. ¿Cambios en el nuevo siglo? Gac Sanit. 2008; 22: 200-209 [T,I]

Vargas I, Vázquez ML, Terraza R, Agustí E, Brosa F, Casas C. Impacto de un sistema de compra capitativo en la coordinación asistencial. Gac Sanit. 2008; 22: 218-226 [C,I]

Rodés J, Font D, Trilla A, Piqué JM, Gomis R. El futuro de la gestión clínica como consecuencia del progreso cientificotécnico en biomedicina. Med Clin (Barc). 2008; 130: 553-556 [R,II]

Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam AJ, Schaap MM, Menvielle G, Leinsalu M, et al. European Union Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. N Engl J Med. 2008; 358:2468-2481 [T,II]

Sumanen M, Virjo I, Hyppölä H, Halila H, Kumpusalo E, Kujala S, et al. Use of quality improvement methods in Finnish health centres in 1998 and 2003. Scand J Prim Health Care. 2008; 26:12-16 [T,I]

Petek M, Svab I, Zivcec G. Factors related to consultation time: experience in Slovenia. Scand J Prim Health Care. 2008; 26:29-34 [T,I]

INFORMÁTICA.

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]

Kidd MR. Personal electronic health records: MySpace or HealthSpace? BMJ. 2008; 336:1029-1030 [AO,I]

Greenhalgh T, Wood GW, Bratan T, Stramer K, Hinder S. Patients' attitudes to the summary care record and HealthSpace: qualitative study. BMJ. 2008; 336:1290-1295 [C,I]

Pearce C, Trumble S, Arnold M, Dwan K, Phillips C. Computers in the new consultation: within the first minute. Fam Pract. 2008; 25:202-208 [C,I]

Hubbard DR. How to find clinical information quickly at the point of care. Fam Pract Manag. 2008; 15:23-28 [R,I]

Dawidowski AR, Toselli L, Roberto D. Modificaciones en las perspectivas de los médicos sobre el registro médico electrónico: investigación cualitativa longitudinal. Gac Sanit. 2007; 21:384-389 [C,I]

Moreno-Ramirez D, Ferrandiz L, Nieto-Garcia A, Villegas-Portero R. Teledermatologia. Med Clinica (Barc). 2008; 130: 496-503 [M,I]

OTRAS.

Davis S, Papalia MA, Norman RJ, O'Neill S, Redelman M, Williamson M, et al. Safety and efficacy of a testosterone metered-dose transdermal spray for treating decreased sexual satisfaction in premenopausal women: a randomized trial. Ann Intern Med. 2008; 148:569-577 [EC,I]

Basson R. Testosterone supplementation to improve women's sexual satisfaction: complexities and unknowns. Ann Intern Med. 2008; 148:620-621 [AO,I]

Kinnersley P, Edwards A. Complaints against doctors. BMJ. 2008; 336:841-842 [AO,I]

Winyard G. Does it matter that medical graduates don't get jobs as doctors? Yes. BMJ. 2008; 336:990 [AO,I]

Maynard A. Does it matter that medical graduates don't get jobs as doctors? No. BMJ. 2008; 336:991 [AO,I]

Chappelow AV, Kaiser PK. Neovascular age-related macular degeneration : potential therapies. Drugs. 2008; 68:1029-1036 [R,I]

Woolever D. The art and science of clinical decision making. Fam Pract Manag. 2008;15 [AO,I]

¿«Progreso» sanitario = más? ¿O menos y mejor? Gac Sanit. 2008; 21: 433-433 [AO,I]

Palomo JL, Santos IM, Ramos V, Ortiz-Colom PM. El médico en el estrado. Recomendaciones para comparecer como perito ante los tribunales. Med Clin (Barc). 2008; 130: 536-541 [R,I]

Vilagut G, Valderas JM, Ferrer M, Garin O, Lopez-Garcia E, Alonso J. Interpretación de los cuestionarios de salud SF-36 y SF-12 en España: componentes físico y mental. Med Clin (Barc). 2008; 130: 726-735 [T,I]

¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO?

Diabético con parestesias y debilidad en miembros inferiores

Rivas del Valle PA[1], Romero Ramírez E[2]

[1] *MFyC - SCCU Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada*
[2] *Servicio Nefrología Hospital Universitario Virgen de las Nieves*

Paciente de 68 años con antecedentes personales de diabetes mellitus (DM) de 10 años de evolución, hipertensión arterial (HTA) e insuficiencia renal crónica estadio 3 (Aclaración de creatinina (Clcr) 52 ml / min). Realiza tratamiento con insulina NPH (20-0-15), enalapril 10 y carvedilol 25 mg. Acude a la consulta por presentar, desde 12 horas antes, debilidad marcada y parestesias en miembros inferiores; dolor en ambos costados y disnea de moderados esfuerzos. No refiere sensación distérmica ni esfuerzo físico previo; no clínica sugestiva de infección respiratoria, y tampoco presenta alteraciones digestivas ni síntomas miccionales. Refiere disminución de diuresis en las últimas horas.

En la exploración física, presenta tensión arterial 130 / 70, saturación de oxigeno 98% (FiO2 21%), afebril, eupneico, normohidratado, tonos cardíacos rítmicos a 42 lpm, murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadidos. Abdomen globuloso, sin signos de peritonismo, y las extremidades inferiores sin edemas, con signos de insuficiencia venosa crónica, sin signos de isquemia arterial. La exploración neurológica no muestra signos de focalidad neurológica, con ligera disminución de la fuerza en miembros inferiores y sensibilidad conservada, pares craneales normales; presenta reflejos osteotendinosos (ROT) disminuidos.

Pregunta 1:
- Ante las características de los síntomas, ¿en qué diagnóstico de presunción pensarías?:

· Insuficiencia venosa periférica.
· Síndrome de Guillain- Barré.
· Polineuropatía diabética.
· Trastorno electrolítico.

Pregunta 2:
- ¿Qué actitud tomarías en este caso? ¿Qué prueba complementaria crees que estaría más indicada?

· Solicitar analítica (hemograma y bioquímica completas).
· Electrocardiograma.
· Solicitar analítica y ECG.
· Radiografía de tórax.
· Atribuimos el cuadro a clínica típica de insu ficiencia venosa.

Ante la bradiarritmia presentada por el paciente, decidimos realizar ECG, cuyo resultado es el siguiente:

(Respuestas razonadas en el próximo número)
Remitir las respuestas al correo electrónico: revista@samfyc.es
o a:
Revista Medicina de Familia. Andalucía
¿Cuál es su diagnóstico?
C/ Arriola, 4 - Bajo - 18001 Granada

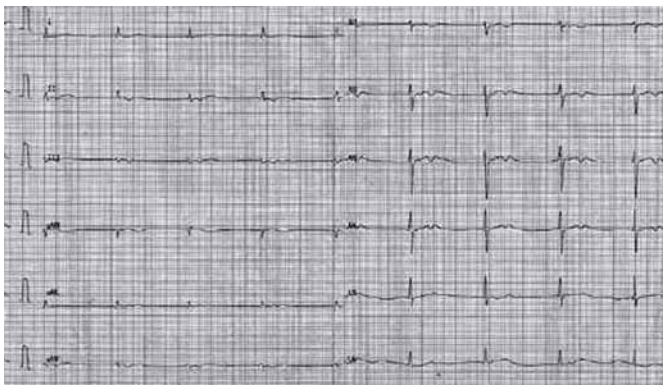


Figura 1.- Bradiarritmia. Ritmo nodal, onda P retrógrada

Comentarios a CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO (del Vol. 9, Núm. 2)

(Med fam Andal 2008; 9:128)

Respuestas razonadas

Respuesta correcta: 3.

El paciente presentaba un cuadro de **megacolon tóxico** con perforación cólica y neumoperitoneo.

El megacolon consiste en la dilatación aguda de parte o todo el colon. Se distinguen 2 variantes, el megacolon congénito o enfermedad de Hirschsprung, y el adquirido, asociado a toxicidad sistémica.

El megacolon congénito está causado por una inervación anómala del intestino, que afecta en un 75% de los casos a recto-sigma. Suele manifestarse en el período neonatal como un retraso en la eliminación de meconio, con importante distensión abdominal, y el tratamiento es quirúrgico con resección de todo el segmento agangliónico y anastomosis.

El megacolon tóxico es una complicación que puede aparecer en cualquier enfermedad inflamatoria que afecte al colon, siendo más frecuente en la colitis ulcerosa, apareciendo en el 1-10% de los casos de ésta, según las series (en aproximadamente 1/3 de los casos, durante la primera crisis), aunque también puede ser consecuencia de complicación de otras formas severas de colitis, sobre todo infecciosas e invasivas. Puede verse también, aunque menos frecuente, en la enfermedad de Crohn.

En el caso de nuestro paciente, no existían antecedentes de enfermedad inflamatoria, ni la desarrolló con posterioridad. La causa fue enterocolitis infecciosa tratada con inhibidores de la motilidad, en un paciente diabético que no había sido diagnosticado previamente.

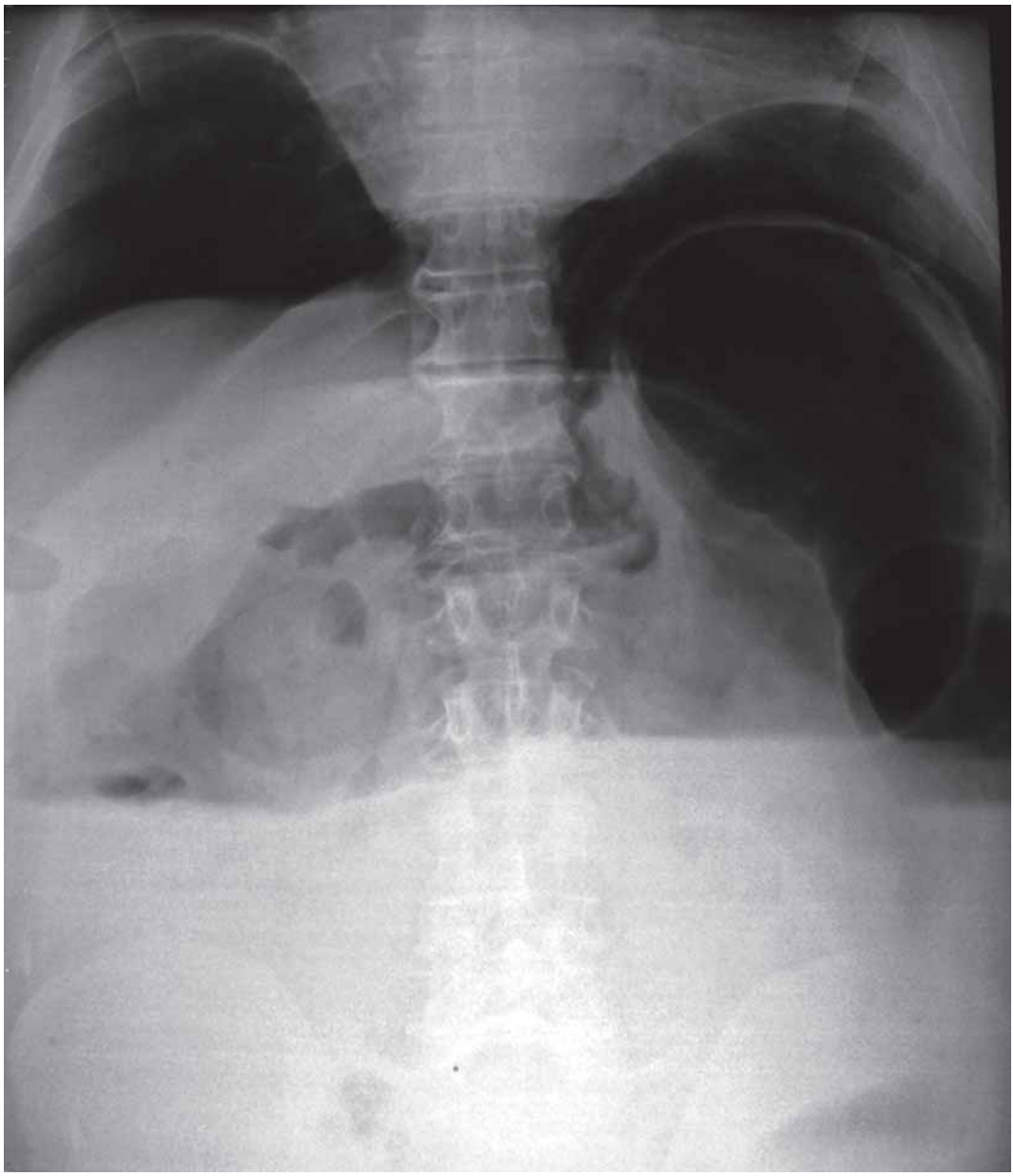
Los signos clínicos que aparecen en un cuadro de megacolon generalmente son fiebre, taquicardia, y signos de deshidratación. El abdomen es doloroso, timpánico, y distendido, con peristaltismo escaso o ausente. Entre los datos de laboratorio destacan la leucocitosis con desviación a la izquierda, la anemia y la hipoalbuminemia. El dato más significativo para el diagnóstico aparece en la radiografía simple de abdomen: dilatación del intestino grueso que afecta sobre todo al colon transverso y derecho. Se diagnostica megacolon con dilatación de más de 6 cm. en colon transverso.

En ocasiones, el cuadro se presenta bruscamente y puede no valorarse la diarrea y rectorragia previas. Aunque suele presentar diarrea sanguinolenta, el enfermo presenta una disminución de las evacuaciones debido al cese de la actividad motora del colon.

La perforación y neumoperitoneo se observan con frecuencia como complicación del megacolon tóxico. Los enemas pueden facilitar la perforación, por lo que están contraindicados en las formas graves hasta que el paciente se recupere.

El tratamiento consiste en la colectomía subtotal con ileostomía de urgencia. La mortalidad global de la perforación libre es del 50%, incluso si se opera precozmente.

En el caso de nuestro paciente, se realizó hemicolectomía derecha ampliada a transverso e ileostomía terminal. Los resultados de anatomía patológica desvelaron “pared intestinal con intenso componente inflamatorio agudo, con extensión a serosa”. El postoperatorio cursó sin problemas, y como única complicación presentó eventración magna que requirió reintervención quirúrgica con malla en un segundo tiempo.



ACTIVIDADES CIENTÍFICAS

- XIX Congreso SAMFyC
  Cádiz, 18-20 de Junio, 2009
  Secretaría técnica: ACM
  Telf.: 958 20 35 11
  www.samfyccadiz2009.com

- XXVIII Congreso semFYC Madrid'08
  Madrid, 19-22 de Noviembre, 2008.
  http://congreso2008.semfyc.gatewaysc.com/?nav_id=295

- XIII Jornadas SAMFyC para R3 de Medicina Familiar y Comunitaria
  Jaén, 5-6 de Marzo, 2009.
  Secretaría técnica: ACM
  Telf.: 958 20 35 11
  Fax: 958 20 35 50

- V Jornadas SAMFyC para Tutores de MFyC
  Málaga, 19-20 de Marzo, 2009.
  Secretaría técnica: ACM
  Telf.: 958 20 35 11
  Fax: 958 20 35 50

- Curso: II Congreso Clínico semFYC en Cardiovascular
  Las Palmas de Gran Canaria, 12-13 deFebrero, 2009.
  http://congresoclinico09.semfyc.gatewaysc.com
  Secretaría técnica: semFYC Congresos
  Telf.: 93 317 71 29
  Fax: 93 318 69 02
  Correo-e: congresos@semfyc.es

- XXIX Congreso semFYC
  Barcelona, 25-27 de Noviembre, 2009.
  http://congreso2009.semfyc.gatewaysc.com

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 veintiséis los números editados de Medicina de Familia. Andalucía.

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

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

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

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

EL CONSEJO DE REDACCIÓN

Remitir por:

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

b) Fax: 958 804202.

c) Correo electrónico: revista@samfyc.es

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

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

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

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

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

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

Y, las abreviaturas utilizadas, deben estar expresamente clarificadas.

Requisitos técnicos:

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

Utilizar letra Times New Roman 12 cpi.

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

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

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

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

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

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

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

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

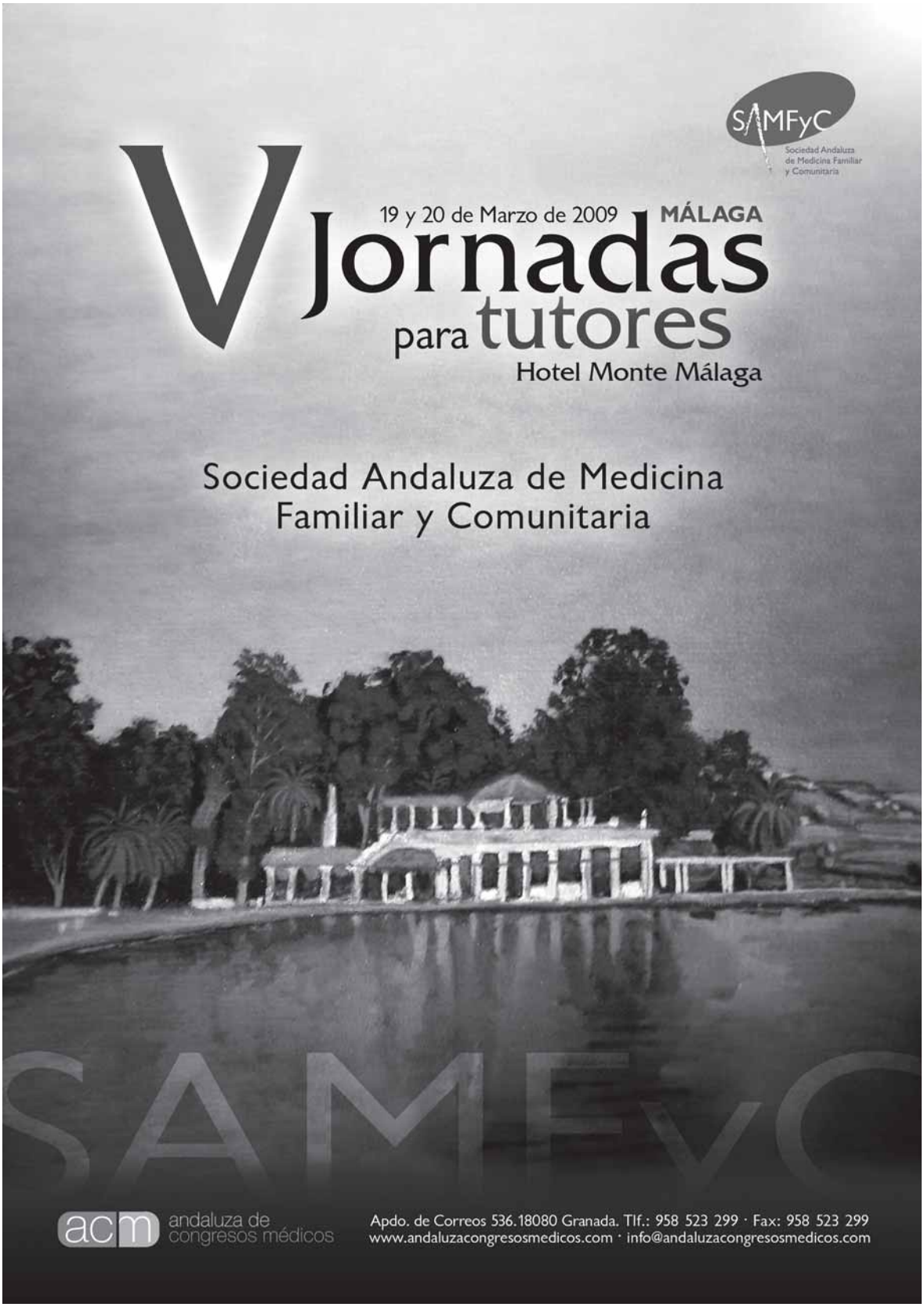
Contará con secciones fijas (aparecerán en todos los números) y secciones ocasionales, en relación con las áreas de interés de la revista, y que aparecerán en función de la oportunidad de su publicación.

Secciones de la publicación:

Secciones Fijas:
- Editorial
- Originales
- Cartas al director
- ¿Cuál es su diagnóstico?
- Publicaciones de interés
- Actividades científicas

Secciones ocasionales:
- Artículos de revisión
- A debate
- Área Docente
- El espacio del usuario.
- Sin bibliografía

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


SAMFyC
Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria
V Jornadas para tutores
19 y 20 de Marzo de 2009
MÁLAGA
Hotel Monte Málaga
Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria
SAMFyC
acm andaluza de congresos médicos
Apdo. de Correos 536.18080 Granada. Tlf.: 958 523 299 · Fax: 958 523 299
www.andaluzacongresosmedicos.com · info@andaluzacongresosmedicos.com

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

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

APELLIDOS: .....

NOMBRE: .....**NIF:** .....

DOMICILIO: .....

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

TELEFONOS: ..... **e-mail:** .....

ESPECIALISTA M.F.yC.: SI ☐ NO ☐ (Si **negativo**, indicar especialidad).....

RESIDENTE M.F.yC. : SI ☐ NO ☐ **FECHA INICIO RESIDENCIA**...../...../.....

DOCTORADO: SI ☐ NO ☐ **TEMA:** .....

LUGAR/CENTRO DE TRABAJO: .....

PROVINCIA: .....

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.

18º CONGRESO
SAMFyC
2008
GRANADA
12, 13 y 14 Junio
Palacio de Exposiciones y Congresos
SAMFyC
Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria
ESPECIAL

COMUNICACIÓN TIPO PÒSTER

Estudio TENSOCAP. Impacto de los cambios de sistemas de registro informático en un estudio observacional de seguimiento de pacientes hipertensos a diez años (1996/2006)

Vidal España F[1], Aguiar García C1, Leiva Fernández F[1], García Ruiz A[2], Barnestein Fonseca MªP[1], Carrión de la Fuente MªT[1]

[1] *Unidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria de Málaga. Distrito Sanitario Málaga*

[2] *Departamento de Farmacología y Terapéutica Clínica. Facultad de Medicina de Málaga*

Objetivos: Analizar las causas de la pérdida de datos en un estudio de cohortes, con revisión a diez años (1996 / 2006), sobre resultados en salud de pacientes con hipertensión arterial (HTA) en Atención Primaria, con motivo de los cambios introducidos en la historia de salud digital.

Diseño: Descriptivo obsevacional de cohortes.

Emplazamiento: 9 centros de salud (CS) de Málaga Capital.

Sujetos: 1195 pacientes con hipertensión. Muestreo no probabilístico.

Antecedentes: En 1996 fue evaluada una muestra de 1195 pacientes con hipertensión pertenecientes al programa de crónicos, subprograma hipertensión, de 9 centros de Salud de la provincia de Málaga y los profesionales médicos que los atendían. El estudio TENSOCAP pretendía reevaluar a dichos pacientes y médicos con el objetivo de analizar los resultados en salud de una cohorte de pacientes con HTA seguidos en condiciones reales de práctica clínica durante 10 años en Atención Primaria.

Procedimiento de triangulación de bases de datos: Para el desarrollo del presente proyecto, era necesario realizar una compleja labor de triangulación de bases de datos que contenían información relativa a la localización de las historias clínicas de los sujetos incluidos en el estudio durante 1996. Los datos de que disponíamos de los pacientes, por razones de confidencialidad eran: el nº de Historia Clínica (HC), la edad, y el sexo. El algoritmo del proceso de localización, incluía una primera búsqueda en los registros informáticos TASS de los pacientes en 1996, 1997 y 1998, tarea que fue realizada por el Distrito Sanitario correspondiente. Con los listados que nos facilitaron, nuestro equipo investigador, fue haciendo la búsqueda y seguimiento de los sujetos del estudio en las bases de datos TASS, desde el año 1999 hasta 2004, y en el programa Diraya a partir del 2005.

Resultados principales:

5 CS sin posibilidad de acceso a datos de pacientes (730 sujetos, 61.09%), ninguno de los números de identificación era reconocido por el sistema informático.

Detallamos a continuación (**Tabla 1**), los datos de pérdidas debidas a problemas con los registros informáticos en los 4 centros de salud de los que se pudo obtener datos.

En la **Tabla 2** se presentan de forma detallada, los diferentes tipos de errores causantes de pérdidas relacionados con problemas de registro informático.

Como resultado final, en **1996** teníamos **1195** historias clínicas de pacientes, y tras dos cambios de registro informático (TASS y Diraya), diez años después, en **2006**, sólo pudimos obtener los datos de **187** pacientes (15,64%)

Conclusiones: Los cambios de sistemas de registro informático en nuestro medio han producido importantes dificultades para localizar la información necesaria para realizar proyectos de investigación desde Atención Primaria, imposibilitando el seguimiento de pacientes tras largos períodos de control clínico habitual.

Palabras clave: Cohorts Studies. Hypertension. Information Systems

Tabla 1

	Pacientes incluidos 1996	Pacientes incluidos 2006	% Pérdidas defectos de registro
CS1	126	34	73,01%
CS2	127	75	40,94%
CS3	109	41	62,38%
CS4	103	37	64,17%

Tabla 2

	% E-1	% E-2	% E-3	% E-4	% E-5
CS1	50,79	16,66	3,96	1,58	0
CS2	3,93	12,59	7,08	17,32	0
CS3	0,91	15,59	37,61	5,5	2,75
CS4	5,82	17,47	34,95	4,85	0,97

Error 1 (E-1)- No tener Hª clínica abierta en el centro salud.
Error 2 (E-2)- No correspondencia en edad o sexo con el paciente identificado
Error 3 (E-3)- Inexistencia de datos del paciente.
Error 4 (E-4)- Sin domicilio en Hª clínica.
Error 5 (E-5)- Sujeto identificado no padece HTA.

COMUNICACIÓN TIPO PÒSTER

Determinación de los niveles de colesterol en pacientes con cardiopatía isquémica (CI). Papel del médico de familia en su control

Rodríguez González MJ, Benítez Rodríguez E, García González L, Oneto Otero J, Lorenzo Peñuelas A

Distrito Sanitario Cádiz Bahía-La Janda. Hospital Universitario de Puerto Real

Objetivos: Analizar los niveles basales y de seguimiento de colesterol en pacientes diagnosticados de Cardiopatía Isquémica (CI) y sometidos a ACTP / Stent que evolucionaron desfavorablemente y en aquellos que tuvieron buena evolución.

Metodología: Estudio observacional prospectivo de pacientes con CI (síndrome coronario agudo con elevación de ST- SCACEST y sin elevación del ST- SCASEST) diagnosticados con cateterismo, sometidos a tratamiento de revascularización y seguidos durante un periodo de tres años, con revisiones clínicas y determinaciones analíticas en el momento del evento, al mes, a los 3 y 6 meses y tras aparición de un nuevo evento cardiovascular. Se midió el colesterol total y las fracciones c-HDL y c-LDL. Se definió como buena evolución clínica cuando el paciente permaneció asintomático, y mala si presentó algún evento cardiovascular (muerte cardiovascular, IAM no fatal, revascularización-reestenosis, y nuevas lesiones). También se tuvieron en cuenta las variables edad, sexo, tipo de tratamiento para la hiperlipemia. Se ha realizado un análisis de medidas repetidas para un factor (ANOVA de medidas repetidas) y para dos factores.

Resultados: Se estudiaron 96 pacientes. La edad media fue de 62 años (DE 11 años), siendo el 74% varones. Entre los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) destacan el tabaquismo (65%), la hipercolesterolemia (57%), la diabetes mellitus (DM) (54%) y la hipertensión arterial (48%).16 pacientes (16,7%) presentaron mala evolución clínica, de ellos 10 (62,5%) requirieron nueva revascularización. Los valores lipídicos en los pacientes con buena evolución muestran una disminución no significativa en el colesterol total y c-LDL, aunque si más marcada entre el 3º y 6º mes. Para la c-HDL observamos un aumento significativo ($p<0,001$). En el caso de los pacientes con mala evolución se aprecia el mismo patrón para las distintas fracciones del colesterol. En el subgrupo que presentó reestenosis, observamos un muy ligero incremento no significativo en las cifras de colesterol total y c-LDL, y un descenso significativo ($p<0,05$) en las cifras de c-HDL.

Conclusiones: El perfil del paciente con CI es de un varón de 62 años. Los factores de riesgos predominantes son el tabaco, hipercolesterolemia, diabetes e hipertensión. Entre los pacientes que evolucionaron mal más de la mitad necesitaron nueva revascularizacion por reestenosis. Aquellos que tuvieron buena evolución presentaron disminución de los niveles de colesterol total y c-LDL y un aumento significativo de los niveles de c-HDL. Ocurriendo lo contrario en el grupo de pacientes que necesitaron revascularización por reestenosis.

Destacamos el importante papel de los FRCV, en este caso del colesterol en la evolución del paciente con CI, como herramienta del Médico de Familia.

COMUNICACIÓN TIPO PÒSTER

Disnea como motivo de consulta en urgencias extrahospitalaria

Rodríguez González MJ, García González FJ, Vallejo Montero S, Benítez Rodríguez E, García González L, Sagarra Lozano AM

Distrito Sanitario Cádiz-Bahía La Janda

Objetivos: Describir los pacientes atendidos por el dispositivo móvil de apoyo de un distrito de atención primaria por disnea. Determinar las patologías que son causa más frecuente de consulta por este cuadro clínico.

Metodología: Estudio transversal durante el periodo temporal comprendido entre enero y diciembre de 2007. A través de las historias clínicas se recogieron las variables edad, sexo, diagnóstico de la disnea, tratamiento administrado y derivación realizada (casa, centro de salud y hospital), hora de llamada.

Resultados: Se atendieron 242 pacientes de los cuales un 54,1% eran hombres con una edad media de 70,42 años (DE 16,35). El diagnóstico principal causante de disnea fue EPOC (44,2%), seguido del edema agudo de pulmón (15,7%), Cardiopatía (5%, de estos un 27,8% presentaban alteraciones electrográficas). Un 38% de los episodios ocurrieron durante los meses de invierno, fundamentalmente durante la noche y la mañana (72%). En el 89,3% se comenzó el tratamiento en el propio servicio siendo el 67,7% derivado al hospital.

Conclusiones: El paciente atendido por disnea por el dispositivo de urgencias se corresponde con una persona mayor, varón, con reagudización de patología crónica (EPOC), y de predominio en los meses de invierno.

COMUNICACIÓN ORAL

Enfermedad arterial periférica según índice tobillo-brazo en atención primaria

Simón Padilla OJ[1], Romero Aguilar JF[2]

[1]*Centro de Salud de Carranque*
[2]*Centro de Salud de Puerta Blanca*

TITULO: enfermedad arterial periférica según índice tobillo-brazo en atención primaria

OBJETIVOS: Determinar prevalencia de EAP en pacientes diabéticos o con RCV moderado-alto atendidos en las consultas de Atención Primaria (AP) de dos CS y, secundariamente determinar prevalencia de Síndrome Metabólico entre los pacientes diabéticos y **d**eterminar relación entre EAP / factores RCV y manifestaciones de lesión orgánica subclínica.

MATERIAL Y METODOS: Estudio multi-céntrico, descriptivo, sin intervención terapéutica, realizado en el ámbito de AP.

Realizaremos una anamnesis y exploración física, ECG y analítica (glucosa, colesterol total, HDL-c, LDL-c, triglicéridos, ácido úrico, creatinina, filtrado glomerular estimado, microalbuminuria, HbA1c). Consideraremos datos válidos los obtenidos en los últimos 6 meses, realizados en entrevista clínica o recogidos de historias en DIRAYA.

· ***Criterios Inclusión:*** Varones y mujeres > 50 años con uno de los siguientes criterios (DM tipo 2, riesgo mortalidad cardiovascular moderado o alto, sin enfermedad cardiovascular conocida previamente (coronaria, cerebrovascular, periférica) y consentimiento informado).

· ***Criterios Exclusión:*** Esperanza de vida < 6 meses, deterioro cognitivo o físico avanzados.

· ***Variables:*** Edad, Sexo, Presencia / ausencia de DM2, HTA y grado según SEH, hipercolesterinemia, HVI, tabaquismo, sedentarismo, macro / microalbuminuria y obesidad central, Tratamiento hipolipemiante, antihipertensivo, antiagregante e hipoglucemiante., Clínica de claudicación intermitente vascular, Valor ITB (Índice Tobillo-Brazo).

· **Análisis estadístico** será descriptivo para las variables incluidas, siendo la variable principal el resultado del ITB. Exploraremos la existencia de asociaciones entre variables, mediante análisis divariados (aplicando *Sperman o Pearson*). Para controlar la existencia de posibles factores de confusión se realizará un análisis de regresión logística múltiple. Utilizaremos para esto el programa SPSS.

Nuestro tamaño muestral estimado ajustando pérdidas es de 339 pacientes. Emplearemos como técnica el *muestreo aleatorio simple* y una *tabla de números aleatorios*.

ASPECTOS ETICO-LEGALES: Se ajustará a los principios de la Declaración de Helsinki, las normas de buena práctica clínica y a la ley de autonomía del paciente 41 / 2002 de 14 de Noviembre. Todo el personal investigador cumplirá las normas de confidencialidad y el deber de secre-

to, previa autorización al CEI de DS Málaga para poder acceder a las historias clínicas, y la aprobación del proyecto.

APLICABILIDAD: Las guías de práctica clínica sobre prevención cardiovascular recomiendan la estimación del riesgo global individual como herramienta básica para realizar una intervención eficiente. El poder predictivo de las tablas de riesgo no es bueno, porque muchos sujetos que desarrollan eventos cardiovasculares no estaban etiquetados como alto riesgo. Se ha intentado estimar el riesgo mediante la detección directa de la arteriosclerosis con pruebas de imagen, (RMN, TC de haz de electrones, tomografía helicoidal o eco-Doppler de troncos supra aórticos), presentando limitaciones, escasa accesibilidad, elevado coste y disponer de personal especializado, siendo irrealizables en AP. Proponemos el ITB para una lesión estenótica >= 50% del vaso, cuando su valor es <= 0,90. Su VPP es ~ 100% y su VPN es del 98-99%. Es una prueba sencilla, barata y reproducible, realizable en nuestra consulta, con gran utilidad para el diagnóstico de EAP y la detección de sujetos con alto RCV.

PLAN DE TRABAJO: ***De Junio a Octubre de 2008:*** Discusión sobre el tema del trabajo, Recogida de bibliografía lo más actual posible y que se iría completando a lo largo del estudio, Lectura de artículos relacionados; ***De Octubre a Noviembre de 2008*:** Reunión del grupo de trabajo para planificar la estrategia a seguir, el tipo de estudio a realizar y elaborar la pregunta de investigación, Construcción de hipótesis y objetivos del estudio*;* ***De Noviembre a Enero de 2009*:** Elaboración y redacción por escrito del proyecto de investigación, Definición de tipos de variables, criterios de inclusión y exclusión, cálculo del tamaño muestral, Selección del material necesario para el estudio; ***De Abril 2009 a Julio de 2010:*** Selección de los pacientes a incluir en el proyecto, Recogida de datos y medición del ITB; ***De Agosto a Octubre de 2010:*** Análisis de los resultados obtenidos mediante el programa SPSS.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Adecuación del uso de absorbentes en la población mayor de 60 años de una zona básica de salud

Gallo Vallejo FJ, Quel Collado MT, Carrión Maroto P, Mourelle Vázquez L, Contreras Ruiz I, Palomares Ojeda L

Centro de Salud Universitario Zaidín-Sur. Granada

OBJETIVOS:

General: conocer la adecuación de la prescripción de absorbentes en la población mayor de 60 años diagnosticada de incontinencia urinaria en una zona básica de salud.

Específicos: 1. Determinar tipo de incontinencia diagnosticada previamente a la indicación de absorbentes; 2. Determinar los profesionales que inicialmente los indican; 3. Determinar los fármacos que se están empleando y 4. Estimar el coste que ocasionan.

MATERIAL Y MÉTODOS:

1. Tipo de estudio: Observacional, descriptivo y transversal.

2. Ambito del estudio: Atención Primaria, zona básica de salud.

3. Sujetos: Pacientes diagnosticados de incontinencia urinaria que cumplan los siguientes **criterios de inclusión**: edad de 60 años o superior, que estén usando absorbentes en cualquiera de sus modalidades, que figuren en el listado del Distrito par visado y que tengan su médico entre los facultativos adscritos a su zona básica. **Criterios de exclusión**: edad menor de 60 años, con médico fuera de la zona básica y que presenten deterioro cognitivo importante que les impida colaborar en el estudio. **Muestreo:** De la población de estudio se calculará una muestra aleatoria, que se estima en 504 pacientes, tras aplicar la fórmula correspondiente.

4. Variables.

Dependiente: adecuación del uso de absorbentes en la población con incontinencia urinaria, de acuerdo a las pautas de uso adecuado recogidas en las Guías validadas del ámbito de atención primaria.

Independientes: agrupadas en tres categorías: socio-demográficas (edad, sexo, convivencia), clínicas (tipo de incontinencia, enfermedades concomitantes, intervención quirúrgica, estudio urodinámico, medicamentos, capacidad funcional, salud percibida, estado cognitivo y tipo de absorbentes) y relativas a los prescriptores (profesional).

5. Mediciones e intervenciones: Se recogerán los datos mediante entrevista dirigida a los pacientes, bien en consulta del centro o mediante visita domiciliaria programada, recabando todos aquellos datos relacionados con las variables independientes.

6. Análisis estadístico: análisis descriptivo, con cálculo de medias y desviaciones estándar, así como valores mínimos y máximos para las variables continuas y distribución de frecuencias para las categóricas; test estadístico de chi cuadrado para la comparación de proporciones y variables cualitativas y test de la t de Student, para la comparación de las medias. Análisis multivariante (modelo de regresión logística múltiple) para valorar asociación en-

tre la variable dependiente y las independientes.

7. Limitaciones: en lo relativo a la búsqueda de datos en la historia clínica informatizada y al subregistro de los mismos por los profesionales, necesidad de encuestadores a domicilio.

8. Aplicabilidad: los resultados previsibles del estudio pueden llegar a demostrar una sobreprescripción importante de absorbentes, así como infrautilización de otros recursos terapéuticos que han demostrado su utilidad en este tipo de pacientes y permitirá, a medio-largo plazo, un mejor enfoque diagnóstico-terapéutico del problema y una previsible reducción del gasto.

9. Aspectos ético-legales: sin implicación, dado que no se trata de un estudio de intervención. Se solicitará autorización a los pacientes o representantes.