

riesgo de exposición a cancerígenos en el trabajo, y poder obtener información para futuras intervenciones en la prevención del cáncer de causa laboral.

Contribuciones de autoría

Todos los autores han participado en la concepción y el diseño del trabajo, en la interpretación de los datos, en la escritura de la carta y en su revisión crítica con contribuciones intelectuales. Todos los autores han aprobado la versión final para su publicación.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

A todos los profesionales de los servicios de prevención ajenos de la provincia de Salamanca, que han colaborado en este estudio.

Bibliografía

1. Kogevinas M, Rudolf VH, Fernández F, et al. Carex-Esp: sistema de información sobre exposición ocupacional a cancerígenos en España en el año 2004. Barcelona. 2006. (Consultado el 30/12/2013.) Disponible en: <http://www.istas.ccoo.es/descargas/InformeCarex.pdf>

2. IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. International Agency for Research in Cancer monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans and their supplements: a complete list. IARC Monogr Eval Carcinog Risks Hum. Lyon, France. 1972-2005;1-88. (Consultado el 2/1/2014.) Disponible en: <http://monographs.iarc.fr/ENG/Classification/index.php>
3. Zahm S, Blair A. Occupational cancer among women: where have we been and where are we going? *American Journal of Industrial Medicine*. 2003;44:565-75.
4. González Gómez MF. Salud laboral y género: apuntes para la incorporación de la perspectiva de género en el ámbito de la prevención de riesgos laborales. (Consultado el 8/1/2014.). *Med Segur Trab*. 2011;57:89-114. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci.arttext&pid=S0465546X2011000500007&lng=es&nrm=iso>
5. Foriasteri V. Women workers and gender issues on occupational safety and health. Geneva: International Labour Office; 2004. p. 15.

Jesús González Sánchez^{a,*}, María C. Patino Alonso^b, Feliciano Sánchez Domínguez^c y Manuel A. Gómez Marcos^c

^a MC SPA Sociedad de Prevención, Salamanca, España

^b Departamento de Estadística, Facultad de Medicina, Universidad de Salamanca, Salamanca, España

^c Departamento de Medicina Interna, Facultad de Medicina, Universidad de Salamanca, Salamanca, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jgonzalezsa@mc-prevencion.com

(J. González Sánchez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.04.002>

Programa de agudeza visual y desviación de raquis en escolares: ¿merece la pena?



School vision and scoliosis screening programs: are they worth it?

Sra. directora:

Después de la revisión de las evidencias y recomendaciones sobre el cribado de la agudeza visual y la desviación del raquis en escolares, se constatan una falta de acuerdo entre expertos e insuficiencias de conocimiento. El objeto de esta carta es describir las recomendaciones actuales sobre el cribado visual y del raquis en edad escolar y aportar información útil para la toma de decisiones.

En Andalucía, hasta el año 2005 estas exploraciones se realizaban a los escolares de 6, 11 y 14 años. Actualmente el cribado se delimita a la edad de 6 y 7 años. No hemos hallado estudios publicados que analicen la efectividad de estos cribados en nuestra Comunidad, si bien nos consta que actualmente se están llevando a cabo.

El objetivo primordial del cribado visual es la detección precoz de la ambliopía y los factores ambliogénicos (estrabismo, anisotropía y otros defectos de refracción graves) (tabla 1)¹. Es destacable que la mayoría de los casos de miopía aparecen a partir de los 6 años, y que los resultados del tratamiento del estrabismo (causa más frecuente de ambliopía) son satisfactorios antes de los 6 años, pero pobres después de esa edad. La hipermetropía sólo precisa corrección si es clínica^{1,2}.

En Granada, el porcentaje de alteraciones visuales nuevas detectadas mediante el cribado visual a los 6-7 años de edad ha sido del 9,1% (intervalo de confianza del 95% [IC95%]: 8,7-9,5), y el de alteraciones conocidas del 4,4% (IC95%: 4,1-4,7), en los cursos académicos comprendidos entre 2004-2005 y 2011-2012.

La mayoría de las sociedades recomiendan el cribado visual, sin que haya evidencia suficiente que lo justifique. De otro lado, pese a que se ha descrito que puede haber falsos positivos (30% o más)^{2,3}, no hay datos sobre daños por sobrediagnóstico, de modo que tampoco hay evidencia para suprimirlo.

En el cribado de desviación del raquis se explora fundamentalmente la escoliosis idiopática (tabla 1). La prevalencia de escoliosis es mayor en las niñas y aumenta con la edad, siendo del 0,5-5% en la edad infantil, del 7-10,5% en la juvenil y del 89% en la adolescencia^{4,5}.

El porcentaje de alteraciones de raquis detectadas mediante cribado a los 6-7 años de edad en Granada ha sido del 4,6% (IC95%: 4,3-4,8), con confirmación del diagnóstico de escoliosis en el 15,7%, en los cursos académicos comprendidos entre 2004-2005 y 2011-2012.

Tabla 1

Resumen de procedimientos y materiales necesarios para los cribados de la agudeza visual y de la desviación del raquis

Cribado	Edad	Procedimiento
Agudeza visual	6, 11 y 14 años	<ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes familiares y personales • Preguntas y observación del comportamiento visual • Exploración externa • Motilidad ocular • Pupilas • Reflejo rojo • Reflejo corneal a la luz • Prueba de oclusión unilateral (cubrir y descubrir) • Test de visión estereoscópica • Agudeza visual de cada ojo por separado
Desviación del raquis	6, 11 y 14 años	<ul style="list-style-type: none"> • Mirar la columna durante los brotes de crecimiento, especialmente a los 9-13 años • Exploración clínica • Test de Adams • Radiografía si procede

En nuestro ámbito, en los controles del niño sano la exploración de la desviación del raquis se realiza periódicamente hasta finalizar el crecimiento.

Para concluir, aunque el cribado visual no parece rentable después de la edad en que puede producirse ambliopía y el cribado de raquis debería trasladarse a la adolescencia (10-11 años), nuestros resultados reflejan una detección de anomalías no despreciable en ambos cribados. Pensamos, como otros autores, que estos programas permiten aumentar la captación de personas que viven en zonas de bajo acceso a los servicios sanitarios. No obstante, son necesarios estudios que aclaren cuál es la edad más idónea para realizarlos.

Contribuciones de autoría

Todos los autores han contribuido de manera relevante en la escritura y la revisión crítica del manuscrito, y han dado su aprobación a la versión final de la carta para su publicación.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Delgado Domínguez JJ. Detección de trastornos visuales. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2006;8(Supl 2):93-112.
2. Cartera de Servicios de Atención Primaria. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Salud, Servicio Andaluz de Salud; 2008.
3. Powell C, Wedner S, Hatt SR. Vision screening for correctable visual acuity deficits in school-age children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005; CD005023.
4. Álvarez García de Quesada LI, Núñez Giralda A. Escoliosis idiopática. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2011;13:135-46.
5. Fong DY, Lee CF, Cheung KM, et al. A meta-analysis of the clinical effectiveness of school scoliosis screening. *Spine*. 2010;35:1061-71.

María José Molina Rueda^{a,*}, María Ángeles Onieva García^a, Emilio Gámiz Sánchez^b y Begoña López Hernández^b

^a Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública, Unidad de Gestión Clínica de Medicina Preventiva, Vigilancia y Promoción de la Salud, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España

^b Unidad de Epidemiología, Unidad de Gestión Clínica de Medicina Preventiva, Vigilancia y Promoción de la Salud, Distrito Granada Metropolitano, Granada, España

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: mjmrueda@gmail.com (M.J. Molina Rueda).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.03.002>

«Salut al Cor»: iniciativa de educación para el autocuidado en pacientes con riesgo cardiovascular



«Salut al Cor»: a self-management initiative for patients at high cardiovascular risk

Sra. Directora:

El trabajo de Nuño-Solinis et al.¹ describe de forma precisa las iniciativas de educación para el autocuidado más remarcables en España en estos momentos. A pesar de la exhaustividad del estudio, creemos que nuestra experiencia en el tema con el programa «Salut al Cor» también debería tenerse en cuenta.

«Salut al Cor» nace en 2006 en Sant Cugat del Vallès, fruto de la iniciativa de un grupo de profesionales de atención primaria. Basándose en el «paciente experto» de Stanford, se planteó iniciar un programa para fomentar el autocuidado en pacientes crónicos con factores de riesgo cardiovascular. Sin embargo, la iniciativa pretendía ir más allá y no quedarse únicamente en un aula de formación. Por ello, se creó una página *web* para el seguimiento posterior de estos pacientes y se crearon estrategias y actividades comunitarias que diesen continuidad al programa.

En la fase piloto fueron enfermeras de atención primaria quienes formaron a las primeras promociones de pacientes. Posteriormente, se escogió a aquellos pacientes más implicados y se les ofreció un curso de formación, no sólo sobre aspectos clínicos de la enfermedad sino también sobre cómo comunicar de forma efectiva. En la evaluación de esta primera fase piloto se evidenció una disminución de las visitas a los médicos de familia, una alta satisfacción de los pacientes y unas buenas calificaciones en los tests de conocimientos².

Con el tiempo, la página *web* ha evolucionado a un grupo de Facebook (<https://m.facebook.com/groups/179559272125724?ref=bookmark>) y una cuenta de Twitter (@salutalcor), donde son los propios pacientes quienes proponen temas de debate y actividades para compartir. Además, los pacientes se incorporan a una plataforma de telemedicina (llamada *Aprop*), donde pueden comunicarse y enviar datos clínicos a sus profesionales de atención primaria de referencia.

El formato del curso es de ocho sesiones de 2,5 horas de duración que imparten los «pacientes-tutores», con un temario que incluye riesgo cardiovascular, actividad física, dieta saludable, hipertensión arterial, diabetes mellitus, hábitos tóxicos, grasas y colesterol, sobrepeso y obesidad, y cumplimiento terapéutico. También se forma a los pacientes en el uso de la plataforma de telemedicina.

En estos momentos hay más de 500 pacientes formados, tiene más de 220 miembros en Facebook y alrededor de 100 en Twitter. Además, el programa ya está implantado en Sant Cugat del Vallès, Rubí, Olesa de Montserrat y algunas zonas de Terrassa.

El proyecto fue presentado en el XXII Congreso de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària en 2010, y en la jornada del Pla de Salut de Catalunya en 2012, y fue galardonado en segunda posición en el XVIII Premi d'Infermeria de Mútua Terrassa en 2012.

El paciente del siglo XXI, cada vez más, va a demandar proyectos que le permitan gestionar de forma autónoma su enfermedad. La integración en las redes sociales será también una herramienta que permitirá compartir las dudas y los progresos realizados. Es por esto que iniciativas basadas en el paciente experto, como «Salut al Cor», tendrán cada vez más importancia en el futuro de nuestros sistemas sanitarios.

Contribuciones de autoría

M.D. Ruiz ha concebido, diseñado y escrito la primera versión del texto. D. Pañart, A. Mercadal y R. Madrdejós lo han revisado

Véase contenido relacionado en DOI:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.01.008>