



Redacción: Borja García de Bikuña Landa y José Antonio Barbero González



Miembro de:

**SESPAS**

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA  
Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA

## SUMARIO

Entrega de las VII Becas REAP  
Resumen de los proyectos de investigación  
ganadores de las VII Becas  
Convocatoria de las VIII Becas REAP

Patrono  
Fundador de:



## Nuevo Presidente de la REAP Luís Miguel García Olmos

Raimundo Pastor Sánchez • Secretario de la REAP



Durante la última Asamblea General de la Red Española de Atención Primaria celebrada en Zaragoza tuvo lugar, según orden del día, la renovación parcial de la Junta Directiva. Aceptándose por mayoría absoluta la candidatura presentada por D. Luis Miguel García Olmos.

El nuevo Presidente de la REAP es Doctor en Medicina y Cirugía, y es Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, con años de experiencia tanto como clínico, en centros de salud, como en trabajos de investigación y de formación.

Luis Miguel García Olmos actualmente es el Coordinador de docencia e investigación del Área 2 de Madrid. Además, es Diplomado en Metodología de Investigación Clínica; Vocal de los Comités de Ética e Investigación Clínica (CEIC) de los hospitales de la Princesa y del Niño Jesús, de Madrid y del CEIC Regional de la Comunidad de Madrid; y es autor de más de 40 artículos publicados en revistas nacionales y extranjeras, y más de 20 comunicaciones y ponencias a congresos nacionales e internacionales.

Sustituye en el cargo a D. Luis Palomo Cobos, que durante ocho años ha dejado su impronta personal y profesional en forma de numerosos artículos, libros, ponencias y actividades en nombre de la REAP. Ha sido un placer y un orgullo tenerlo como Presidente, y seguirá colaborando activamente como miembro del Comité de Investigación de la REAP. En nombre de la Junta Directiva y de todos los compañeros de la Red le expresamos nuestro agradecimiento y afecto.



# Acto de entrega de las VII Becas REAP para la investigación en atención primaria

Raimundo Pastor Sánchez • Secretario de la REAP

El sábado 3 de junio de 2006, a las 13:00 horas, tuvo lugar en el salón de actos del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Zaragoza el acto de entrega de las VII Becas durante las XI Jornadas Científicas de la REAP, celebradas en Zaragoza los días 2 y 3 de junio.

Las comisiones evaluadoras (técnica, científica, institucional y ética) de las VII Becas REAP, tras estudiar los 68 proyectos de investigación presentados, decidieron conceder ayuda económica a los estudios científicos titulados:

- “Círculos de calidad en la prevención secundaria de la cardiopatía isquémica en el medio rural” presentado por el equipo de médicos y estadístico compuesto por D. José María Turón Alcaine (investigador principal), D. José Antonio Casanovas Lenguas, D. Carlos Almendro Padilla, Doña Eva María Andrés Esteban, Doña Monserrat León Latre y D. Jesús Magdalena Belío.
- “Validez de un desayuno estándar en el diagnóstico de la Diabetes gestacional: ensayo clínico controlado”,

presentado por el equipo de médicos y enfermeros compuesto por Dña. Isabel Fernández Fernández (investigadora principal), Dña. Ana Rufo Romero, Dña. Lucía Morón Morón, Dña. Beatriz Pascual de la Pisa, D. Joaquín Mateo Cañas, y Dña. M<sup>a</sup> Yara Prieto Carpintero.

En la fotografía aparecen (de izquierda a derecha): D. Francisco Abal Ferrer (Coordinador de las Becas REAP), Doña Rosa Magallón Botaya (médico de familia en Zaragoza) D. Manuel Martín (Director General de la Fundación AstraZeneca), D. José María Turón Alcaine (médico de familia en Andorra, Teruel) y D. Luis Palomo Cobos (Presidente de la REAP).

En el mismo acto se convocaron las VIII Becas REAP para investigación en atención primaria, cuyo plazo de presentación de proyectos se cerró el 16 de diciembre de 2006 y a la que han podido acceder los licenciados en medicina y cirugía o en farmacia, y los diplomados en enfermería que cumplan los requisitos establecidos en las bases de la convocatoria.



# Validez de un desayuno estándar en el diagnóstico de la diabetes gestacional: ensayo clínico controlado

Fernández I, Rufo A, Morón L, Pascual B, Mateo J, Prieto MY, Magallón R.



La definición actual de la diabetes gestacional como “aquella intolerancia hidrocarbonada de intensidad variable que comienza o se diagnostica por vez primera en la gestación actual” fue propuesta por el National Diabetes Data Group (NDDG) en 1979.

La prevalencia de diabetes gestacional (DG) es muy variable, reflejando generalmente el modelo subyacente de diabetes tipo 2 en cada población particular. Se detecta en el 4 % de todos los embarazos de Estados Unidos, variando las cifras de 0,6% a 15% según las razas y lugares del mundo.

Aunque hay consenso general en que la prevalencia está aumentando globalmente, existe gran controversia en cuanto a la importancia clínica de la diabetes gestacional y la magnitud de su impacto sobre la madre y el recién nacido. La falta de protocolos uniformes para la detección y diagnóstico de la DG ha dificultado encontrar una respuesta.

Hoy en día lo más extendido es el estudio diagnóstico en dos pasos recomendado por la American Diabetes Association, con un test de cribado con 50 g de glucosa y si es positivo un test diagnóstico con una sobrecarga oral (SOG) de 100g. En la 4ª Conferencia Internacional sobre DG se admiten tanto los 75 como los 100 g, aunque advierten sobre la arbitrariedad del test de 75 gramos, por no estar validado para el embarazo.

La sobrecarga de glucosa no es fisiológica, es poco reproducible, y con frecuencia es mal tolerada por la mujer embarazada. La determinación de la glucemia en las 1-3 horas después de una comida estándar puede ser una alternativa válida y mejor aceptada. Estudios previos

del grupo de investigación ya han mostrado la validez de un desayuno estándar en el primer paso (cribado) del estudio de la diabetes gestacional. Con este estudio tratamos de demostrar la validez en el segundo paso (diagnóstico).

## Objetivos:

Analizar la validez de criterio de un desayuno estandarizado para el diagnóstico de Diabetes Gestacional en mujeres embarazadas, tras asignación aleatoria a dos grupos, de intervención (test de desayuno) y control (test de Sobrecarga oral de 100gramos), comparar los resultados perinatales y tipo de parto. Como objetivos secundarios se valorará la evolución materna a diabetes a las 12 semanas postparto y se realizará un análisis de coste-efectividad.

## Material y método:

**Diseño:** Ensayo clínico controlado multicéntrico.

**Ámbito del estudio:** Atención Primaria de salud. Sujetos: Estudiaremos 1712 mujeres embarazadas, entre las 24 y 28 semanas de gestación, que se asignarán por bloques aleatorios a cada uno de los grupos de estudio (test del desayuno y test de SOG.-100g). Se consideraran criterios de exclusión: estar diagnosticada previamente de diabetes mellitus, embarazo de alto riesgo por un motivo distinto al diagnóstico de DG en el momento de la aleatorización, mala tolerancia a la SOG o a cualquiera de los componentes del desayuno, y rechazo de la mujer a participar.

**Mediciones:** Asignación aleatoria a test de desayuno estándar (711 Kcal, 98 g hidratos de carbono, 29 g de grasa, 15 g de proteínas y 3 g de fibra) tomado en 15 minutos a las 24-28 semanas de gestación o test de SOG-100 g con determinaciones de glucemia en plasma venoso en los tiempos 0, 1, 2 y 3 h. El tratamiento de la Diabetes Gestacional se realizará en función de los resultados del test correspondiente.

En todas las mujeres se realizará un seguimiento protocolizado del embarazo, según los programas de embarazo de cada centro. Con relación al estudio se recogerán datos de números de visitas realizadas por médicos y matronas, especificando las realizadas en Atención Primaria y en Atención Especializada (niveles secundario y terciario), el número de ecografías realizadas, las amniocentesis en su caso, las pruebas de monitorización fetal, los ingresos hospitalarios, el tipo y características del parto, y los cuidados neonatales precisos. En todas las mujeres se realizará una valoración en postparto para reclasificación, con sobrecarga oral de 75 gramos de

glucosa y determinación de glucemia basal y a las 2 horas en plasma venoso.

Estudio de costes directos de ambas estrategias de diagnóstico: INPUT (costos del test, costes del manejo terapéutico de la diabetes gestacional tras el diagnóstico...) y OUTPUT (costos de hospitalización, tipo de parto, cuidados intensivos del recién nacido...).

**Recogida de datos:** En todas las mujeres se recogerán los resultados en la hoja de registro diseñada para tal fin. La información será recogida de forma directa mediante entrevista estructurada e indirecta de los informes analíticos y de alta hospitalaria e historia clínica informatizada del programa de embarazo. La información será registrada en una de base de datos en Access 97.

#### Procesamiento estadístico:

- Comparación de proporciones de problemas en la gestación (incidencia de HTA, preeclampsia - eclampsia, polihidramnios) o en el parto (espontáneo, inducido o cesárea): test de la ji al cuadrado
- Comparación de proporciones de problemas en el recién nacido (malformación mayor, macrosomía, muerte): test de la ji al cuadrado.
- Comparación de proporción de mujeres con diabetes en postparto: test de la ji al cuadrado.
- Análisis de coste efectividad:
  - Costos INPUT por embarazada para estudio desayuno - Costos INPUT por embarazada para SOG - I00
  - Costos OUTCOME por embarazada para estudio desayuno - Costos OUTCOME por embarazada para SOG- I00g

El análisis se realizará según "la intención de tratar".

#### Aplicabilidad y utilidad práctica de los resultados:

En caso de comprobarse la validez del test del desayuno, como es previsible, dispondremos de un test más fisiológico y mejor tolerado para aplicar en el embarazo y poder detectar la diabetes gestacional. Y posiblemente, al tratarse de una prueba realizada en condiciones naturales, refleje más fielmente el riesgo real, por lo que pensamos que puede ser un test con mayor sensibilidad y especificidad para detectar embarazos con riesgo de problemas perinatales y para la identificación de mujeres con riesgo de evolución a diabetes en el postparto, es decir, para identificar a la verdadera diabética gestacional.

Paradójicamente el embarazo es la única situación donde en la actualidad se induce a la utilización de sobrecarga oral de glucosa, desaconsejándose su uso para el diagnóstico de diabetes en cualquier otra circunstancia. Y es precisamente en el embarazo cuando peor se tolera la sobrecarga de glucosa, y cuando el problema que tratamos de identificar posiblemente se pudiera identificar mejor con un test más fisiológico.

Utilizar como prueba un desayuno pensamos que servirá no solo para identificar los verdaderos problemas sino también como refuerzo educativo para acercarnos a la dieta equilibrada (dieta mediterránea). Es un contrasentido utilizar como prueba diagnóstica una sobrecarga de una cantidad importante de glucosa cuando después en el tratamiento vamos a limitar la ingesta de todo tipo de hidratos de carbono simples ("azúcares rápidos"). Aparte del interés para la salud, conlleva un interés socioeconómico para la región por la promoción de la utilización de la dieta mediterránea (aceite de oliva, leche y naranjas).

Finalmente, aunque los resultados no fueran tan buenos como es previsible, siempre será de utilidad disponer de una prueba alternativa de la que conocemos su valor diagnóstico (sensibilidad, especificidad y cocientes de probabilidad).



# Círculos de calidad en la prevención secundaria de la cardiopatía isquémica

José María Turón Alcaine, Jesús Magdalena Belío, Carlos Almendro Padilla, Montserrat León Latre, José Antonio Casasnovas Lenguas, Eva María Andrés

La cardiopatía isquémica constituye la primera prioridad en las guías de prevención cardiovascular de todo el mundo. Por ello fue el tema elegido por la red de investigación en medicina rural (REDIMER- Grupo de Trabajo en Medicina Rural SEMFYC, con médicos enlace repartidos por la geografía española) como sujeto de estudio para demostrar si existían problemas de accesibilidad a una atención de calidad en los pacientes del medio rural en dependencia de diferentes características, personales y de su medio. Sus principales resultados fueron la descripción de la existencia de un colectivo que afectaba al 30% de los pacientes que no eran visitados regularmente ni por cardiólogo ni por el médico de familia que acaparaban la mayoría de los incumplimientos, la menor petición de analíticas en los pueblos más pequeños y la tendencia a la realización de actividades sin finalidad clínica.

Actualmente se están buscando intervenciones para mejorar este proceso basados bien en unidades especializadas de rehabilitación cardiaca hospitalarias o en la intervención de enfermeras especializadas. Sin embargo estas intervenciones no se relacionan con la realidad del medio rural y no parece factible su implantación. Actualmente, se hace posible la intervención en condiciones de dispersión de los médicos gracias a las nuevas tecnologías de la información y la comunicación que están surgiendo. Así, es posible la intervención docente simultánea en todos los puntos de la geografía del país, en un medio disperso, pudiendo recibir la colaboración de todos los participantes mediante la estructura de los círculos de calidad.

## Hipótesis del estudio

Existen problemas en la accesibilidad a una atención de calidad en la prevención secundaria de la cardiopatía isquémica en el medio rural. Una intervención múltiple basada en la estructura de los círculos de calidad, apoyada en las nuevas tecnologías de la información y comunicación, debería mejorar la calidad de la atención recibida por los pacientes del medio rural y reducir el número de ingresos hospitalarios por motivo cardiovascular en mayor grado que el cuidado usual.

## Objetivo del estudio

- General: Mejorar la calidad de la atención recibida por los pacientes con antecedentes de prevención secundaria de la cardiopatía isquémica en el medio rural.
- Específico: Estudiar la efectividad de una intervención basada en el audit y feedback multicéntrico realizando



una intervención docente a medida mediante la estructura de los círculos de calidad, basada en el trabajo colaborativo entre los participantes del grupo de estudio utilizando las NTICS, mediante la estructura de los círculos de calidad.

## Estrategia del estudio

Ensayo pragmático randomizado por clusters realizado en atención primaria del medio rural.

## Participantes

Pacientes afectos de cardiopatía isquémica pertenecientes a los cupos de los médicos de la red de investigación en el medio rural (REDIMER)

## Criterios de inclusión de médicos

Médicos de Atención Primaria que presten su atención en el medio rural. Medio rural: Municipios de menos de 10.000 habitantes, sin hospital o consulta ambulatoria de cardiología del servicio de salud correspondiente en el término municipal.

Sólo se admitirá un médico por centro de salud para evitar la contaminación.

## Criterios de exclusión de médicos

No disponer de ordenador que permita consultar la herramienta docente ya sea en formato CD o por medio del portal de Internet.

Haber participado en el estudio anterior referido.

## Criterios de inclusión de pacientes

Pacientes menores de 81 años con antecedente de cardiopatía isquémica en cualquiera de sus manifestaciones:

- Infarto agudo de miocardio
- Angina de esfuerzo
- Miocardiopatía isquémica

Estos pacientes deben pertenecer a la consulta del médico participante.

Para incluirlos en el estudio deberá existir un informe de alta hospitalaria o bien del especialista correspondiente. Se detallan criterios de exclusión en el protocolo del estudio.

### **Aleatorización**

Un investigador no participante en el estudio, que permanecerá ciego a la identidad de los médicos participantes del estudio realizará la aleatorización por procedimiento de selección informático. La secuencia será ocultada.

Procedimiento: Recepción de números de identificación de los pacientes seleccionados por cada médico, selección aleatoria de los pacientes que compondrán la unidad de cluster de cada médico para proceder después a la randomización de los médicos a los grupos correspondientes de intervención y control.

### **Intervención:** Múltiple intervención.

1. Realización del cuestionario inicial (común con el grupo control). Este cuestionario contiene, entre otros datos, variables de resultado intermedio y consumo de fármacos recomendados en las guías. A partir de los datos recogidos los investigadores analizaremos criterios de calidad basados en guías internacionales.
2. Feedback evaluación de criterios + elaboración de presentación docente inicial (grupo intervención).

Contenido de la presentación docente:

- contraste entre lo existente y lo deseable según las evidencias disponibles.
- entrenamiento técnica de entrevista motivacional breve
- utilización de encuesta dietética (cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos), cuestionario sobre tiempo de ejercicio (Cuestionario IPAQ o similar).
- vídeo sobre tipo de ejercicio recomendado.

**Método:** Remisión de CD o consulta en página web. El manual de procedimientos del grupo intervención incluirá también instrucciones sobre el funcionamiento de la herramienta informática, y cualquier duda al respecto será resuelta por los médicos enlace de REDIMER (formados para ello).

3. Discusión sobre los factores que dificultan la calidad en nuestro medio en el seno de los círculos de calidad (Audioconferencia) y la aplicabilidad de las evidencias aportadas en nuestro medio. Se realizarán audioconferencias al finalizar el primer año y a mediados del segundo año.
4. Elaboración de protocolo a medida, integrando la información cualitativa sobre barreras y soluciones con la finalidad de promover el cambio. Este protocolo incluirá la realización de al menos una visita de control

cada cuatro meses con registro de cifras objetivo y fármacos clave, que será remitida a la secretaría del estudio.

5. Consulta de dudas. Cualquier duda sobre aplicación del protocolo podrá ser consultada a través del foro de la página web. Caso de no poder acceder a Internet la consulta al foro se hará mediante el médico enlace de la red de la zona del médico que comunicará la respuesta al médico por escrito. Estas dudas serán respondidas por un cardiólogo consultor.
6. Reevaluación: al año y a los dos años. Cuestionario con evaluación de las variables principales y variables de proceso y existencia de tratamientos basados en las recomendaciones de las guías y número de ingresos hospitalarios de causa cardiovascular.

### **Control:**

Atención usual.

No se informará durante del estudio de los resultados globales del mismo.

En este grupo se realizará una encuesta cada año (al finalizar el primer y segundo año) con la finalidad de conocer si los participantes han cambiado su práctica individual con respecto a este problema de salud desde el inicio del estudio, e informar de si se ha producido algún tipo de intervención institucional al respecto durante el desarrollo del estudio.

### **Muestra**

Cálculo basado en la existencia de una diferencia entre el grupo intervención y el grupo control del 10% en el indicador que más tamaño muestral requirió según nuestro estudio previo. Utilizamos un alpha de 0.05 y beta 0.2. El cálculo del tamaño muestral ha tenido en cuenta el ajuste por el coeficiente de correlación intracluster, obtenido a partir del estudio previo, escogiendo el que mayor tamaño muestral requirió dentro de las variables principales. También se contempló el escenario de los datos del estudio Sphere en lo relativo a la variable de reingresos hospitalarios. De esta forma se ha estimado el tamaño en 374 pacientes en muestreo aleatorio de 54 médicos, considerando la unidad de cluster en siete pacientes por médico. Además de las hipótesis realizadas para el cálculo muestral, también hemos tenido en cuenta la posible pérdida de pacientes (10% de pérdidas).

Muestreo aleatorio simple.

### **VARIABLES PRINCIPALES**

- Variables de resultado intermedio: Media de las dos últimas cifras de presión arterial, resultado de última cifra de LDL de los últimos seis meses, último IMC de los últimos seis meses. Perímetro de cintura. Cifra de última HBA1C del año si diabetes.
- Tratamiento que llevan: antiagregantes, anticoagulantes, betabloqueantes, hipolipemiantes y dosis, IECAs/ARA2.
- Número de ingresos hospitalarios, días de ingreso.

# VIII Becas de la REAP\* para la investigación en Atención Primaria

Se abre la convocatoria para presentar los proyectos de investigación que deseen optar a una ayuda por parte de la REAP. La cuantía de las becas será de hasta 8.000 euros para la / las solicitudes aceptadas. La adjudicación de dichas ayudas está sujeta a las siguientes bases:

1. Los temas de investigación de los proyectos que quieran optar a las ayudas versarán, se planificarán, desarrollarán y aplicarán en el campo de la Atención Primaria en España.
2. El investigador principal, y la mayoría de los miembros del equipo investigador, deben trabajar activamente en Atención Primaria en España. Se valorará muy positivamente que el estudio sea multidisciplinar, es decir, que participen profesionales de diferentes ramas sanitarias: Medicina, Farmacia, Enfermería, etc.
3. La cuantía de las becas será única por proyecto; y el grupo investigador se comprometerá a realizar el trabajo en un período máximo de dos años, contados a partir de la fecha de concesión de la ayuda.
4. Los investigadores que quieran acceder a estas ayudas, presentarán una memoria en castellano del proyecto de investigación al Comité Científico de la REAP, en el que constará la información solicitada según el formulario adjunto obligatorio.
5. Las memorias de los proyectos de investigación se enviarán, en un único fichero en formato Word de un tamaño menor de 1 MB, al correo electrónico de la Secretaría de la REAP: La comunicación entre los solicitantes y la Secretaría será siempre por correo electrónico.
6. Para hacer efectiva la concesión de la beca, al menos un miembro del equipo investigador se personará en el acto de entrega y expondrá un resumen del proyecto de investigación ganador, en un acto dentro de las Jornadas que la REAP celebra anualmente.
7. Los investigadores se comprometerán a que el trabajo, para el que se solicita la ayuda de la REAP, se publique en revistas científicas de reconocido prestigio tanto en el ámbito nacional como internacional.
8. Los autores del proyecto que ha sido financiado deberán hacer mención expresa de la ayuda recibida por parte de la REAP al difundir el trabajo, y asimismo enviarán una separata a la Secretaría de la REAP para su archivo.
9. La evaluación de los trabajos de investigación la realizará un Comité Científico, que siempre estará formado por miembros de las diferentes ramas que componen la REAP, y cuyo fallo será inapelable.
10. Ningún miembro del Comité Científico participará ni como investigador, ni como ayudante, ni como asesor en los trabajos que se presenten al Comité para pedir financiación.
11. La fecha límite para el envío de los proyectos de investigación será 16 de diciembre de 2006.
12. La participación en esta convocatoria supone la aceptación de sus bases.



## Formulario obligatorio para la presentación del proyecto de investigación

1. Título e investigador de contacto: (1 página)
  - Título corto y orientativo del tema de investigación, puede ser provisional
  - Datos personales del investigador principal: nombre, calificación profesional, lugar de trabajo
  - Dirección de contacto del investigador principal: correo postal y electrónico, teléfono y fax.
2. Justificación de la importancia del estudio: (máximo 2 páginas)
  - Antecedentes y situación actual del tema
  - Aplicabilidad y utilidad práctica de los resultados esperados.
3. Objetivos: (1 página)
  - Pregunta de investigación
  - Hipótesis (si la precisa)
  - Objetivos: principal y secundarios.
4. Material y métodos: (máximo 5 páginas)
  - Tipo de estudio
  - Materiales y/o técnicas utilizadas
  - Pacientes estudiados: muestra, población diana, criterios de inclusión y exclusión
  - Variables estudiadas: definición, recogida de datos
  - Plan de trabajo: cronograma (calendario del proyecto), distribución de actividades
  - Pruebas estadísticas utilizadas
  - Limitaciones y posibles sesgos del estudio.
5. Hojas de recogida de datos
6. Resumen del estudio piloto previo (1 página)
7. Bibliografía: (máximo 2 páginas)
  - Básica, incluyendo la más importante y actualizada, según las normas de Vancouver.
8. Presupuesto económico: (1 página)
  - Importe de los gastos previstos, distribuidos por partidas, para el proyecto de investigación
  - Declaración de otras fuentes de financiación recibidas o solicitadas para el estudio.
9. Consideraciones éticas: (1 página)
  - ¿Garantizan la participación voluntaria e informada?
  - ¿Aseguran la confidencialidad de los datos?
  - ¿Hay riesgos o beneficios físicos, psíquicos, sociales o legales para los sujetos a estudiar?
  - Al finalizar el estudio, ¿se informa de los resultados a los participantes para su beneficio?.
10. Currículum vitae de los investigadores (máximo 1 página por persona)
11. Anexos, si son precisos: (no incluir las escalas o tablas de evaluación comúnmente conocidas)
  - Normas para los investigadores
  - Información para los pacientes.

*\*Se transcribe la convocatoria de las VIII Becas de la REAP publicada dentro de plazo en otros medios.*

**XII JORNADAS DE LA REAP**

**Nuevas tecnologías:  
¿Caos o solución de la  
Atención Primaria?**



**SEDE:**  
Salón de Actos del Real Colegio Oficial de Médicos,  
Avda. de la Borbolla, 47 - 41013 Sevilla

Sevilla, 25 y 26 de mayo de 2007

**RED ESPAÑOLA DE ATENCIÓN PRIMARIA**

**Junta Directiva**

**Presidente:** Luis Miguel García Olmos  
**Vicepresidente y Tesorero:** J. Antonio Barbero González  
**Secretario:** Raimundo Pastor Sánchez  
**Vocal de Medicina:** Francisco Abal Ferrer  
**Vocal Farmacia:** Teresa Eyaralar Riera

**Notas de la redacción:**

Se encuentran a disposición de todos aquellos socios, números sueltos del boletín en la Secretaría de Madrid, para repartirlos entre todos aquellos que considereis oportuno.

**cómo escribir en el boletín**

**Las colaboraciones las podéis enviar a:**

Farmacia García de Bikuña • Avda. Lehendakari Aguirre, 61 - 48014 BILBAO - BIZKAIA • Correo-e: [borjagv@farmacia.euskalnet.net](mailto:borjagv@farmacia.euskalnet.net)