

Medicina de Familia Andalucía

Editorial

- 223 Unidades Docentes Multiprofesionales

El espacio del usuario

- 225 Agresiones a profesionales en el sistema sanitario público de Andalucía

Originales

- 227 Influencia del tipo de sulfonilurea en la presencia de complicaciones en pacientes diabéticos mellitus tipo 2 (DM2)
236 Ciclo de Mejora de Calidad en el seguimiento a pacientes diabéticos tipo 2
245 Hábito de fumar en Climatéricas, posible causa de un resultado

Artículo de revisión

- 251 Prevención de las exacerbaciones de la EPOC

Publicaciones de Interés

Cartas al director

- 280 Paciente natural de Guinea Ecuatorial con Eosinofilia

¿Cuál es su diagnóstico?

- 283 Fiebre, crepitantes derechos, puñopercusión positiva y Murphy dudoso

Actividades Científicas

- 286 Información para los autores

10^o
SAMFyC
ANIVERSARIO

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

Coordinadora General Grupos de Trabajo SAMFyC

Amparo Ortega del Moral

Vocal de Docencia

Herminia M. Moreno Martos

Vocal de Investigación

Beatriz Pascual de la Piza

Vocal de Residentes

Francisco Javier Castro Martínez

Vocal de Relaciones Externas

Juan de Dios Alcántara Bellón

Vocal provincial de Almería:

José-Pelayo Galindo Pelayo

jpelayo.galindo@gmail.com

Vocal provincial de Cádiz:

M^a. José Serrano Muñoz

majsemu@hotmail.com

Vocal provincial de Córdoba:

Pilar Serrano Varo

pseva1@supercable.es

Vocal provincial de Huelva:

Jesús E. Pardo Álvarez

jeparedes10@teletel.es

Vocal provincial de Jaén:

Justa Zafra Alcántara

justazafra@wanadoo.es

Vocal provincial de Málaga:

Jesús Sepúlveda Muñoz

jesemu@gmail.com

Vocal provincial de Granada:

Francisco José Guerrero García

franguerrero72@yahoo.com

Vocal provincial de Sevilla:

Leonor Marín Pérez

leonorjl04@yahoo.es

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>

MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA



Publicación Oficial de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria

DIRECTOR (en funciones)

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

Antonio Manteca González
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.*
M^a. Ángeles Bonillo García. *Granada.*
Beatriz Bullón Fernández. *Sevilla.*
Rafael Castillo Castillo. *Jaén.*
José Antonio Castro Gómez. *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.*
M^a. Carmen García Tirado. *Granada.*
José María de la Higuera González. *Sevilla.*
Blanca Lahoz Rayo. *Cádiz.*
José Lapetra Peralta. *Sevilla.*
Francisca Leiva Fernández. *Málaga.*
José Gerardo López Castillo. *Granada.*
Luis Andrés López Fernández. *Granada.*
Begoña López Hernández. *Granada.*
Fernando López Verde. *Málaga.*
Manuel Lubián López. *Cádiz.*
Antonio Llergo Muñoz. *Córdoba.*
Joaquín Maeso Villafañá. *Granada.*
Eduardo Mayoral Sánchez. *Sevilla.*
Rafael Montoro Ruiz. *Granada.*
Guillermo Moratalla Rodríguez. *Cádiz.*
Francisca Muñoz Cobos. *Málaga.*
M^a Ángeles Ortiz Camúñez. *Sevilla.*
Maximiliano Ocete Espínola. *Granada.*

Juan Ortiz Espinosa. *Granada.*
Luis Pérua de Torres. *Córdoba.*
Miguel Ángel Prados Quel. *Granada.*
Daniel Prados Torres. *Málaga.*
Luis de la Revilla Ahumada. *Granada.*
Pedro A. Rivas del Valle. *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.*
Pedro Schwartz Calero. *Huelva.*
Jesús Torio Duránte. *Jaén.*
Juan Tormo Molina. *Granada.*
Cristóbal Trillo Fernández. *Málaga.*
Amelia Vallejo Lorenzo. *Almería.*

REPRESENTANTES INTERNACIONALES:

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

Medicina de Familia. Andalucía

Envíos

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

Para Correspondencia

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

Página web: <http://www.samfyc.es>
e ir a <<Publicaciones SAMFyC>>
E-mail: revista@samfyc.es
samfyc@samfyc.es

Secretaría

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:

Revista Medicina de Familia. Andalucía

C.I.F.: G – 18449413

Reservados todos los derechos.

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

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

Printed in Spain.

Maqueta: Antonio J. García Cruz
Imprime: Copartgraf, S.L.

Información para suscripciones

Medicina de Familia. Andalucía se distribuirá exclusivamente a profesionales de la medicina. Los miembros de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria la recibirán de forma gratuita.



Publicación Oficial de la Sociedad Andaluza
de Medicina Familiar y Comunitaria

MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA

Med fam Andal Vol.11, Nº.3, diciembre 2010

Sumario

- Editorial
- 223 Unidades Docentes Multiprofesionales
- El espacio del usuario
- 225 Agresiones a profesionales en el sistema sanitario público de Andalucía
- Originales
- 227 Influencia del tipo de sulfonilurea en la presencia de complicaciones en pacientes diabéticos mellitus tipo 2 (DM2)
- 236 Ciclo de Mejora de Calidad en el seguimiento a pacientes diabéticos tipo 2
- 245 Hábito de fumar en Climatéricas, posible causa de un resultado
- Artículo de revisión
- 251 Prevención de las exacerbaciones de la EPOC
- 260 Publicaciones de Interés
- Cartas al director
- 280 Paciente natural de Guinea Ecuatorial con Eosinofilia
- ¿Cuál es su diagnóstico?
- 283 Fiebre, crepitantes derechos, puñopercusión positiva y Murphy dudoso
- 285 Actividades Científicas
- 286 Información para los autores



Official Publication of the
Andalusian Society of Family
and Community Medicine

MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA

Med fam Andal Vol.11, Nº.3, december 2010

Summary

- Editorial
- 223 Multi-Professional Teaching Units
- The Consumer's Corner
- 225 Aggressions against professionals in the Andalusian health system
- Original Articles
- 227 How the type of sulfonylurea (SU) used in treating diabetes mellitus type 2 (DM2) influences the presence of complications in patients
- 236 Improving the Quality Cycle for the follow-up of patients with type 2 diabetes
- 245 The consequences of smoking habits during Perimenopause
- Review Article
- 251 Preventing COPD irritations
- 260 Publications of Interest
- Letters to the Editor
- 280 A native patient from Equatorial Guinea with Eosinophilia
- What's Your Diagnosis?
- 283 Fever, crepitant rales, positive fist percussion, and uncertain Murphy's sign
- 285 Scientific Activities
- 286 Information for Authors

EDITORIAL

Unidades Docentes Multiprofesionales

Lubián López M

Médico de Familia

“La prudencia es una disposición de ser racional y verdadero y práctico, respecto a lo que es bueno y malo para el hombre...son prudentes los que pueden ver lo que es bueno para los demás y pensamos que esta es una cualidad propia de los administradores y de los políticos”

(Aristóteles. *Ética a Nicomaco*. Libro VI, cap 5)

Desde la creación de nuestra especialidad, la existencia de Unidades Docentes de Medicina Familiar y Comunitaria, como una estructura específica en relación con la formación de residentes de otras especialidades, se ha constituido en uno de los pilares del desarrollo de la Medicina de Familia en nuestro país y por tanto en Andalucía, convirtiéndose en referentes expertos en formación de posgrado.

SAMFyC, desde su creación ha entendido y valorado su relación con las UDD de Medicina Familiar y Comunitaria, como esencial para el desarrollo de nuestra especialidad. Esta valoración se ha explicitado de múltiples formas, siendo evidente con la organización de las Jornadas anuales de residentes y de tutores, auténticos protagonistas de la excelencia en la formación.

Vivimos en la actualidad un momento crítico para nuestras UDD. El Real Decreto 183/2008 determina y clasifica las especialidades en Ciencias de la Salud y supone el punto de partida para la implantación de un nuevo modelo en el sistema de formación sanitaria especializada mediante el sistema de residencia. Este real decreto, que desarrolla las previsiones contenidas en la Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, regula aspectos básicos y fun-

damentales en el sistema de formación sanitaria especializada, contemplando entre otras cuestiones, la creación de unidades docentes multiprofesionales que permitirán la formación de especialidades que incidan en campos asistenciales afines, abarcando como tales las de Salud Mental, Pediatría, Obstetricia y Ginecología, Salud Laboral, Geriatria y Atención Familiar y Comunitaria. En esta última se formarán médicos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria y enfermeros especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria. Estas unidades docentes cumplirán los requisitos de acreditación comunes y los específicos de las especialidades que se formen en las mismas. Cada especialidad tendrá sus propios tutores que planificarán la ejecución del correspondiente programa formativo.

El RD 183/2008 constituye un marco general, sujeto a interpretaciones y aplicaciones específicas por parte de quienes han de desarrollarlo, las Comunidades Autónomas. Andalucía se encuentra actualmente en fase de debate y discusión de documentos de trabajo y borradores de la normativa reguladora de la formación sanitaria especializada.

Ante esta situación que pensamos que atañe a la propia esencia de nuestra especialidad, SAMFyC, en la línea de presentación de propuestas constructivas a la Consejería de Salud acerca de todo aquello que nos atañe, recibió desde el inicio información pormenorizada acerca del desarrollo de este proceso. Para poder presentar las propuestas y alegaciones pertinentes, la Junta Directiva decidió contar con la opinión experta y autorizada de tutores de nuestra especialidad, organizando una reunión de trabajo específica, de la que surgieron las exigencias de nues-

tra sociedad científica que han sido trasladadas a la Dirección General de Calidad, Investigación y Gestión del Conocimiento, en el compromiso de ser tenidas en cuenta en la elaboración del nuevo modelo de Unidades Docentes Multiprofesionales de Atención Familiar y Comunitaria en Andalucía. En ellas se recogen los motivos de preocupación que para los Tutores, Médicos de Familia y por tanto para la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria, genera la nueva regulación de la formación especializada que se plantea para la Medicina de Familia, planteando algunas cuestiones que pensamos son irrenunciables y que se centran en las cuestiones siguientes.

Atomizar las estructuras docentes en función del número de áreas, hospitales o distritos existentes en Andalucía, no nos parece la decisión más acertada. Los riesgos que esta disgregación puede producir son muy importantes. Destacaremos entre ellos la variabilidad en la formación de los residentes, la restricción de recursos debido a la multiplicación de Unidades Docentes, las mayores dificultades a la hora de organizar actividades docentes imprescindibles y diferenciadas. Por ello exigimos que no todos los Distritos y Áreas Sanitarias sean acreditados para asumir Unidades Docentes de Medicina Familiar y Comunitaria y que como consecuencia de la descentralización de las mismas en función de las necesidades funcionales y en el criterio del Sistema Sanitario Público de incorporar en el modelo de gestión clínica la formación de posgrado, facilitando la implicación de la Unidad Clínica en su gestión, su acreditación se realice de forma estrictamente rigurosa, según los criterios de la Comisión Nacional de la Especialidad y siguiendo criterios de eficacia y de eficiencia.

La formación postgrado tiene dimensiones específicas e irrenunciables, al suponer un primer contacto con la responsabilidad y el espacio asistencial donde el médico especialista va a desarrollar su profesión. En el periodo de residencia la identificación con los iguales, el sentido de pertenencia a la especialidad elegida y la delimitación del espacio propio son esenciales. Difuminar estos elementos con objetivos docentes, áreas de conocimientos, ya perfectamente definidos, e incluso competencias compartidas con otras profesiones, como enfermería, no pa-

rece justificado ni razonable. En este sentido sostenemos que los mapas competenciales del Residente y del Tutor en Medicina Familiar y Comunitaria, suficientemente acreditados y normativizados por la Comisión Nacional de la Especialidad, asegurando toda su homogeneidad, no deben ser rediseñados para establecer mapas comunes con la especialidad de Enfermería Familiar.

Pensamos que es adecuado que las estructuras docentes tengan una relación estrecha y reglamentada con los órganos de gestión de la administración sanitaria, como ocurre en la actualidad, pero es imprescindible que mantengan una independencia funcional como medio de garantizar que el proceso formativo de especialistas se realiza de forma adecuada y rigurosa. Por ello, la Jefatura de Estudios de la Unidad Docente no debe ser asignada al responsable de Formación del correspondiente Distrito o Área, y será elegido según los términos contemplados en la legislación. Ello asegurará, como en las Comisiones de Docencia Hospitalarias, la conveniente independencia de la formación del residente de las necesidades asistenciales.

El referente profesional o Tutor, la Jefatura de Estudios, los órganos colegiados de docencia o Comisiones de Docencia y el itinerario formativo o programa, han de contemplar una organización específica para médicos. La estructura de las Unidades Docentes debe contemplar obligadamente la existencia de una Comisión específica de Medicina Familiar y Comunitaria, cuyo presidente será lógicamente un tutor especialista en Medicina Familiar y Comunitaria elegido por los tutores en Medicina Familiar y Comunitaria de la Unidad Docente.

Por último las experiencias de desarrollo del nuevo modelo deben ser pilotadas y realizadas con prudencia y contando en todo caso con el asesoramiento de las actuales Unidades Docentes de Medicina Familiar y Comunitaria y de nuestra Sociedad Científica.

Toda crisis significa cambios y estos si se realizan correctamente pueden y deben ser positivos para el desarrollo de nuestra especialidad. Estamos seguros que en esta situación, la Consejería de Salud, tendrá en cuenta nuestras opiniones y alegaciones.

EL ESPACIO DEL USUARIO

Agresiones a profesionales en el sistema sanitario público de Andalucía

Yesa Herrera J

Responsable Área de Salud FACUA Andalucía y Secretario General de FACUA Cádiz

Suscribo la frase de Manuel Lubián quien, en esta misma revista y hablando sobre este mismo asunto, manifestaba que existen cuestiones acerca de las cuales sería preferible no vernos en la obligación de reflexionar.

Como también señalaba el Presidente de SAMFyC, que las organizaciones que, como FACUA Andalucía, luchamos por defender los derechos de los usuarios de la Sanidad Pública, tenemos un importante papel que jugar en este asunto y, de hecho, hemos manifestado nuestro compromiso de colaborar tanto con las Administraciones como con las restantes organizaciones sociales en aquellas actuaciones que se pongan en marcha con la finalidad de atajar, en la medida de lo posible, cualquier atisbo de violencia, por parte de usuarios, contra los profesionales que nos atienden.

Al abordar tan lamentable asunto, lo primero que tenemos que tener muy claro es que no nos estamos enfrentando a un problema propio del sistema sanitario público sino que el aumento de comportamientos violentos afectan a todos los ámbitos y facetas de nuestra vida, lo que, obviamente, es mucho más grave.

El aumento de estos casos de violencia es paralelo al incremento de las agresiones a profesionales de la enseñanza, a otros trabajadores con trato directo con el usuario, a mujeres, a personas en situación de especial indefensión (niños y mayores) y, así, hasta completar un, desgraciadamente, largo etcétera.

Creo que esta consideración, que, por otra parte, no resta gravedad al problema, es fundamental. No podemos caer en el error de considerarlos como propios de las relaciones entre profe-

sionales y usuarios en el ámbito del Sistema Sanitario Público. Si así lo hacemos, a lo único que estaremos contribuyendo es al desprestigio de la Sanidad Pública.

No pretendo, ni mucho menos, negar que existan una serie de condicionantes dentro del propio sistema sanitario público que puedan favorecer la aparición de estos actos de violencia (falta de información o comunicación, por las causas que sean, entre el profesional y usuario, expectativas frustradas por parte de éstos,...). Simplemente, afirmo que nos encontramos ante una más de las manifestaciones de la violencia que caracteriza nuestra sociedad.

Sentado este principio fundamental, la pregunta que debemos hacernos es qué podemos hacer. Como todo problema complejo, obviamente no existe una solución única sino que, seguramente, sea necesario poner en marcha diferentes actuaciones desde distintos ámbitos.

Otro error sería plantear este problema como de “usuarios contra profesionales sanitarios”. Me llama poderosamente la atención que, hasta la fecha en la que escribo estas líneas, no se haya dirigido a nuestra organización ningún colectivo profesional o sindical para pedirnos nuestra colaboración en ninguna iniciativa al respecto. De otra parte, el Plan de Prevención y Atención de Agresiones para los profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía preveía que con carácter al menos anual, y en los distintos foros de presencia, representación y/o participación social, sindical, ciudadana, etc. establecidos tanto en el SAS como en los distintos proveedores de servicios del SSPA, se analizara el seguimiento de los resultados y actuaciones desarrolladas por el Plan. Este seguimiento, que

podía haber sido un instrumento de debate y análisis compartido de la situación y de búsqueda también de soluciones de forma conjunta, no ha sido utilizado, al menos en lo que respecta a la participación ciudadana.

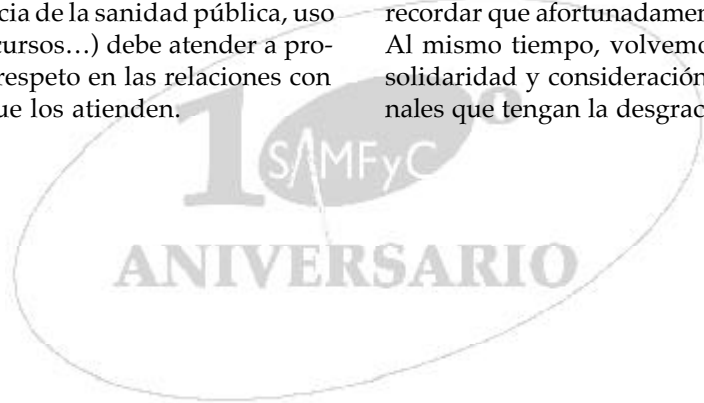
Por el contrario, una de las actuaciones a emprender respecto de este problema debe encaminarse a que el usuario se sienta parte del sistema, lo que todavía no se ha conseguido. Si lo lográramos, estos actos de violencia no serían asumidos como algo que les pasa a "otros", sino que serían socialmente entendidos como un ataque hacia alguien que trabaja en pos de nuestra salud.

Desde FACUA Andalucía hemos hecho hincapié en la necesidad de incidir en la formación de los usuarios, que, entre otros objetivos (valoración de la importancia de la sanidad pública, uso adecuado de los recursos...) debe atender a propiciar un clima de respeto en las relaciones con los profesionales que los atienden.

Respeto que los usuarios deben dar, pero también exigir. Debemos propiciar que manifiesten su descontento hacia el Sistema y, en su caso, hacia los profesionales que los atienden a través de las vías existentes a tal fin, debemos ser capaces de canalizar y orientar las tensiones y los conflictos que con total seguridad van a producirse y dar una respuesta adecuada a las disfunciones que el sistema presenta.

Los usuarios siguen reclamando poco y mal, entre otros motivos, porque no confían en la utilidad de formular quejas o reclamaciones, que deberían ponerse en valor, mejorando el tiempo y las formas en el que las mismas son atendidas.

Bajo estas premisas, estaremos dispuestos a colaborar con cuantas actuaciones puedan dirigirse a reducir estos casos que, por otra parte, debemos recordar que afortunadamente son excepcionales. Al mismo tiempo, volvemos a mostrar nuestra solidaridad y consideración a aquellos profesionales que tengan la desgracia de padecerlos.



Fe de erratas:

En la sección COMUNICACIONES ORALES, del volumen 11, número 2, suplemento 1 (página 86), en la comunicación Influencia de los determinantes de desigualdad social en la utilización de los recursos sanitarios en pacientes con diabetes tipo 2, los apellidos de la segunda autora están errados, siendo los correctos Márquez Calzada C.

ORIGINAL

Influencia del tipo de sulfonilurea en la presencia de complicaciones en pacientes diabéticos tipo 2

Peña Martínez P¹, Pérez Milena A², Laya Ponce M¹, Cárdenas Antón M¹, Redondo Olmedilla M², Morales Luque M³

¹ Médica de Familia. Centro de Salud El Valle (Jaén)

² Médico de Familia. Centro de Salud El Valle (Jaén)

³ Farmacóloga. Distrito Sanitario de Jaén

«El contenido del trabajo fue presentado de forma parcial como proyecto de investigación al XVII congreso SAMFyC (Málaga 2007) y como comunicación tipo póster al XXVIII congreso semFYC (Madrid 2008).»

RESUMEN

Título: Influencia del tipo de sulfonilurea en la presencia de complicaciones en pacientes diabéticos mellitus tipo 2 (DM2).

Objetivo: Conocer la presencia de complicaciones crónicas en pacientes diabéticos tipo 2 según el tipo de sulfonilureas utilizadas.

Diseño: estudio descriptivo retrospectivo.

Emplazamiento: zona básica de salud urbana.

Población y muestra: muestreo sistemático de pacientes con DM2 en tratamiento con antidiabéticos orales, edad >40 años y al menos una revisión en el último año; exclusión: uso de insulina.

Intervenciones: Se forman tres grupos según criterios del Servicio Andaluz de Salud: <SU recomendadas>

(glibenclamida, glicazida y gliquidona), <otras SU> y <no toma>. Se recogen de la historia clínica el tipo de medicación empleada, las complicaciones y los factores de riesgo cardiovascular (FRCV).

Resultados: 282 pacientes, 45% toman SU (38% recomendadas). Distribución homogénea de FRCV (obesidad, tabaco, dislipemia, sedentarismo) y síndrome metabólico ($49\% \pm 3,5$). El tiempo de evolución de la DM es inferior 2,3 años ($\pm 1,9$) cuando no toman SU ($p < 0,001$ ANOVA) y mayor prevalencia de HTA (diferencia $7\% \pm 2,5$; $p = 0,035$ X²). El control metabólico es aceptable (HbA1c $7,0 \pm 0,1$). Las complicaciones crónicas (27,8%) son independientes del tipo de SU administrado, sin diferencias con los que no toman SU (retinopatía $11\% \pm 4,1$; coronariopatía $7\% \pm 3,5$; ictus $6\% \pm 2,9$). El uso de AAS, estatinas y metformina no influyen en la presencia de complicaciones. La metformina es menos usada en el grupo de SU no recomendadas (diferencia $32\% \pm 5,4$; $p = 0,18$ X²).

Conclusiones: El uso de las distintas SU no implican diferencias en la presencia de complicaciones en el diabético tipo 2. Se precisan estudios prospectivos que aporten más evidencias para poder elegir los tratamientos más costo-eficientes.

Palabras claves: diabetes mellitus, sulfonilureas, complicaciones crónicas.

Correspondencia: Alejandro Pérez Milena
Centro de Salud El Valle
C/. Ronda Alcalde García Segovia, 9
23000 Jaén

E-mail: alejandro.perez.milena.sspa@juntadeandalucia.es

Recibido el 10-12-2009; aceptado para publicación el 24-06-2010
Med fam Andal 2010; 3: 227-235

SUMMARY

Title: How the Type of Sulfonylurea (SU) Used in Treating Diabetes Mellitus Type 2 (DM2) Influences the Presence of Complications in Patients.

Design: descriptive retrospective study.

Setting: a basic health zone located in an urban area.

Population and Sample: systematic sampling of patients with DM2 being treated with oral anti-diabetic medications, age >40 years and at least one check-up in the last year; exclusion: use of insulin.

Interventions: Three groups were formed in accordance with criteria established by the Andalusian Health Service: <recommended SU> (glibenclamide, gliclazide and gliquidone), <other SUs> y <not taken>. A clinical history is taken on the type of medication taken, complications that developed and coronary heart disease risk factors (CHDRF).

Results: 282 patients, 45% took SU (38% recommended). Homogeneous distribution of CHDRF (obesity, cigarette smoking, dyslipidemia, sedentary lifestyle) and metabolic syndrome (49 ± 3.5). The DM's period of evolution is less than 2.3 years (±1.9) when patients are not taking SU ($p<0.001$ ANOVA) and there is a greater prevalence of high blood pressure (difference 7 ± 2.5 ; $p=0.035$ X²). Metabolic control is acceptable (HbA1c 7.0 ± 0.1). Chronic complications (27.8%) are independent of the type of SU administered; no differences exist with those who do not take SU (retinopathy 11 ± 4.1 ; coronary artery disease 7 ± 3.5 ; stroke 6 ± 2.9). The use of ASA, statins and metformine have no influence on the presence of complications. Metformine is less frequently used in the group of non-recommended SU (difference 32 ± 5.4 ; $p=0.18$ X²).

Conclusions: The use of different SUs does not imply differences in the presence of complications in patients with type 2 diabetes. Prospective studies are needed that provide more evidence in order to choose the most cost-efficient treatments.

Key words: diabetes mellitus, sulfonylureas, chronic complications.

INTRODUCCIÓN

La Diabetes Mellitus (DM) es un problema de Salud Pública que ha experimentado un crecimiento evidente debido al aumento de factores de riesgo como la obesidad, el sedentarismo y la mayor expectativa de vida de la población¹⁻³. La prevalencia de DM en España es cercana al 10% y superior a la media europea, siendo la quinta enfermedad más prevalente de la población⁴. Las complicaciones microvasculares y cardiovasculares de esta enfermedad aumentan de forma sustancial la morbilidad asociada y reduce la calidad de vida. El objetivo terapéutico en estos pacientes es mantener las glucemias dentro de los límites de normalidad, lo que disminuye la incidencia de complicaciones¹⁻⁶.

Las sulfonilureas son un grupo farmacológico que actúa fundamentalmente aumentando la secreción de insulina por las células β del páncreas y debe ser elegida basándose en la duración de acción, la vía metabólica y las características del paciente^{1-4,6}. Las recomendaciones del Servicio Andaluz de Salud^{7,8} incluyen el uso de glibenclamide, glicazida y/o gliquidona frente al total de antidiabéticos orales como subindicador del índice sintético de calidad, debido a un criterio de coste-efectividad. En este trabajo se pretende conocer la presencia de complicaciones crónicas (micro y macrovasculares) en pacientes diabéticos tipo 2 según el tipo de sulfonilurea utilizado.

MATERIAL Y MÉTODOS

Realizamos un estudio descriptivo retrospectivo incluyendo pacientes diagnosticados de Diabetes Mellitus tipo 2 de una Zona Básica de Salud urbana de Jaén, que atiende a una población total de unos 16 mil habitantes. La población de estudio está compuesta por todos aquellos diabéticos tipo 2 incluidos en el proceso de Diabetes Mellitus tipo 2. Se incluyen pacientes mayores de 40 años de edad con, al menos, una revisión médica en el año 2007 y en tratamiento con antidiabéticos orales. Se excluyen los pacientes en tratamiento con insulina. Se forman tres grupos:

1. Pacientes en tratamiento con SU recomendadas por el Servicio Andaluz de Salud (glibenclamide, glicazida y gliquidona).

2. Pacientes en tratamiento con otras SU.

3. Pacientes sin SU en su tratamiento antidiabético oral.

Se obtiene un listado a partir de la historia de salud digital DIRAYA de un total de 1039 pacientes, calculando una muestra de 281 diabéticos (error alfa 0,05; intervalo de confianza del 95%) que debe incluir al menos treinta unidades en cada subgrupo de estudio para poder realizar una comparación estadística adecuada. La elección se realiza mediante muestreo sistemático, con una constante de elección de valor 3.

Se recogió en cada paciente el tipo de antidiabético oral utilizado, agrupado por grupo farmacológico, y tiempo de toma del fármaco hasta la aparición de complicaciones. Se valoró la aparición de complicaciones microvascular y macrovasculares recogidas en la historia clínica (ACV, síndrome coronario, arteriopatía periférica, retinopatía, neuropatía, pie diabético y amputación de miembros inferiores) con posterioridad al inicio de la toma de los antidiabéticos orales, recogiendo el tiempo entre el inicio de la toma de la medicación y la aparición de la complicación. También se recogieron otras variables que pueden intervenir como factores de confusión: hemoglobina glicosilada (HbA1c), tiempo de evolución de la DM, riesgo cardiovascular (test de Framingham), uso concomitante de otra medicación (metformina, AAS y estatinas) y factores de riesgo cardiovascular [RCV] (tabaco, dislipemia, HTA, sedentarismo, obesidad y síndrome metabólico). Estas últimas variables se obtuvieron de la revisión médica realizada al paciente durante el año 2007.

Se solicitó permiso al comité de investigación del Distrito Sanitario de Jaén para la revisión de las historias clínicas, asegurando el anonimato de los participantes. Tanto el diseño como el desarrollo del trabajo se ajustaron a las normas de buena práctica clínica (RD 223/2004 y directiva comunitaria 2001/20/CE). Los datos fueron analizados mediante el programa informático SPSS versión 15, aplicándose el test de Kolmogorov-Smirnov para comprobar la normalidad de los datos. Los datos se muestran como media ± error estándar de la media o de la proporción o como intervalos de confianza al 95%. Se propone un nivel de significación estadística con $p < 0,05$, apli-

cándose el test de la t de Student y ANOVA de una vía para comparación de medias y el test χ^2 para la comparación de proporciones.

RESULTADOS

Se valoraron un total de 295 historias, rechazando 13 por no haber tenido ninguna revisión en el último año. En total se incluyeron 282 pacientes, con una media de edad de 67 años ($\pm 0,7$), siendo el 54% mujeres y el 45% hombres. El 45% del total de pacientes tomaban una sulfonilurea como tratamiento antidiabético, de los que un 85% tenían prescritas SU del grupo recomendado por el SAS (glibenclámda, glicazida y gliquidona). Valorando el total de la muestra, un 22% tomaban sólo sulfonilureas como antidiabético oral (15% de elección y 7% otras SU), un 30% utilizaban sólo metforminas, un 20% tomaban metformina y sulfonilureas de elección, un 2% usaban metformina junto a otras sulfonilureas, y un 1% tenían prescritas metformina junto a otros antidiabéticos orales. El 25% tomaban otros antidiabéticos diferentes a metformina y sulfonilurea (11 % inhibidores de la alfa-glucosidasa, 8% metiglinidas y 6% para las glitazonas).

En la tabla 1 se presentan las variables estudiadas en función del uso de las SU. La toma de SU se ha realizado, por término medio, durante 3,5 años ($\pm 0,2$) hasta la aparición de alguna complicación secundaria a la diabetes, siendo algo superior en aquellos pacientes que usaban sulfonilureas no recomendadas (tabla 1, $p < 0,001$ ANOVA). El tiempo de evolución de la Diabetes Mellitus ha sido, por término medio, de 6,7 años ($\pm 0,3$) siendo superior en los pacientes que toman SU frente a los que no la toman ($p < 0,001$, test ANOVA 1 vía). El control metabólico fue aceptable en los tres grupos con una media de hemoglobina glicosilada de 7,0 mg/dl ($\pm 0,1$), pudiendo ser algo inferior en el grupo no tratado con SU ($p = 0,067$, ANOVA de 1 vía).

El riesgo cardiovascular, calculado mediante la ecuación de Framingham, se sitúa en la franja de riesgo alto, con una media del 17% ($\pm 0,5$) similar entre grupos. Los factores de riesgo cardiovascular se reparten de forma parecida entre los tres grupos, salvo la prevalencia de hipertensión arterial, más elevada en el grupo de pacientes

que no toman SU (diferencia 7% [$\pm 2,5$], $p=0,035$ test χ^2) (figura 1). Padecían obesidad un 51% ($\pm 8,3$), la dislipemia se presentaba en un 47% ($\pm 7,9$), existía sedentarismo en un 46% ($\pm 7,8$) y eran fumadores el 16% ($\pm 2,1$). Casi la mitad de los pacientes padecían un síndrome metabólico ($49\% \pm 3,5$). La prescripción de ácido acetilsalicílico y estatinas es similar entre grupos; sin embargo, el grupo que toma SU no recomendadas presenta una prescripción seis veces mayor de inhibidores de la alfa-glucosidasa ($p<0,01$ test χ^2) (tabla 1).

El uso de la metformina se reparte de forma desigual, siendo más frecuente su prescripción entre aquellos pacientes que no tomaban SU y menos frecuente en el grupo que tomaba SU no recomendadas ($p=0,018$ test χ^2) (tablas 1). En la tabla 2 se muestran los resultados según el uso de metformina, SU y la combinación de ambas, con un menor tiempo de evolución de la enfermedad en el grupo de metformina sola ($p<0,01$ test ANOVA), con una posible diferente distribución de la dislipemia (mayor en terapia combinada, que se relaciona con un mayor uso de estatinas en este grupo [$p<0,05$ test χ^2]) y el síndrome metabólico (inferior en SU solas) ($p<0,10$ test χ^2).

La tercera parte de los pacientes tenía registrada en su historia clínica algún tipo de complicación debida a la Diabetes Mellitus, sin encontrar diferencias según los grupos definidos en las tablas 1 y 2. Las complicaciones más frecuentes (tablas 1,2) fueron, por orden de presentación, la retinopatía diabética ($11\% \pm 4,1$), el síndrome coronario ($7\% \pm 3,5$) y los accidentes cerebrovasculares ($6,1\% \pm 2,8$), seguidas por la arteriopatía periférica ($5,7\% \pm 2,3$), el pie diabético ($5\% \pm 1,8$) y la neuropatía (tabla 3). Sólo se encontraron un 0,4% de historias con registro de amputación en miembros inferiores secundaria a Diabetes Mellitus. La presencia de una cardiopatía isquémica fue mas frecuente en el grupo tratado con metformina más sulfonilureas (tabla 2; $p<0,001$ test χ^2).

DISCUSIÓN

En el presente estudio se encuentra un grado de control y las complicaciones de los pacientes dia-

béticos estudiados es similar a la media andaluza^{7,9} y algo inferior a otros estudios internacionales¹⁰. El control glucémico es la clave para la prevención de estas complicaciones, derivadas de la hiperglucemia mantenida^{10,11}. Con pocas excepciones, todos los antidiabéticos orales disponibles son igualmente eficaces para reducir las concentraciones de glucosa, con disminuciones hasta de un 1-2% sobre los valores iniciales de la HbA1c^{6,12,13}. La elección se basaría en los perfiles de efectos adversos y el efecto sobre el riesgo cardiovascular; sin embargo, sólo la metformina y las sulfonilureas han demostrado una reducción del riesgo coronario a largo plazo^{12,14,15}.

Las sulfonilureas han sido ampliamente estudiadas y se presentan, junto a la insulina, como los fármacos más rentables y eficaces en el logro de los objetivos glucémicos¹⁶. Las sulfonilureas por sí solas también han demostrado una reducción del riesgo de complicaciones microvasculares relacionados con la diabetes¹⁴, algo que no han conseguido la mayoría de nuevos antidiabéticos orales¹⁷. No existen suficientes evidencias que demuestren la superioridad de alguna sulfonilurea sobre otra en cuanto a potencia hipoglucemiante a dosis máxima^{13,15,18}. En el presente estudio el uso de la SU de elección⁸ es cuatro veces superior al de las otras SU, no encontrándose diferencias en la presencia de complicaciones micro y macrovasculares según el tipo de SU empleado. Este hecho apoyaría la indicación de una prescripción más coste-eficiente empleando glibenclamida, glicazida o gliquidona antes que otros fármacos del mismo grupo.

Tampoco se obtienen diferencias al comparar el uso o no de la metformina. La metformina se recomienda como tratamiento de inicio en las principales guías terapéuticas ya que ha demostrado disminuir la mortalidad^{1-4,6}. Además, tiene un efecto superior sobre el control glucémico y los lípidos, comparado con glitazonas, inhibidores alfa-glucosidasa, y metiglinidas^{17,19,20}. En nuestro estudio, el uso de metformina no está ligado a una menor presencia de complicaciones, posiblemente porque la aparición de estas complicaciones se ve limitada por el tiempo de evolución y el grado de control metabólico encontrado¹⁰. Así, el tiempo medio de evolución de la DM2 en los pacientes estudiados es inferior a los siete años, lo que puede explicar la existencia de un menor riesgo coronario, que sólo se

igualaría a los pacientes con cardiopatía isquémica tras 15 años de evolución^{21,22}. Por otro lado, existe un control metabólico aceptable con una media de hemoglobina glicosilada entre 7 y 8, lo que hace que el riesgo de aparición de complicaciones sea inferior²³.

No todos los autores recomiendan las SU de elección del SAS: la glibenclamida presenta un intenso efecto hipoglucemiante y se ha asociado a una mayor mortalidad por enfermedades cardiovasculares y neoplasias malignas^{24,25}, por lo que se recomiendan otras SU como la glimepirida o la glicazida en su forma retardada²⁶. Este estudio no contempla la presencia de yatrogenia (como hipoglucemia o aumento de peso), que puede ser un motivo crucial a la hora de elegir el tipo de SU. También existe, como en todos los estudios retrospectivos, un sesgo de selección de los pacientes (quedan excluidos los que no han tenido una revisión en el último año, posiblemente con peor control metabólico), un sesgo de información (falta de información en las historias clínicas sobre atención hospitalaria o cambios de tratamiento) y la imposibilidad de establecer una relación causa-efecto. Por otro lado, la similar distribución de factores de riesgo cardiovascular, el tiempo de evolución de la DM y el control metabólico en cada grupo hacen que sean homogéneos y facilite la comparación a la hora de valorar la presencia de complicaciones.

Los resultados del presente estudio reflejan la realidad de la atención clínica al diabético: manejo de un alto número de principios activos empleados como antidiabéticos orales, siendo casi la mitad de ellos del grupo de las sulfonilureas. Es preciso un mayor grado de evidencia, que sería posible a través de estudios prospectivos, que facilite la elección de las distintas sulfonilureas en función de las características de los pacientes y teniendo en cuenta la eficiencia²⁷.

BIBLIOGRAFÍA

1. National Institute for Health and Clinical Excellence. The management of type 2 diabetes. NICE clinical guideline 66.2008. URL: <http://www.nice.org.uk/CG066>.
2. Nathan DM, Buse JB, Davidson MB. Management of hyperglycemia in type 2 diabetes: A consensus algorithm for the initiation and adjustment of therapy. A consensus statement from the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. *Diabetes Care*. 2009; 32:S13-S61.
3. Clinical Guidelines Task Force. Global Guideline for Type 2 Diabetes. Bruselas: International Diabetes Federation; 2005.
4. Grupo de estudio para la diabetes en atención primaria de salud (GEDAPS). Guía para el tratamiento de la DM 2 en la Atención. 4ª ed. Barcelona: semFYC; 2004.
5. Stratton IM, Adler AI, Neil HA. Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 35): prospective observational study. *BMJ*. 2000; 321: 405-12.
6. Grupo de Trabajo Cardiovascular-Diabetes (Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria). Guía de Diabetes para Atención Primaria 2010. URL : http://www.grupodiabetessamfyc.cica.es/index.php?option=com_joomap&Itemid=66.
7. Plan Integral de Diabetes de Andalucía 2003-2007. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía, 2003. URL: <http://www.feaed.org/biblioteca/pdf/diabetesfin.pdf>.
8. Acuerdo de Gestión Clínica 2005-2008. Servicio Andaluz de Salud, Junta de Andalucía. URL: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/publicaciones/datos/186/html/a8cp20052008.pdf>.
9. Cuenca del Moral R, Muñoz F, Vega P, Ortiz MªD, Acero N. Mejora de la calidad de la atención prestada a los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en atención primaria. ¿Actualizamos nuestra práctica? *Med fam Andal*. 2009; 2: 119-127.
10. Yurgin N, Secnik K, Lage MJ. Antidiabetic prescriptions and glycemic control in German patients with type 2 diabetes mellitus: a retrospective database study. *Clin Ther*. 2007; 29: 316-25.

11. Orozco D, Gil VF, Quirce F, Navarro J, Pineda M, Gomez A, et al. Control of diabetes and cardiovascular risk factors in patients with type 2 diabetes in primary care. The gap between guidelines and reality in Spain. *Int J Clin Pract.* 2007; 61: 909-15.
12. Inzucchi SE. Oral antihyperglycemic therapy for type 2 diabetes: scientific review. *JAMA.* 2002; 287: 360-372.
13. Lafita J, Ariz MJ. Tratamiento no insulínico de la diabetes tipo 2. Solución pendiente. *Bol Inf Farm Navarra.* 2009; 17: 14-27.
14. UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). *Lancet.* 1998; 352: 837-53.
15. Olmo E, Carrillo M, Aguilera S. Actualización del tratamiento farmacológico de la diabetes mellitus tipo 2. *Inf Ter Sist Nac Salud.* 2008; 32: 1-16.
16. McGill JB. Selecting among ADA/EASD tier 1 and tier 2 treatment options. *J Fam Pract.* 2009; 58(9 Suppl): S26-34.
17. Diogène E, Rodríguez D. ¿Qué pasa con los nuevos fármacos para la diabetes mellitus? *Aten Primaria.* 2009; 41:238-39.
18. Campbell, A. Glycaemic control in type 2 diabetes. *BMJ Clinical Evidence.* 2005. BMJ Publishing Group Ltd. URL: www.clinicalevidence.com.
19. Bolen S, Feldman L, Vassy J, Wilson L, Yeh HC, Marinopoulos S, et al. Systematic Review: Comparative Effectiveness and Safety of Oral Medications for Type 2 Diabetes Mellitus. *Ann Intern Med.* 2007; 147:386-99.
20. UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. Effect of intensive blood-glucose control with metformin on complications in overweight patients with type 2 diabetes (UKPDS 34). *Lancet.* 1998; 352:854-65.
21. Vaccaro O, Eberly LE, Neaton JD, Yang L, Riccardi G, Stamler J. Impact of diabetes and previous myocardial infarction on long-term survival: 25-year mortality follow-up of primary screenees of the Multiple Risk Factor Intervention Trial. *Arch Intern Med.* 2004; 164: 1438-43.
22. Wannamethee SG, Shaper AG, Lennon L. Cardiovascular disease incidence and mortality in older men with diabetes and in men with coronary heart disease. *Heart.* 2004; 90:1398-403.
23. Stratton IM, Adler AI, Neil HA. Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 35): prospective observational study. *BMJ.* 2000; 321: 405-12.
24. Monami M, Balzi D, Lamanna C, Barchielli A, Masotti G, Buiatti E, Marchionni N, Mannucci E. Are sulphonylureas all the same? A cohort study on cardiovascular and cancer-related mortality. *Diabetes Metab Res Rev.* 2007; 23: 479-84.
25. Khalangot M, Tronko M, Kravchenko V, Kovtun V. Glibenclamide-related excess in total and cardiovascular mortality risks: data from large Ukrainian observational cohort study. *Diabetes Res Clin Pract.* 2009; 86: 247-53.
26. Sánchez O, Sabán J. Luces y sombras en la aplicación de las nuevas guías para el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. Consejos prácticos sobre el tratamiento combinado y la insulino-terapia. *Med Clin (Barc).* 2008; 130: 188-96.
27. Winocour PH. Effective diabetes care: a need for realistic targets. *BMJ.* 2002; 324: 1577-80.

Tabla 1
Principales características de los pacientes según el tipo de sulfonilurea empleada.

	SU de elección	Otras SU	No toman SU
Tamaño de muestra	112 (40%)	31 (11%)	139 (49%)
Edad (años)	67,5±1,4	65,6±2,7	66,9±1,1
Sexo (mujer)	53%	53%	54%
Tiempo de toma de la medicación hasta aparición de la complicación (1)	3,2 años±0,3	4,6 años±0,8	2,9 años±1,4
Tiempo de evolución de la DM2 (2)	7,9 años±0,4	8,4 años±0,7	5,7 años±0,4
HbA1c (mg/dl) (3)	7,4±0,2	7,2±0,3	6,8±0,2
Riesgo cardiovascular (Framingham)	18%±0,9	20%±2,3	16%±0,7
Medicación concomitante			
Metformina (2)	53%	19%	56%
Ácido acetilsalicílico	34%	25%	24%
Estatinas	53%	38%	51%
Metiglinidas	2%	0%	4%
Glitazonas	5%	0%	1%
Inhibidores de la α -glucosidasa (4)	3%	19%	3%
Complicaciones			
Presencia de complicaciones (total)	30%	25%	27%
Accidente cerebrovascular	10%	6%	4%
Síndrome coronario	11%	6%	4%
Arteriopatía periférica	6%	1%	6%
Retinopatía diabética	13%	11%	10%
Neuropatía diabética	9%	1%	3%
Pie diabético	6%	4%	7%
Amputación de pies	1%	0%	0%

Se presenta los resultados como media±error estándar de la media. SU sulfonilurea. DM2 diabetes mellitus tipo 2. HbA1c hemoglobina glicosilada. (1) $p<0,001$ test ANOVA de 1 vía; (2) $p<0,001$ test χ^2 ; (3) $p=0,067$ test ANOVA de 1 vía; (4) $p<0,01$ test χ^2 .

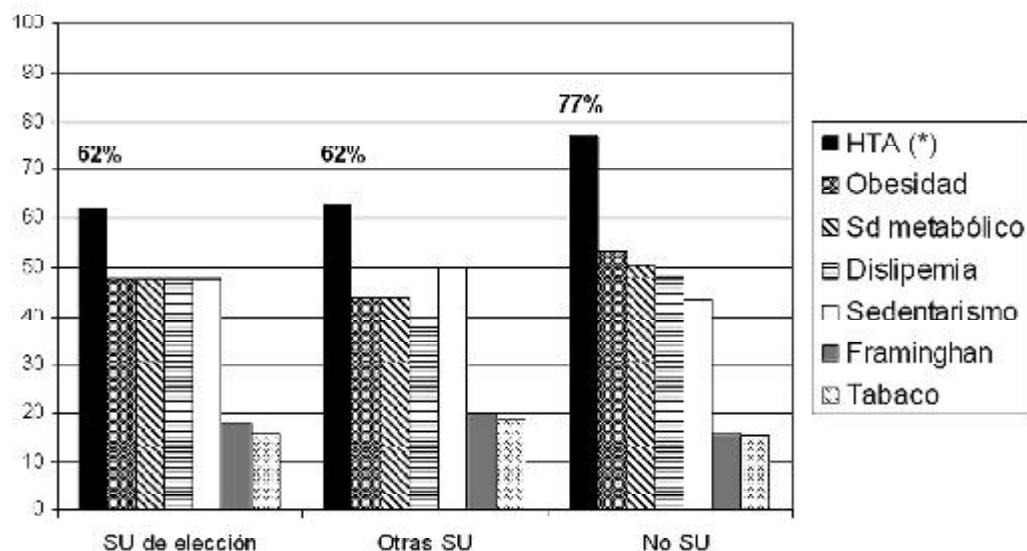
Tabla 2

Principales características de los pacientes comparando el uso de metformina, sulfonilureas y la combinación de ambas.

	Metformina	Metformina con SU	SU
Tamaño de muestra	85 (30%)	62 (22%)	62 (22%)
Edad (años)	65,6±1,3	66,3±1,4	69,1±1,4
Sexo (mujer)	52%	48%	60%
Tiempo de toma de la medicación hasta aparición de la complicación	2,8 años ±1,0	3,4 años ±0,4	3,3 años ±0,4
Tiempo de evolución de la DM2 (1)	5,8 años ±0,5	8,6 años ±0,5	7,5 años ±0,5
HbA1c (mg/dl)	7,12±0,2	7,64±0,2	6,96±0,2
Riesgo cardiovascular (Framingham)	15,6% (±0,9)	18,5% (±1,3)	18,4% (±1,3)
Medicación concomitante			
Acido acetilsalicílico	25%	33%	32%
Estatinas (2)	51%	67%	34%
Complicaciones			
Presencia de complicaciones (total)	23%	25%	24%
Accidente cerebrovascular	4%	7%	11%
Síndrome coronario (3)	1%	15%	6%
Arteriopatía periférica	7%	6%	6%
Retinopatía diabética	8%	12%	9%
Neuropatía diabética	4%	10%	4%
Pie diabético	7%	4%	4%
Amputación de pies	-	2%	-

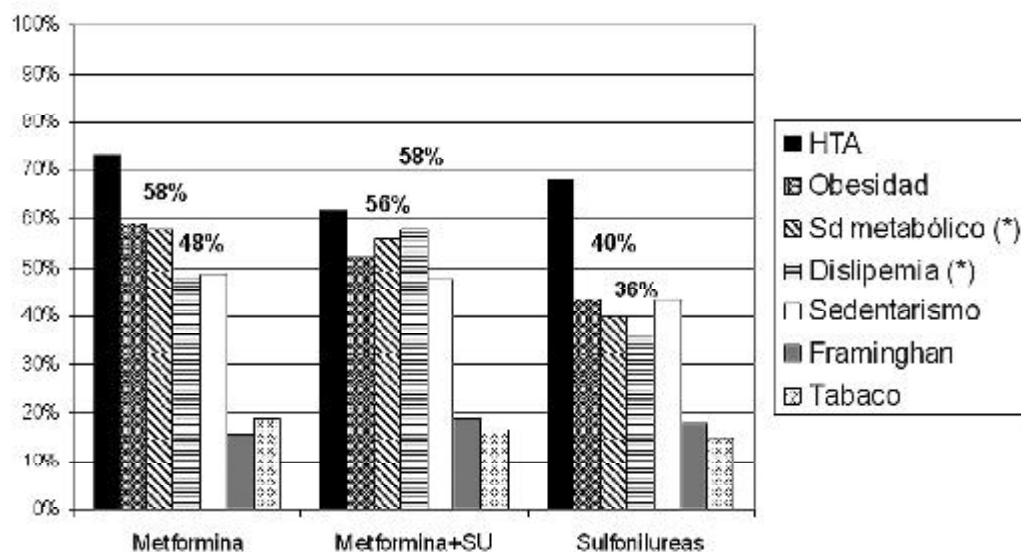
Se presenta los resultados como media+error estándar de la media. SU sulfonilurea. DM2 diabetes mellitus tipo 2. HbA1c hemoglobina glicosilada. (1) $p<0,001$ test ANOVA de 1 vía; (2) $p<0,05$ test χ^2 ; (3) $p<0,001$ test χ^2

Figura 1.
Presencia de Factores de Riesgo Cardiovascular según el tipo de sulfonilurea empleada.



(*) Diferencias significativas con $p=0,035$ (test χ^2)

Figura 2.
Presencia de Factores de Riesgo Cardiovascular según el uso de metformina, sulfonilureas o una combinación de sulfonilureas y metforminas.



(*) Diferencias casi significativas con $p<0,10$ (test χ^2)

ORIGINAL

Ciclo de mejora de calidad en el seguimiento a pacientes con diabetes tipo 2

Romero Reyes M^aR¹, Calvo Lozano J², Guillén Rodríguez M², Mora Moreno F²

¹ Médico de Familia. Servicio de Urgencias. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva

² Médico de Familia. UGC Molino de la Vega. Huelva

RESUMEN

Título: Ciclo de Mejora de Calidad en el seguimiento a pacientes diabéticos tipo 2.

Objetivo: Evaluar la calidad asistencial prestada a pacientes diabéticos tipo 2, en una zona básica de salud urbana, mediante el grado de cumplimiento de criterios de calidad y reevaluación tras una intervención, completando un ciclo de mejora.

Diseño: Estudio longitudinal antes-después tras una intervención.

Emplazamiento: Centro de Salud urbano.

Población y muestra: Pacientes con diabetes tipo 2 obtenidos de los registros del Centro de Salud mediante muestreo aleatorio sistemático con un nivel de confianza del 95% y una precisión del 10% obteniendo un tamaño muestral de 98 (2005) y 97 (2006), sobre universos de 976 y 1012 pacientes respectivamente.

Intervenciones: Evaluación de 22 criterios en 2005 y comunicación de resultados al EBAP. Formación continuada en Proceso Diabetes. Reevaluación del grado de cumplimiento en 2006.

Evaluación interna; Dimensión de la calidad: Científico técnica; Datos de proceso asistencial; Criterios explícitos, normativos, basados en la evidencia; Análisis de la evolución del cumplimiento: Chi cuadrado y test del valor de "z".

Resultados: El cumplimiento de criterios relevantes en ambas evaluaciones y la mejora absoluta obtenida entre ambos han sido respectivamente: Hemoglobina glicosilada: 35.7%-72.2%-36.50; Retinografía 9.2%-33%-23.8%; Exploración pies 7.1 %, 21.6%, 14.5; Colesterol total 52%- 66%- 14.0; Índice Microalbumina / Creatinina 26.5%-, 52.6%- , 26.1; Educación Sanitaria 29.6%- 43.3%- , 13.7; Tabaco 8.1%- , 16.5%- 8.4; Tensión arterial 63.3%- 64.9%- , 1.6; Vacunación antigripal 32.75-, 22.7%-10 Cumplimiento fármacos 34.7% 49.5%-14.8.

Conclusiones: Mejora significativa en el cumplimiento de criterios importantes para la atención al diabético. La intervención realizada nos parece oportuna. Debemos seguir mejorando para alcanzar estándares de calidad adecuados.

Palabras clave: control de calidad, diabetes mellitus, evaluación, formación continuada.

Correspondencia: José Calvo Lozano

UGC Molino de la Vega

C/. Fuenteheridos, s/n.

21002 Huelva

E-mail: rosarioromeroreyes@yahoo.es

Recibido el 08-04-2010; aceptado para publicación el 23-11-2010

Med fam Andal 2010; 3: 236-244

SUMMARY

Title: Improving the Quality Cycle for the Follow-up of Patients with Type 2 Diabetes.

Goal: To evaluate the quality of care provided in a Basic Urban Health Zone to patients with type 2 diabetes based on the degree of compliance with criteria on quality and a post-intervention re-evaluation, completing a quality cycle.

Methodology: Longitudinal study before and after an intervention.

Setting: An urban health center.

Population and sample: Patients with type 2 diabetes were obtained from the health center's information system through systematic random sampling with a confidence interval of 95% and a precision of 10%. The size of the sample obtained was 98 (2005) and 97 (2006), from sample universes composed of 976 and 1012 patients, respectively.

Interventions: Evaluate 22 criteria in the year 2005 and transmit those results to the Primary Health Care Team. Provide continuous training in the Diabetic Process. Re-evaluate the degree of compliance in 2006.

Internal evaluation; the dimension of quality: scientific-technical; data on the process of providing care; explicit, normative and evidence-based criteria; analysis on the evolution of compliance: Chi squared and a "z" value test.

Results: Compliance with relevant criteria in both evaluations and absolute improvement obtained between them follow respectively: glycated hemoglobin: 35.7%-72.2%-36.50; diabetic retinal exam 9.2%-33%-23.8%; foot exam 7.1 %, 21.6%, 14.5; total cholesterol 52%- 66%- 14.0; microalbuminuria/creatinine index 26.5%-, 52.6%-, 26.1; health education 29.6%- 43.3%-, 13.7; smoking 8.1%-, 16.5%- 8.4; blood pressure 63.3%- 64.9%-, 1.6; flu vaccination 32.75-, 22.7%-10; pharmaceutical compliance 34.7% 49.5%- 14.8.

Conclusions: Significant improvement in complying with criteria for the treatment of diabetic patients. The intervention was useful. Such improvements should be continued in order to reach adequate quality standards.

Key words: quality control, diabetes mellitus, evaluation, continuous training.

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad crónica que constituye, junto con la hipercolesterolemia, hipertensión arterial y tabaquismo uno de los principales factores de riesgo de enfermedad cardiovascular con importantes repercusiones micro y macrovasculares¹.

Presenta una elevada prevalencia e incidencia y, según datos estimados por la OMS, las previsiones son de 366 millones de diabéticos en todo el mundo para el año 2030. En España existen escasos estudios de prevalencia realizados con los nuevos criterios de la American Diabetes Association (ADA)². El estudio de Canarias³ ofrece valores del 15,9% y en la Comunidad Autónoma Andaluza, según estudio realizado en la provincia de Málaga⁴ en población adulta, presentan valores de un 14,7% pero con el problema de extrapolación de datos, al haber sido realizado en una localidad de escasa población. El estudio DRECA F siguiendo los criterios antiguos de la ADA (≥ 140 mg/dl) y para una población entre 5 y 59 años, encuentra una prevalencia del 4.8 %, y el DRECA II⁶, con los criterios nuevos de la ADA (≥ 126), del 11.4%. El estudio AL ANDALUS⁷ encuentra una prevalencia de 6.50 y el estudio HUELVA-90⁸ de 7.4%.

Su repercusión en la morbilidad y en costes son elevados, suponiendo el 8% del gasto total de hospitalización⁹ y según estudio realizado con un elevado número de pacientes que eran atendidos en distintos centros sanitarios en España¹⁰, suponían un coste anual por pacientes de 1.305,15 euros. Actualmente se calcula que la población con diabetes consume entre 2 y 6 veces más recursos directos que los individuos de similar edad y sexo con otras enfermedades crónicas¹¹.

También sabemos que un control estricto de las glucemias reduce las complicaciones microvasculares en un 25%¹. Todo esto justifica que debemos tratar a los pacientes diabéticos en nuestros Centros de Salud lo más precozmente posible ya que sabemos que un control estricto de las glucemias reduce las complicaciones microvasculares en un 25% (estudio UKPDS), y que nuestra asistencia reúna criterios de calidad para que podamos reducir el riesgo cardiovascular que la enfermedad comporta y mejorar la calidad de vida en estos enfermos.¹²

Los ciclos de calidad constituyen una herramienta muy útil para la mejora de la atención sanitaria. Su desarrollo comprende: la detección de aspectos mejorables de nuestra atención a los pacientes, la determinación de los criterios que nos van a servir para medir la calidad de la misma, el análisis de las causas que llevan a no alcanzar el cumplimiento deseable, el establecimiento de medidas correctoras y el cierre del ciclo mediante la reevaluación del problema.

La medición de indicadores de resultado es el más interesante pero es también el de mayor dificultad en su obtención. Ante la dificultad de evaluar la morbi-mortalidad y la calidad de vida como sería deseable, estudiamos indicadores de proceso que son más accesibles en nuestro ámbito profesional y están claramente relacionados con los resultados.

Somos conscientes de la necesidad de mejorar la atención a estos pacientes estableciendo sistemas de evaluación. Hemos establecido criterios de proceso teniendo en cuenta su validez¹³ para la recogida de datos en el ciclo de mejora.

Nos hemos planteado como objetivos de nuestro estudio, valorar el grado de cumplimiento de los criterios de calidad establecidos y tras realizar una primera evaluación y sensibilizar a los profesionales del centro de la importancia de un correcto seguimiento clínico de los pacientes diabéticos, llevar a acabo una segunda evaluación cerrando así un ciclo de mejora de la calidad¹⁴.

PACIENTES Y MÉTODO

Hemos realizado un estudio antes-después del grado de cumplimiento de los criterios de calidad del Proceso Diabetes SAS con una intervención encaminada a la mejora en la aplicación del protocolo establecido. Dicha intervención consistió en la realización de 8 sesiones de formación continuada, dirigidos a médicos y enfermeros del centro impartidas por el responsable del Proceso Diabetes, cuyo contenido fue: formación en diabetes, explicación del Proceso Diabetes del SAS, del registro del mismo en la aplicación informática Diraya y comunicación de los resultados obtenidos en la evaluación.

En la primera evaluación se analizaron los datos de 2005. Se hizo un estudio de evaluación de la calidad interna y cruzada, de la asistencia prestada por 10 médicos de familia y 9 enfermeros.

Se evaluó de forma retrospectiva el grado de cumplimiento de 22 criterios de calidad (Tabla 1) en una muestra de 98 pacientes, obtenidas mediante muestreo aleatorio sistemático con reposición de casos, del listado total de 976 pacientes diagnosticados de DM tipo2 incluidos en el programa diabetes, lo que supone el 4,8% de la población adscrita al Centro (20340 personas). El tamaño muestral se calculó para un IC del 95% y una precisión del 10%, partiendo de la hipótesis menos favorable de un cumplimiento del 50%.

Se consideró que cumplía con el requisito de calidad si figuraba el registro en la historia clínica informatizada (Diraya). Los datos que no constaban registrados se consideraron no realizados.

Quedaron excluidos del estudio: pacientes en control por Endocrinología o Medicina Interna, DM tipo 1, incapacitados o con mala calidad de vida (encamados) y pacientes en situación terminal.

La dimensión estudiada fue la calidad científico-técnica. Los datos utilizados fueron de proceso. Los criterios utilizados fueron explícitos y normativos. Se utilizó hoja de registro previamente validada.¹³

La segunda evaluación fue realizada durante el año 2006, con idéntica metodología y criterios de calidad. Tamaño muestral: 97 pacientes. Obtenidos de 1012 pacientes incluidos en el programa diabetes, que suponen el 4.9 % de la población adscrita al centro (20653 personas)

Análisis de los datos: Se ha valorado la cumplimentación de los criterios de calidad en ambas evaluaciones y se presentan el cálculo de proporciones con IC del 95% y se ha calculado la mejora absoluta y mejora relativa. Hemos utilizado como estadísticos de contraste, la Chi cuadrado para la comparación de proporciones y el test de la "Z" para una cola, considerando como estadísticamente significativo $p < 0.05$. Para el procesamiento de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS14.0.

RESULTADOS

El grado de cumplimiento de los criterios está expuesto en las Tablas 2 y 3.

Fueron evaluadas 98 y 97 historias clínicas en los años 2005 y 2006 respectivamente. .

En la primera evaluación realizada, el 62% eran mayores de 65 años, y el 53,1% eran mujeres.

Los criterios que destacan con una mejor cumplimentación fueron: Antecedentes Personales (AP) 70.4% (± 9), seguido de Tensión arterial (TA) 63.3% (± 9.5), Autocontrol 58.2% (± 9.8), Hemograma 57.1% (± 9.8) y Colesterol Total 52 (± 9.9). Sin embargo criterios que consideramos muy importantes para el seguimiento de la Diabetes Mellitus tipo2 como son la Hemoglobina glicosilada (HbA1c), Índice Microalbumina/Creatinina (IMAC), Fondo de Ojo (FO)/Retina, Exploración pies y Cumplimiento farmacológico (CF) sólo se cumplimentaban en un 35.7% (± 9.5), 26.5% (± 8.7), 9.2% (± 5.7), 7.1% (± 5.1) y 34.7% (± 9.4) respectivamente.

En la segunda evaluación el 63.1% eran mayores de 65 años, la edad media era de 67.18. $\pm$ 13 y el 56.7% eran mujeres.

Destacaron como los de mejor registro, de nuevo, los Antecedentes personales (AP) 87.6% (± 6.6), seguido de la HbA1c 72.2% (± 8.9), Colesterol Total y Hemograma con 66% (± 9.4), TA 64.9% (± 9.5), Autocontrol 61.9% (± 9.7), Peso 55.7% (± 9.9) e IMAC 52.6% (± 9.9).

La gráfica 1 muestra la comparativa mediante gráfica de estrella.

Obtuvimos mejoras absolutas destacadas en: cumplimiento del registro de la HbA1c 36.50%; registro del IMAC 26.10%; Fondo de Ojo / Retina 23.80% y del 14.5% para la Exploración de pies, con diferencias estadísticamente significativa ($p < 0.05$).

El criterio "tabaco" obtiene una mejora absoluta de un 8,40% que no es estadísticamente significativa al aplicar el test de la Chi cuadrado. Aplicando el test de la "z" de una cola, que analiza sólo mejoras, sí se obtiene significación estadística.

Así mismo, la mejora relativa experimentada fue más importante para la HbA1c 56.77%, IMAC 35.51%, Fondo de Ojo/Retina 26.21% y Exploración de pies 15.61%.

DISCUSIÓN

Nuestro trabajo ha planteado un ciclo evaluativo completo de un Proceso Asistencial (Diabetes) de trascendencia indudable desde el punto de vista de la elevada morbilidad y costes de la atención primaria. Los datos de prevalencia de nuestra muestra (4.8%) se acerca a los ofrecidos en otros estudios¹⁵ (6-10%). Somos conscientes de que hay pacientes diabéticos no conocidos y también pacientes diagnosticados no incluidos en el registro del Programa Diabetes.

En la primera evaluación realizada pudimos comprobar que de los 22 criterios seleccionados, el de mejor cumplimentación fue Antecedentes Personales y sólo 4 criterios superaron el 50% de registro: TA, Autocontrol, Hemograma realizado, y cifras de Colesterol total. Sin embargo aquellos que son considerados de gran valor por ser predictores de complicaciones macro y microvasculares¹⁶ (IMAC, Biomicroscopía/Retinografía, HbA1c y exploración de pies) se registraba en porcentajes bajos o muy bajos, siendo la HbA1c al igual que en otros trabajos¹⁷ el de mejor cumplimentación.

En nuestro estudio pudimos mejorar de forma estadísticamente significativa 12 de los 22 criterios evaluados, destacando por su mejoría absoluta la HbA1c, el IMAC y biomicroscopía/retinografía y por mejoría relativa los Antecedentes Personales, HbA1c, IMAC, CT y peso.

Hay que reseñar que de los criterios más relevantes del seguimiento en la segunda evaluación sólo la HbA1c alcanzó un registro que consideramos aceptable (72,2%) similar a otros estudios¹⁸ y pasó de ser el octavo al segundo mejor registro, lo que ponía de manifiesto que en éste aspecto la sensibilización del equipo mejoró tras la intervención realizada, sin embargo el nivel de registros para los otros criterios considerados esenciales (biomicroscopía/retinografía, IMAC y pies) aunque se mejoró quedaban en porcentajes que seguimos considerando bajos.

Hay criterios que no mejoran significativamente, de ellos el registro tabaco sólo resulta significativa su mejora al aplicar el test de una cola, ya que éste analiza la mejora y no el cambio producido por lo que resulta menos restrictivo. De estos criterios al menos dos: Autocontrol y TA conseguimos mantenerlos en porcentajes aceptables y superiores a otros estudios¹⁹.

En los años en que se realizó el estudio no estaban incentivados ni formaban parte del pacto por objetivos los criterios analizados. Por ello hemos atribuido a nuestra intervención las mejoras obtenidas.

La historia clínica informatizada no ha sido facilitadora de los registros en contra de lo previsto, ya que el módulo del Proceso Diabetes ha tenido dificultades en su desarrollo y no dispone de apartados para todos los criterios seleccionados.

Es necesario y conveniente realizar controles de calidad del seguimiento de enfermedades tan prevalentes como la diabetes, mediante evaluación continua y actividades formativas en el Equipo para analizar causas de incumplimiento y buscar soluciones. Tenemos que reducir el número de criterios a evaluar, pues parecen excesivos y plantear incluir indicadores de resultados y no sólo de proceso.

Dado que el objeto de nuestro estudio era evaluar la calidad de la asistencia, no hemos valorado el grado de control metabólico de nuestros pacientes. La evaluación de indicadores de resultados requiere muestras mucho mayores y hace muy difícil detectar diferencias entre evaluaciones²⁰.

Consideramos prioritario establecer para nuestro Centro estándares mínimos en los criterios de calidad, siguiendo las recomendaciones existente y construir gráficas de control de proceso y monitorizar utilizando la metodología de muestreo de aceptación de lotes (LQAS) que permite un seguimiento de la calidad alcanzada con mayor eficiencia al utilizar muestras pequeñas.

Se ha detectado gran variabilidad en la forma de registrar por parte de los profesionales del centro. Hemos establecido propuestas de mejora en la uniformidad de los registros médicos-

enfermeros a través del proceso Diabetes, siguiendo con las actividades formativas en Equipo.

Desde el año 2005 - disponemos del Programa de Detección Precoz de Retinopatía del Proceso Integral Diabetes, esperamos mejorar sustancialmente el registro de biomicroscopía o retinografía.

Se pone de manifiesto que existen deficiencias en la atención prestada a nuestros pacientes diabéticos aunque pueda existir una estimación a la baja de las actuaciones realizadas en ellos ya que si no registramos es como si no actuamos porque el registro es un acto clínico y por tanto necesario para una atención sanitaria de calidad.

BIBLIOGRAFIA

1. UK Prospective Diabetes Study Group. Effect of intensive blood-glucose control with metformin on complications with type2 diabetes: UKPDS 34. *Lancet*. 1998; 352: 854-856.
2. American Diabetes association. Report of Committee on the diagnosis and classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*. 1997; 20: 1183-97.
3. De Pablos-Velasco PL, Martinez Martin FJ, Rodriguez Perez F, Ania BJ, Losada A, Betancor P. Prevalence and determinants of diabetes mellitus and glucose intolerance in Canarian Caucasian population. Comparison of the 1997 ADA and the 1985 WHO criteria. The Guia study. *Diabet Med*. 2001; 8: 235-41.
4. Soriguer-Escofet F, Esteva I, Rojo-Martinez G, Ruiz de Adana S, Catala M, Merelo MJ, et al. Prevalence of latent autoimmune diabetes of adults (LADA) in Southern Spain. *Diabetes Res Clin Pract*. 2002; 56: 213-20.
5. Servicio Andaluz de Salud. Estudio DRECA: Dieta y riesgo de enfermedades Cardiovasculares en Andalucía. Sevilla: Consejería de Salud, Junta de Andalucía; 1993.
6. Evolución del riesgo cardiovascular en la población andaluza en los últimos 16 años (1992-

- 2007): Estudio DRECA -2. URL: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=gr_dreca
7. Aranda P, Villar J. Estudio epidemiológico andaluz sobre factores de riesgo vascular. Estudio Al- Andalus 90. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud; 1993.
 8. Motero Carrasco J y grupo ONUBA 90. Estudio epidemiológico de los factores de riesgo cardiovascular en la población adulta de la provincia de Huelva. Huelva: Diputación Provincial de Huelva; 1991.
 9. Pascual JM, González C, De Juan S, Sánchez C, Sánchez B, Pérez M. Impacto de la diabetes mellitus en los costes de hospitalización. Med Clin (Barc). 1997; 109: 207-10.
 10. Mata M, Artonanzas S, Tafalla M, Sanz P. The cost of type 2 diabetes in Spain. Gac Sanit. 2002; 16: 511-20.
 11. American Diabetes Association. Economic cost of Diabetes in the United States in 2002. Diabetes Care. 2003; 26: 917-32.
 12. Goodijn PP, Bilo HJ, Feskens EJ, Groenier KH, Van der Zee KI, Meyboom de Jong B. Longitudinal study on glycaemic control and quality of life in patients with type 2 diabetes mellitus referred for intensified control. Diabet Med. 1999; 16: 23-30.
 13. Calvo J, Sánchez JL, Hidalgo A, Romero E. Análisis de la fiabilidad de una hoja de recogida de datos. Estudio de concordancia interobservador. Aten Primaria. 1998; 22: 105-108.
 14. Healthier Palmer R. Evaluación de la asistencia ambulatoria. Principios y práctica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1989.
 15. Conthe Gutierrez P, Casado Escribano P, Gargallo García E. "Diabetes Mellitus: epidemiología". Jano. Medicina y Humanidades. 2008; 1683:21-24
 16. Khaw MT, Wareham N, Luben R, Bingham S, Oakes S, Welch, et al. Glycated haemoglobin, diabetes, and mortality in men in Norfolk cohort of European Prospective Investigation of Cancer and Nutrition (EPIC-NORFOLK) BMJ. 2001; 322: 15-18.
 17. Gomis Cebrian R, Parra Hidalgo P, Martínez Núñez V, Barragán Pérez A, Garijo García Y, Canovas Inglés A. Evaluación de la calidad del Servicio de Atención al paciente con diabetes en atención Primaria de la Región de Murcia. Rev Centro de Salud. 2002; 7: 417-422.
 18. Muñoz Cobos F, Rodríguez Barrios R, Bordillo Aragón R, López Sánchez MI, Acero Guasch N, Canalejo Echevarría A. Evaluación longitudinal de la calidad asistencial de la atención clínica en una consulta de atención primaria. Med Fam Andal. 2008; 2: 7-27.
 19. Corral San Laureano F, Ballesta García MJ, Aguilar Diosdado M, Ortego Rojo J, Torres Barea I, García Valero A, et al. Evaluación de la calidad asistencial en pacientes con diabetes tipo 2 del Área Sanitaria Cádiz-San Fernando. Rev Av Diabetol. 2005; 21: 52-57.
 20. López Fernández I, Luna Cano MR. Evaluación de Calidad de Control asistencial de diabéticos tipo 2 en un área de salud Pontevedra-Sur. Cad Aten Primaria. 2009; 16: 8-11.

Tabla 1.- Criterios de calidad, según proceso diabetes

DEFINICIÓN DE CRITERIOS Deben estar registrados en la historia clínica :	EXCEPCIONES	ACLARACIONES (1)
Los antecedentes personales	---	"Lista de problemas"
El cumplimiento del tratamiento farmacológico	Pacientes controlados con dieta y ejercicio	"Hojas de Seguimiento Clínico" (HSC) o "módulo de prescripción"
La realización de educación sanitaria		HSC ó módulo del proceso diabetes
La realización de biomicroscopía o retinografía	No indicado por edad o mala calidad vida	HSC ó módulo del proceso diabetes
La exploración anual de los pies		HSC ó módulo del proceso diabetes
La exploración anual de pulsos periféricos		HSC ó módulo del proceso diabetes
La determinación semestral de hemoglobina glicosilada (HbA1c)		HSC ó módulo del proceso diabetes
La determinación anual de colesterol total		HSC
La determinación anual de HDL-Colesterol		HSC
La determinación anual de Creatinina		HSC
La determinación anual del Índice Microalbumina-Creatinina (IMAC)		HSC ó módulo del proceso diabetes
La medición anual del peso		HSC ó módulo del proceso diabetes
Los antecedentes familiares		HSC o apartado Antecedentes familiares
El consumo de alcohol		HSC o apartado Consumo de Tóxicos
El consumo de tabaco		HSC o apartado Consumo de Tóxicos
La revisión de la dieta y ejercicio		HSC ó módulo del proceso diabetes
La determinación anual de hemograma		HSC
La vacunación antigripal anual	Contraindicación	HSC ó módulo del proceso diabetes
La realización de ECG bianual		HSC ó módulo del proceso diabetes
La realización de autoanálisis	Ti ^{ro} sin secretagogos Metformina. Glitazona	HSC ó módulo del proceso diabetes? ó Módulo de prescripción
La medición anual de la talla		HSC ó módulo del proceso diabetes
La determinación trimestral TA		HSC ó módulo del proceso diabetes

(1) Apartado de la historia donde se ha investigado la existencia de registros, para considerar como cumplido cada criterio. Hoja de Seguimiento Clínico (HSC) ó módulo de proceso Diabetes.

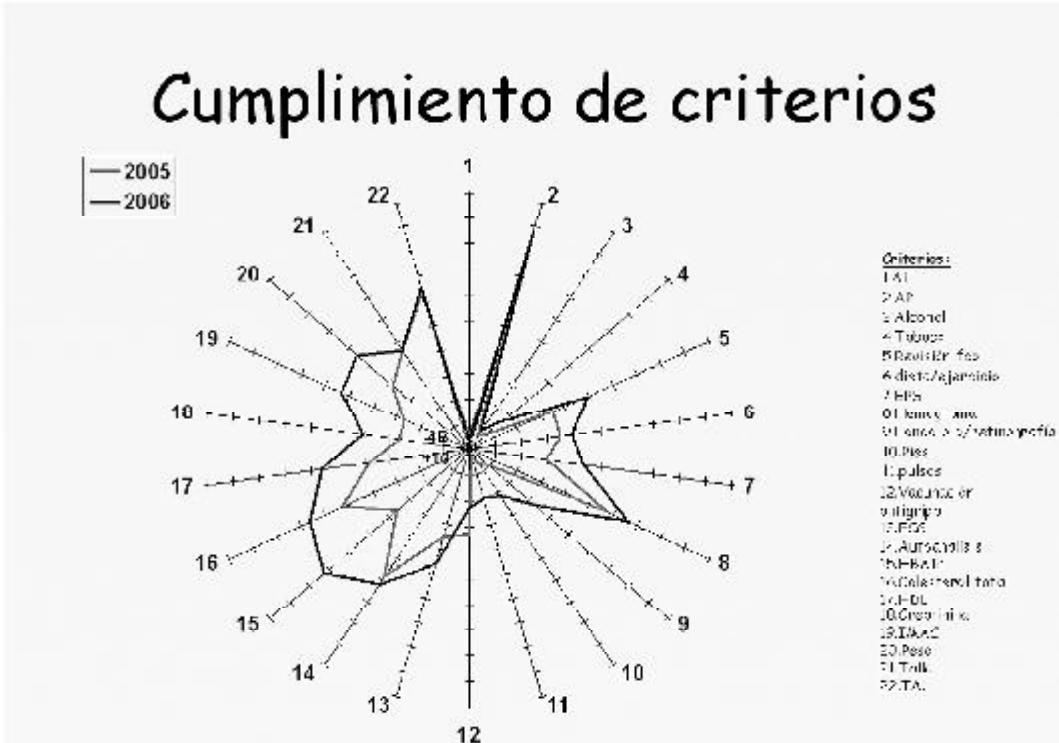
Tabla 2: Criterios con significación estadística

CRITERIO	% cumplimiento 1ª evaluación	% cumplimiento 2ª evaluación	% mejora absoluta	% mejora relativa	Valor X ²	p	valor Z	p
Antecedentes personales	70,4(±9)	87,6(±6,6)	17,20	58,11	8,71	0,003	2,95	0,002
Cumplimiento fármacos	34,7(±9,4)	49,5(±9,9)	14,80	22,66	4,38	0,036	2,09	0,018
Educación Sanitaria	29,6(±9)	43,3(±9,9)	13,70	19,46	3,96	0,046	1,99	0,023
Biomicroscopia / Retina	9,2(±5,7)	33(±9,4)	23,80	26,21	16,64	<0,001	4,07	<0,001
Pies	7,1(±5,1)	21,6(±8,2)	14,50	15,61	8,34	0,003	2,89	0,002
Pulsos	3,1(±3,4)	19,6(±7,9)	16,50	17,03	13,30	<0,001	3,64	<0,001
HbA1c	35,7(±9,5)	72,2(±8,9)	36,50	56,77	26,06	<0,001	5,11	<0,001
Colesterol total	52(±9,9)	66(±9,4)	14,00	29,17	3,91	0,047	1,98	0,024
HDL	37,8(±9,6)	55,7(±9,9)	17,90	28,78	6,29	0,012	2,51	0,006
Creatinina	26,5(±8,7)	40,2(±9,8)	13,70	18,64	4,10	0,042	2,02	0,022
IMAC	26,5(±8,7)	52,6(±9,9)	26,10	35,51	13,84	<0,001	3,72	<0,001
Peso	37,8(±9,6)	55,7(±9,9)	17,90	28,78	6,29	0,012	2,51	0,006

Tabla 3: Criterios sin significación estadística

CRITERIO	% cumplimiento 1ª evaluación	% cumplimiento 2ª evaluación	% mejora absoluta	% mejora relativa	Valor X ²	p	Valor Z	p
Antecedentes familiares	5,1(±4,4)	3,1(±3,4)	-2,00	-2,11	-0,72	ns	-0,71	ns
Alcohol	6,1(±4,7)	8,2(±5,5)	2,10	2,24	3,33	ns	0,57	ns
Tabaco	8,1(±5,4)	16,5(±7,4)	8,40	9,14	3,14	ns	1,77	0,038
Dieta-ejercicio	34,7(±9,4)	39,2(±9,7)	4,50	6,89	0,42	ns	0,65	ns
Hemograma	57,1(±9,8)	66(±9,4)	8,90	20,75	1,61	ns	1,27	ns
Vacunación antigripal	32,7(±9,39)	22,7(±8,3)	-10	-14,86	2,42	ns	-1,56	ns
ECG	34,7(±9,4)	45,4(±9,9)	10,70	16,36	2,31	ns	1,52	ns
Autocontrol	58,2(±9,8)	61,9(±9,7)	3,70	8,85	0,28	ns	0,53	ns
Talla	45,9(±9,6)	46,4(±9,9)	0,50	0,92	0	ns	0,07	ns
TA	63,3(±9,5)	64,9(±9,5)	1,60	4,36	0,06	ns	0,24	ns

Gráfica 1: Comparación de las evaluaciones.



ORIGINAL

Hábito de fumar en Climatéricas, posible causa de un resultado

Rocha Vázquez M¹, Cabrera Lima K², Cruz Pérez NR³, Acosta Figueredo E⁴

¹ Especialista de primer grado en Medicina General Integral. Profesor Auxiliar. Máster en Educación Médica. Facultad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Cuba

² Residente de Cirugía General. Hospital Provincial Gustavo Aldereguía Lima. Cuba.

³ Lic. en Estadística. Profesor Auxiliar en Informática Médica. Facultad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Cuba.

⁴ Bachiller en Filosofía de UPM, México. Nivel Intermedio de Inglés de la Universidad de Georgetown, WA. Estudiante de 2do año de Lic. En Informática, Facultad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Cuba.

RESUMEN

Título: Hábito de fumar en Climatéricas, posible causa de un resultado.

Objetivo: Determinar la relación existente entre el hábito de fumar y el período climatérico.

Diseño: Estudio analítico de casos y controles.

Emplazamiento: Consultorios 33 y 34 del Área V de Cienfuegos entre Febrero- Abril de 2007, instituciones de Atención Primaria de Salud.

Población y muestra: Universo representado por 272 pacientes y la muestra seleccionada de 120, escogidos aleatoriamente.

Intervenciones: Se aplicó un Formulario individual, previo consentimiento informado que incluye Edad actual, Presencia de Menopausia y edad de la misma, enfermedades que padece y su relación con la menopausia, hábito de fumar y sus características. Se procesaron los datos en SSPS (versión 11) y los resultados se expresan en tablas de números y frecuencias.

Resultados: Los síntomas neurovegetativos y psicológicos resultaron más frecuentes en premenopáusicas y los genitourinarios en las postmenopáusicas, con diferencias significativas. El Síndrome Climatérico se presentó con mayor frecuencia en fumadoras.

Conclusiones: El hábito de fumar provocó cambios en el período climatérico en la muestra, adelantando la edad de la menopausia y aumentando la frecuencia y severidad del síndrome climatérico.

Palabras clave: Menopausia, Síndrome Climatérico, hábito de fumar.

SUMMARY

Title: The Consequences of Smoking Habits during Perimenopause.

Goal: To determine the relationship between smoking habits and perimenopause.

Design: Analytical study based on cases and controls.

Setting: Two primary care clinical practices (numbers 33 and 34) in Area V, Cienfuegos, between February and April 2007.

Population and sample: A random sample of 120 persons was obtained from a group of 272 patients.

Interventions: Upon obtaining the patient's consent, information was gathered on a form that included the following: current age, existence of menopause and age of onset, current illnesses and their relationship with menopause, smoking habits and characteristics. SPSS software was used for data analysis and results are expressed in numeric tables and frequencies.

Results: Psychological and neurovegetative symptoms were more frequent in pre-menopausal women. Among post-menopausal women urogenital symptoms were more frequent. Differences between both were significant. Climacteric syndrome was found more frequently in smokers.

Conclusions: In this sample, the habit of smoking produced changes during the climacteric period. The onset of menopause occurred earlier and there was an increase in the frequency and severity of climetric syndrome.

Key words: menopause, climacteric syndrome, smoking habit.

Correspondencia: Dra. Mabel Rocha Vázquez
Edificio 18 plantas No. 19. Piso 16
Apto. 1601. Pastorita Cienfuegos. Cuba
Código Postal: 55100
E-mail: mrv@cmc.cfg.sld.cu

Recibido el 18-02-2009; aceptado para publicación el 06-08-2010
Med fam Andal 2010; 3: 245-250

INTRODUCCION

La mayor expectativa de vida, uno de los principales logros sociales del siglo XX, tuvo una gran repercusión en la mujer incluyendo entre otros aspectos, la preparación necesaria para brindarle atención médica a una población envejecida (1,2).

El hecho de que la mujer pierda su menstruación en un momento determinado de su vida, es conocido desde la antigüedad más remota. Se encuentran referencias de este fenómeno en la Biblia y papiros egipcios (3).

¿De qué se habla entonces?

El climaterio es un período fisiológico en la vida de las mujeres que se encuentra condicionado por los cambios hormonales que en él acontecen. La función ovárica cesa de una manera progresiva y paulatina. Se produce una deficiencia de hormonas sexuales, estrógenos y progestágenos, y la aparición de una serie de síntomas ligados a esa deficiencia hormonal.

1. CLIMATERIO (del gr. klimater, escalón). Es el período de transición desde la etapa reproductiva hasta la no reproductiva en el que se van a presentar un conjunto de fenómenos que acompañan al cese de la función ovárica de la mujer y abarca, aproximadamente, desde un año antes hasta otro después de la menopausia.

2. MENOPAUSIA (del gr. menós, mes y el gr. paûsis, cesación). Según la OMS se define la menopausia natural como: "cese permanente de la menstruación, determinado de manera retrospectiva, después de 12 meses consecutivos de amenorrea, sin causas patológicas" (3,4). Actualmente la edad media de presentación se establece en $48,5 \pm 3,8$ años.

Ahora bien, ¿Todas las mujeres perciben los cambios durante el climaterio de igual forma?

Evidentemente no, y por supuesto esto depende de muchas causas, dentro de ellas pueden estar la influencia que ejercen los estilos de vida no saludables, dentro de los cuales los hábitos tóxicos revisten especial importancia, reportándose que el hecho de fumar está asociado con menopausia temprana y con mayor riesgo de infertilidad (5, 6).

En nuestros días se va incrementando de manera significativa la esperanza de vida (1,2) y así las mujeres estarán prácticamente la mitad de su vida en el período climatérico, esto unido al aumento del hábito de fumar en el sexo femenino (7) nos motivaron a realizar este estudio a fin de analizar la relación existente entre el hábito de fumar y esta importante etapa en la vida de la mujer, que es el período climatérico.

SUJETOS Y MÉTODOS

Se realizó un estudio analítico de casos y controles. El universo estuvo constituido por 272 mujeres entre 45 y 59 años de edad del Consultorio Médico No. 33 y 34 del Área de Salud 5 del municipio de Cienfuegos, en el período comprendido de Febrero-Abril de 2007. Para la selección de la muestra se decidió estudiar 120 mujeres, que representan el 44 % del universo, cuyo tamaño unido al método probabilístico de selección de la muestra podría considerarse representativa. La muestra seleccionada se distribuyó en dos grupos, un grupo identificado como estudio que incluyó a 40 pacientes fumadoras escogidas al azar por una tabla de números aleatorios del universo definido; el otro grupo identificado como control, formado por 80 pacientes (2 controles por un estudio), que contenía a las no fumadoras, también escogidas al azar, excluyéndose las pacientes con menopausia quirúrgica.

Se aplicó una encuesta de carácter personal previo consentimiento informado, que incluye las siguientes variables: Edad actual, Presencia de Menopausia y edad de la misma, enfermedades que padece y su relación con la menopausia, hábito de fumar y sus características.

Se clasificó a las pacientes fumadoras según el número de cigarrillos fumados diariamente en leve, moderada y gran fumadora (7).

Se determinó el Índice de Kupperman (8) para evaluar la presencia y severidad del Síndrome Climatérico. Para calcularlo se toma en cuenta la presencia o no de 11 síntomas y/o signos, cada uno de los cuales tiene una puntuación predefinida por el autor en la validación del índice. Los síntomas o signos se clasifican en severo,

moderado, ligero o ausente dando un puntaje de 3, 2, 1 y 0 respectivamente. Se multiplican los puntos por la intensidad en cada uno de ellos y la sumatoria se lleva a una escala cualitativa interpretando los resultados de la siguiente forma: Síndrome Climatérico Ausente: Kupperman menor de 15 puntos, Síndrome Climatérico Ligero: Kupperman de 15 a 19 puntos, Síndrome Climatérico Moderado: Kupperman de 20 a 35 puntos, y Síndrome Climatérico Crítico: Kupperman mayor de 35 puntos (⁶).

Los datos obtenidos fueron procesados por los programas SPSS para Windows versión 13 y el Epi Info versión 6.0. Para determinar la influencia del azar en las diferencias encontradas entre los grupos se aplicó el procedimiento de diferencia entre proporciones para variables cualitativas con una exigencia de un 95 % (alfa=0.05) de confianza (Chi cuadrado).

RESULTADOS

Constatamos una diferencia significativa en aquellas mujeres que presentaron la menopausia entre 35 y 39 años a favor de las fumadoras con una probabilidad de 0,0014295, llegando a ser la reducción en años de la aparición de la menopausia en las fumadoras de 3,73 años como promedio (Tabla 1).

Al relacionar los síntomas neurovegetativos con el hecho de fumar o no en las premenopáusicas y en las posmenopáusicas; no se encontraron evidencias significativas de la influencia del hábito de fumar sobre ellos, no obstante se constató como en las fumadoras premenopáusicas prevalecieron el insomnio con un 70.0% seguido por el sofoco y la sudoración con un 65%, y en el caso de las no fumadoras prevaleció el sofoco y la sudoración, con un 55.0%, mientras que en la postmenopausia, tanto en fumadoras como en las no fumadoras, predominó el insomnio con un 57,5% y un 32.5% respectivamente, siendo entonces en ambos períodos estos tres síntomas los que prevalecieron.

Cuando analizamos la relación entre síntomas psicológicos con el hábito de fumar en las premenopáusicas no se encontraron evidencias significativas de la influencia del mismo, no obstante

fueron la depresión y melancolía unido a la irritabilidad y nerviosismo los que con más frecuencia se encontraron en las fumadoras, ambos con un 52,5% y predominó además, en las no fumadoras, la irritabilidad y el nerviosismo con un 58.75%; sin embargo en la postmenopausia la irritabilidad y el nerviosismo mostraron diferencias significativas a favor de las fumadoras con un OR (Odd Ratio) 2.10 (0,96<OR <4,59), de lo que podemos deducir que el hecho de no fumar constituye un factor protector para sufrir estos síntomas.

Al relacionar los síntomas genitourinarios con el hecho de fumar, no se encontraron evidencias significativas en la premenopausia, de cualquier modo se constató como prevalece por encima de los demás síntomas el ardor al orinar con un 20,0 % en las fumadoras, seguido por la incontinencia urinaria y la coitalgia mientras que en las no fumadoras es la sequedad vaginal el síntoma prevaleciente, siendo de modo general en la premenopausia los síntomas genitourinarios más evidentes en las fumadoras. En las posmenopáusicas encontramos diferencias significativas en cuanto a la incontinencia urinaria a favor de las fumadoras con un OR 2,31 (0,97<OR<5,76) de lo que podemos deducir que el hecho de no fumar constituye un factor protector para la aparición de incontinencia urinaria.

En la tabla 2 se muestra la relación del Síndrome Climatérico con el Hábito de fumar, encontrando que el síndrome en su clasificación de moderado y crítico se presentó con mayor frecuencia en las fumadoras, pues sólo el 5% de ellas lo tuvo de modo ligero y el 10.10% no lo presentó, contra un 30% en las no fumadoras. Además hay que resaltar como en el síndrome climatérico ligero hay diferencias significativas entre las fumadoras y no fumadoras, con un OR de 0.21 (0,03<OR<1,04), de lo que se deduce que el hábito de fumar constituye un factor de riesgo. En el caso de aquellas mujeres que presentan el síndrome climatérico ausente se encontraron evidencias significativas con un OR de 0,26 (0,07<OR<0,88), por lo que en este caso se considera también el hábito de fumar como un factor de riesgo. El OR en el crítico tiene un valor de 4,11 (1,23<OR<14,17), constituyendo el hecho de no fumar un factor protector en este caso. Por lo tanto, el hábito de fumar aumenta cada vez más la probabilidad de presentar de forma más florida el síndrome climatérico.

DISCUSIÓN

La mayoría de las mujeres esperan con verdadero temor el inicio de la menopausia, que generalmente aparece alrededor de los 50 años, no obstante, a partir de los 40 comienzan a "prepararse" (9).

Coincidiendo con el criterio de otros autores el hábito de fumar en mujeres después de los 35 años se incrementa (7), lo cual cobra mayor interés si se trata de las mujeres climatéricas pudiendo modificar la sintomatología que ellas presentan durante esta etapa de la vida.

La edad de aparición de la menopausia tiene gran importancia, pues en muchas ocasiones, los síntomas que se describen en el climaterio se exageran al llegar la misma. La mayoría de los autores y el grupo científico de la OMS para la investigación de la menopausia coinciden en que existen variaciones entre el rango de edad (10, 11), de forma general éste es variable. Se acepta que puede ocurrir entre 35 y 55 años, como promedio 50 años. Por debajo de los 40 años se considera temprana y por encima de los 52, tardía. En ambos casos, el médico debe priorizar la atención para identificar las causas (11).

En estudios realizados en países desarrollados se han encontrado promedios de edad de la menopausia entre los 49.1 y 50.8 años, por ejemplo en EE.UU está entre los 48 y 52 años y en España ocurre alrededor de los 50 años. Otras investigaciones realizadas en países en vías de desarrollo, aunque menos numerosas, han mostrado valores algo inferiores, entre los 47.3 y 48.2 años (10, 11).

En Cuba se han realizado ya algunos trabajos sobre el tema, autoras como Daysi Navarro, Blanca R Manzano y Mayda Guillén, entre otros, han obtenido promedios de edad de la menopausia entre los 47 años y los 48.7 años (11).

Varios autores coinciden en que existen varios factores que pueden influir en la edad de la menopausia, dentro de los cuales se encuentra el hábito de fumar el cual puede adelantarla en alrededor de 2 años (10, 11).

Con relación a las características clínicas que pueden presentarse durante esta etapa se desta-

can las crisis vasomotoras, las que generalmente afectan a más del 80% de las mujeres y se pueden confundir con otras afecciones (9,11,12). La aparición de los calores se ve favorecida por el estrés, el calor, el alcohol y el ayuno, y guardan relación directa, con los disturbios endocrinos. Se ha referido la secuencia calor-taquicardia-enrojecimiento-frío con características de aparición nocturnas y que pueden sucederse con una frecuencia de 3 a 10 en 24 horas (11).

Estudios realizados por otros autores reportan los calambres de manos y pies en el 81.1% de las mujeres, así como los bochornos ó calores, las sudoraciones y las palpitaciones en el 66.7%, 63.3% y 66.7% (11) de las féminas, respectivamente.

El comportamiento de los síntomas clínicos durante el climaterio coincide con el descrito por la mayoría de los autores, quienes plantean que los síntomas vasomotores son los más frecuentes y pueden observarse hasta entre un 75% a un 85% de las mujeres de estas edades, síntomas que tienden a disminuir después de la menopausia a pesar de persistir el hipoestrinismo (11).

Otra de las alteraciones que afectan a las mujeres durante el climaterio son los síntomas nerviosos, dentro de los cuales el más frecuente es la depresión que se asocia con trastornos del metabolismo del triptófano (11).

Independientemente de lo señalado desde el punto de vista biológico, en esta etapa de la vida es frecuente que ya los hijos son mayores y abandonen el hogar, y la mujer (sobre todo si es ama de casa), se siente sin misión, sin cometido. Ocurre lo que se ha dado en llamar el síndrome del nido vacío que añade una carga psíquica negativa al cuadro que tiene (11).

Para algunas culturas, el sexo termina junto con las menstruaciones, y aún en las sociedades más desarrolladas hay prejuicios con la menopausia y su efecto sobre las conductas sexuales (11). La sexualidad es, como se sabe, algo mucho más extenso que las relaciones sexuales de la pareja. Abarca un amplio abanico de fenómenos emocionales, corporales, intelectuales, éticos, psíquicos y sociales que configuran la existencia del individuo (11).

El hipoestrinismo de las mujeres postmenopáusicas explica la atrofia de la vulva y la pérdida

de la mayor parte de su colágeno, tejido adiposo y capacidad de retener agua, volviéndose aplanada y fina. La reducción y el estrechamiento vaginal se producen por el afinamiento de la pared y la pérdida de la elasticidad. Así, la vagina produce menos secreciones y pierde la mayor parte de su capacidad de lubricación como respuesta a la estimulación sexual. Todos estos cambios tienden a reducir el bienestar y el interés por el coito (6). También la pérdida de atractivo físico o la creencia de que la pobre respuesta se corresponde con falta de cariño, puede alterar la relación sexual, así como la de comunicación en la pareja.

El cese de la función ovárica produce una disminución hormonal y se expresa con síntomas característicos muy conocidos llamado Síndrome Climatérico, ocurre en 2 de cada 3 mujeres (6,11,12), y está dado por alteraciones psicológicas; genitourinarias y síntomas neurovegetativos (6). Nuestros resultados coinciden con los reportados por otros autores en cuanto a la frecuencia con que se presenta el mismo en las mujeres estudiadas (6, 11,12)

Algunos investigadores lo ubican en lo que Comelles llama "síndromes delimitados culturalmente", ya que la mayoría de los trastornos observados no están totalmente definidos desde el punto de vista orgánico, sino que aparecen en contextos culturales específicos (6). Teniendo en cuenta la multifactorialidad que esta inmersa en este tema debemos señalar como en el decursar del trabajo se revela la relación existente entre el hábito de fumar y esta importante etapa en la vida de la mujer, que es el período climatérico.

CONCLUSIONES

El hábito de fumar provocó cambios en el período climatérico en la muestra, adelantando la edad de la menopausia y aumentando la frecuencia y severidad del síndrome climatérico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Navarro D. Terapia Hormonal de Reemplazo en el siglo XXI. *Rev Cubana Endocrinol.* 2005; 16: 0-0.

2. Morales A. La terapia de reemplazo hormonal y el estudio WHI. *Rev Iberoam Educ Méd Continuada* 2003; 22: 36-8.

3. Coutado Méndez A. Menopausia y terapia hormonal. [Monografía en Internet]. URL: <http://http://www.fisterra.com/guias2/menopausia.asp>

4. Pérez López FR. Menopausia y Climaterio. [Monografía en Internet]. URL: <http://http://www.unizar.es/gine/menopausia.htm>

5. Dugal R, Hesla K, Sordal T, Aase KH, Lilleid O, Wickstrom E. Comparison of usefulness of Estradiol vaginal tablets and Estriol vagitories for treatment of vaginal atrophy. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2000; 79: 293-297.

6. González Menéndez R. Cómo liberarse de los hábitos tóxicos. Guía para conocer y vencer los hábitos provocados por el café. *Revista Cubana de Medicina General Integral* [en línea]. 1995; 11. URL: http://http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol11_3_95/mgi06395.htm

7. Espinosa Roca A, Espinosa Brito A. Factores de Riesgo asociados en los fumadores. Resultados de la medición inicial del proyecto global. *Rev Cub Med.* [en línea]. 2001; 40. URL: <http://www.bvs.sld.cu/revistas/med/vol40-3-01/med02301.pdf>.

8. Espinosa Roca A, Espinosa Brito A. Tabaquismo. *Revista Científica Médica de Cienfuegos Finlay.* 2005; 10 (esp.): 33.

9. González Cabrera H. Mujeres en Riesgo. *Juventud Rebelde;* 2005.

10. Hernández Sánchez M, Alvares Bustamante G. Climaterio. [Monografía en Internet]. Perú: S/E; 2005. URL: <http://www.ilustrados.com>

11. Lugones Botella M, Quintana Riverón T, Cruz Oviedo Y. Climaterio y menopausia: importancia de su atención en el nivel primario. *Rev Cubana Med Gen Integral.* [en línea]. 1997; 13. URL: http://http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol13_5_97/mgi14597.htm

12. Lugones Botella M, Valdes Domínguez S, Pérez Piñero J. Caracterización de la mujer en etapa del

Climaterio. Revista cubana Obstet Ginecol [en línea]. 2001; 27. URL: <http://www.bvs.sld.cu/revistas/obstetginecol/vol27-1/obstetginecol.pdf>

13. Las mujeres y el fumar. [Monografía en Internet]. URL: <http://www.cancer.org/docroot>

/ESP/content/ESP_2_1x_Las_mujeres_y_el_fumar.asp

14. ¿Por qué el cigarrillo conquistó a la mujer? [Monografía en Internet]. URL: http://www.whitelies.tv/FILES/LIES/Lies_40.pdf

^a Barroso Lorenzo A. Caracterización de la mujer en etapa climática. [Trabajo para optar por el título de especialista en primer grado de medicina general integral] 2003. Instituto Superior Ciencias Médicas de la Habana, Policlínico Carlos Manuel Portuondo. Tesis de Especialidad.

^b Rocha Vázquez M. Climaterio y Menopausia. estudio en un Consultorio Médico. [Trabajo para optar por el título de Especialista de Primer Grado de MGI] 1998. Facultad de Ciencias Médicas, Cienfuegos. Tesis de Especialidad.

^c Barroso Lorenzo A. Caracterización de la mujer en etapa climática. [Trabajo para optar por el título de Especialista de primer grado de MGI] 2003. Facultad Finlay Albarrán, La Habana. Tesis de Especialidad.

Tabla 1. Comportamiento de la edad de la menopausia según hábito de fumar.

Edad de la menopausia	Fumadoras		No Fumadoras		Chi ²	p
	No	%	No	%		
35-39	7	25,92	-	0,0		0,0014295*
40-44	6	22,22	5	13,51	0,82	0,3655
45-49	7	25,92	17	45,94	2,63	0,1050
50-54	7	25,92	15	40,54	1,45	0,2278
Total	27	100	37	100		
Edad Media	44,78		48,51			
Desviación Estándar	6,034		3,404			

GL=1

n=40

n=80

*Test exacto de Fisher= 0,0014295

Tabla 2. Comportamiento del Síndrome Climaterico según hábito de fumar.

Síndrome Climaterico	Fumadoras		No Fumadoras		Chi ²	p	OR	L.inf	L.sup
	No	%	No	%					
Ligero	2	5,0	16	20,0	4,67	0,0307	0,21	0,03	1,04
Moderado	24	60,0	34	42,5	3,24	0,0717	2,03	0,88	4,73
Crítico	10	25,0	6	7,5	7,01	0,0081	4,11	1,23	14,17
Ausente	4	10,10	24	30,0	5,91	0,0150	0,26	0,07	0,88
Total	40	100	80	100					

GL=1

n=40

n=80

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Prevención de las exacerbaciones de la EPOC

Trillo Fernández C^{1*}, Piña Martín V^{2*}, Carmona Sánchez E³, Vargas Fuentes AM^{a3}, Seoane García J⁴¹ Médico de familia. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga² Médico de familia. Hospital Clínico Universitario. Málaga³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga⁴ Médico del trabajo y farmacóloga clínica. Servicio de Prevención ANTEA. Málaga

* Grupo Respiratorio de la SAMFyC

INTRODUCCIÓN

La EPOC se caracteriza por una obstrucción crónica y poco reversible al flujo aéreo. Se trata de una enfermedad prevenible y tratable con afectación extrapulmonar o sistémica¹. La exacerbación o agudización de la EPOC (AEPOC) se define como un cambio agudo en la situación clínica basal del paciente más allá de la variabilidad diaria, que cursa con aumento de la disnea, de la expectoración, expectoración purulenta, o cualquier combinación de estos tres síntomas y que precisa un cambio terapéutico².

Las exacerbaciones son frecuentes en la historia natural de los pacientes con EPOC y representan el motivo más frecuente de las visitas al médico, los ingresos en el hospital y la causa de muerte, al tiempo que favorecen el declive del volumen espiratorio forzado en el primer segundo (FEV1) en estos pacientes³, por lo que uno de los principales objetivos en el tratamiento de la EPOC es la prevención de las exacerbaciones⁴.

El propósito de la presente revisión es proporcionar al médico de familia información actualizada en relación con las medidas que han demostrado ser eficaces en la prevención de las exacerbaciones en pacientes con AEPOC⁵:

- Abandono del hábito tabáquico.
- Adecuado tratamiento farmacológico de la EPOC en fase estable.
- Vacunación antigripal y antineumocócica.
- Tratamiento antibiótico erradicador de las exacerbaciones cuando esté indicado.
- Tratamiento con corticoides orales en las exacerbaciones.
- Rehabilitación respiratoria.
- Educación del paciente para el autocuidado de la enfermedad.

La búsqueda bibliográfica se ha realizado en la Cochrane Library, Medline Pubmed y Evidence Based Review. El periodo de búsqueda se ha prolongado hasta marzo de 2010.

ABANDONO DEL HÁBITO TABÁQUICO

El tabaco es el factor etiológico principal de la EPOC; éste produce un proceso inflamatorio crónico con aumento de células inflamatorias específicas, que conlleva ciclos repetidos de lesión y reparación de la pared de la vía aérea y produce el remodelado estructural; generalmente la inflamación y el remodelado aumentan con la severidad de la enfermedad².

Dejar de fumar es la medida más efectiva y menos costosa para reducir el riesgo de padecer

Correspondencia: Cristóbal Trillo Fernández
CS Puerta Blanca
Av. Gregorio Diego, 46
29004 Málaga
E-mail: ctrillof@gmail.com

Recibido el 29-04-2010; aceptado para publicación el 02-06-2010
Med fam Andal 2010; 3: 251-259

EPOC; el abandono del hábito tabáquico mejora la función pulmonar, alivia la disnea y la tos, disminuye la mortalidad y reduce la frecuencia de las exacerbaciones, por lo que debe ser un objetivo en todos los niveles de asistencia sanitaria⁶.

La gravedad y la evolución de la EPOC en fumadores susceptibles se relaciona con la precocidad en la edad de inicio del hábito, el sexo, el índice paquete/año y la precocidad en el abandono del hábito, aunque también los individuos con EPOC que dejan de fumar en estadios avanzados se benefician, al detener la disminución de la función pulmonar y reducir la frecuencia e intensidad de las exacerbaciones⁷. Esta reducción en la frecuencia de las exacerbaciones es mayor cuanto mayor es la duración de la abstinencia⁸.

Fletcher y Peto describieron hace más de 30 años, cómo dejar de fumar hace que se detenga el deterioro acelerado de la función pulmonar de los pacientes con EPOC, de manera que, aunque no se recupera la pérdida de la función pulmonar, se produce una pérdida similar a la fisiológica cuando el fumador abandona el hábito⁹. Por lo tanto, a todo fumador diagnosticado de EPOC se le debe recomendar que abandone el tabaco de forma precoz; el asesoramiento individual por sí mismo ha demostrado ser útil en este sentido¹⁰, por lo que debe formar parte de cualquier actuación del personal sanitario hacia estos pacientes.

Se ha demostrado que la motivación es el factor más importante que determina la posibilidad de dejar de fumar¹¹ y que los pacientes diagnosticados de EPOC están más motivados para dejar de fumar¹², por lo que debemos establecer una estrategia de deshabitación en el momento del diagnóstico.

El tratamiento del tabaquismo es diferente para cada fumador y, como se ha dicho, depende de la motivación que éste tenga para abandonar de forma definitiva el consumo del tabaco. Así, parece claro que los fumadores que se encuentren en fase de preparación deben recibir 2 tipos de intervención: a) conductual, encaminada a combatir la dependencia psíquica que pudieran presentar, y b) farmacológica, para aliviar la dependencia física por la nicotina¹³. La terapia conductual, en la que se incluye el soporte social,

combinada con los tratamientos farmacológicos disponibles, se ha mostrado como la estrategia más eficaz para conseguir el abandono del hábito, por lo que, en ausencia de contraindicaciones, debe plantearse en todo fumador dispuesto a dejar el consumo.

En cuanto al tratamiento farmacológico disponemos de terapia sustitutiva con nicotina, bupropion y varenicline. Los tres han demostrado una mayor tasa de abstinencia al tabaco comparados con placebo^{14,15,16}.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA EPOC ESTABLE

El tratamiento de la enfermedad durante los periodos de estabilidad clínica debe ser integral, progresivo y escalonado en función de los síntomas, del grado de obstrucción y de la frecuencia de agudizaciones. Los objetivos del tratamiento de la EPOC son: mejorar los síntomas, prevenir la progresión de la enfermedad, mejorar la tolerancia al ejercicio, mejorar la calidad de vida, prevenir y tratar las complicaciones, prevenir y tratar las agudizaciones y reducir la mortalidad². La mayoría de los fármacos utilizados en los pacientes con EPOC disminuyen en mayor o menor medida la frecuencia de las exacerbaciones.

El tratamiento escalonado de los pacientes con EPOC queda resumido en la figura 1. Los primeros fármacos utilizados en aquellos pacientes que precisan de un tratamiento de mantenimiento, son los broncodilatadores de acción prolongada, ya sean beta-adrenérgicos (LABA: salmeterol, formoterol o indacaterol) o anticolinérgicos (tiotropio); aquellos pacientes que continúan sintomáticos a pesar del tratamiento con uno de estos fármacos, pueden beneficiarse de la asociación de dos broncodilatadores de diferente grupo².

Algunos fenotipos de la EPOC se benefician especialmente de los corticoides inhalados¹⁷; éstos estarán especialmente indicados en pacientes con EPOC grave que han presentado 2 o más exacerbaciones que han necesitado tratamiento antibiótico o con corticoides orales en el último año².

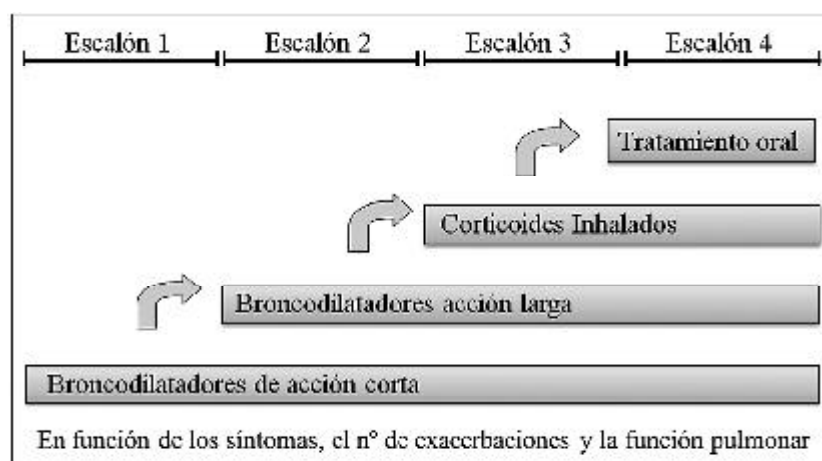


Figura 1: Tratamiento escalonado de los pacientes con EPOC.

El tratamiento oral con teofilina ocupa el último escalón en la terapia farmacológica de estos pacientes. El uso de mucolíticos es controvertido, aunque se han establecido indicaciones específicas. La oxigenoterapia continua domiciliaria está indicada en estadios avanzados en los que existe insuficiencia respiratoria.

En cuanto a los broncodilatadores, el tratamiento con LABA ha demostrado reducir el número de exacerbaciones^{18,19}. Este efecto también ha sido demostrado con tiotropio^{20,21,22} y con las teofilinas²³.

No existen diferencias en la reducción del riesgo de exacerbaciones entre el tiotropio y LABA²⁴, excepto en los pacientes con FEV1 < 40%, en los que existe una diferencia significativa a favor del tiotropio (RR = 0,83 [IC 95% = 0,71-0,98])²⁰.

Los beta2 adrenérgicos y los anticolinérgicos de acción corta, utilizados a demanda en los pacientes con EPOC, no han demostrado disminuir el número de exacerbaciones cuando se utilizan solos, aunque sí lo hacen cuando se utilizan en combinación²⁵.

En cuanto a los corticoides inhalados, también reducen de forma significativa las exacerbaciones en los pacientes con EPOC^{26,27,28}. Puhan et al, estiman una reducción del riesgo de exacerbaciones del 0,78 (IC 95% 0,70 – 0,86) en pacientes con EPOC moderada-severa²⁰. Comparados con los LABA, no existen diferencias significativas en cuanto a la reducción de las exacerba-

ciones^{20,24}. Tampoco existen diferencias significativas en comparación con el tiotropio²⁰.

El tratamiento combinado de LABA y corticoides inhalados es más efectivo en la reducción de las exacerbaciones comparado con los LABA²⁹ y con placebo^{20,24}. Puhan et al, sólo han demostrado una disminución de las agudizaciones con la combinación de LABA y corticoides inhalados, frente a monoterapia con cada uno de ellos, en pacientes con FEV1 < 40%²⁰.

Con la triple asociación salmeterol, fluticasona y tiotropio, Aaron et al, no encontraron diferencias significativas en la reducción de exacerbaciones con respecto al tiotropio solo³⁰, aunque sí en el número de hospitalizaciones. Un estudio reciente ha demostrado una reducción significativa del número de exacerbaciones graves con la asociación budesonida, formoterol y tiotropio respecto al tiotropio solo³¹, aunque estos hallazgos tienen la limitación de la duración del estudio (3 meses).

En cuanto a los mucolíticos, han demostrado una pequeña reducción del número de exacerbaciones sobre todo en pacientes con exacerbaciones frecuentes o prolongadas o que reiteradamente son ingresados en el hospital³². La carbocisteína comparada con placebo ha demostrado una reducción de las exacerbaciones³³. Esta reducción también ha sido observada con n-acetilcisteína en pacientes que no utilizan corticoides inhalados³⁴.

VACUNACIÓN ANTIGRI PAL Y ANTINEU- MOCÓCICA

La vacunación se considera una estrategia para prevenir y reducir el riesgo de exacerbaciones infecciosas.

La vacuna de la gripe reduce las exacerbaciones de pacientes con EPOC³⁵, así como la mortalidad en estos pacientes³⁶.

Streptococcus pneumoniae es uno de los gérmenes más frecuentemente implicados en las exacerbaciones bacterianas de la EPOC. La vacuna neumocócica polisacárida 23-valente (PPV23) es eficaz en individuos inmunocompetentes para evitar la enfermedad neumocócica invasiva y la neumonía bacteriémica, recomendándose en pacientes mayores de 65 años³⁷. En pacientes con EPOC menores de 65 años, la vacuna antineumocócica ha demostrado además ser eficaz para prevenir las neumonías de la comunidad, sobre todo en pacientes con FEV₁ < 40%³⁸. No se ha demostrado que en la EPOC la vacunación antineumocócica tenga impacto en la reducción de la morbilidad³⁶.

TRATAMIENTO ERRADICADOR EN LAS EXACERBACIONES

Uno de los objetivos del tratamiento antibiótico en las exacerbaciones de origen bacteriano es la prevención de nuevas exacerbaciones. Según algunos autores, para dicha prevención no es suficiente con conseguir la curación o mejoría clínica, sino que se debe conseguir la erradicación bacteriana para evitar la estimulación inflamatoria de la colonización bacteriana, que favorecería la aparición de nuevas reagudizaciones³⁹.

Se ha comprobado como la creciente carga bacteriana presente en las exacerbaciones de la EPOC se asocia a una mayor inflamación y a una pérdida acelerada del FEV₁ y que la colonización bacteriana es un importante factor en la progresión de la enfermedad⁴⁰.

La hipótesis cuantitativa supone la existencia de un umbral de concentración de microorganismos por encima del cual se produce una reacción inflamatoria que causa los síntomas de la exacer-

bación⁴¹. Según ésta, es suficiente con disminuir la concentración de microorganismos por debajo de este umbral para conseguir la curación clínica, aunque la presencia de los gérmenes favorecería el que se produjera una nueva exacerbación ante el crecimiento de los mismos. En cambio, si consiguiéramos erradicar el germen, no solo conseguiríamos la curación clínica, sino que disminuiríamos la probabilidad de que apareciera una nueva exacerbación. Por otra parte, con la erradicación bacteriana se minimizan la aparición y diseminación de resistencias⁴².

TRATAMIENTO CON CORTICOIDES ORALES EN LAS EXACERBACIONES

Las exacerbaciones de la EPOC se asocian con un incremento significativo de la inflamación local, de ahí la utilidad del tratamiento con corticoides orales en estos pacientes. Sin embargo, sus efectos adversos hacen que se limite su uso a las exacerbaciones moderadas o graves o a aquellas en las que la evolución inicial no sea favorable².

El tratamiento con corticoides orales durante las exacerbaciones de la EPOC, reduce considerablemente el fracaso terapéutico y la necesidad de tratamiento médico adicional y acorta los días de estancia en el hospital⁴³.

REHABILITACIÓN RESPIRATORIA

La rehabilitación respiratoria ha demostrado ser beneficiosa desde estadios iniciales de la enfermedad, mejorando la disnea, la capacidad de resistencia al esfuerzo y la calidad de vida de los pacientes con EPOC². Además, los programas de rehabilitación han demostrado una disminución de la utilización de los servicios sanitarios⁴⁴.

Uno de los beneficios que ofrece la rehabilitación respiratoria a los pacientes con EPOC es la reducción en el número de exacerbaciones y hospitalizaciones debidas a éstas^{45,46}.

Los objetivos de la rehabilitación durante las reagudizaciones son la prevención de nuevas

complicaciones, la disminución de la gravedad y la restitución del estado funcional anterior a la exacerbación. Se han establecido los beneficios de la rehabilitación pulmonar en pacientes con exacerbaciones de EPOC, reduciendo el número de ingresos hospitalarios y de mortalidad y mejorando la calidad de vida tras una exacerbación⁴⁷. La rehabilitación inmediatamente posterior a una reagudización debe realizarse en forma lenta y progresiva, observando los riesgos asociados con las comorbilidades de los pacientes.

EDUCACIÓN DEL PACIENTE PARA EL AUTOCUIDADO DE LA ENFERMEDAD

La educación del paciente con EPOC mejora la adherencia al tratamiento y persigue la utilización adecuada de los inhaladores y la participación activa en el reconocimiento y tratamiento precoz de las exacerbaciones. Entre sus contenidos se encuentran los siguientes:

- Deshabitación tabáquica.
- Correcta técnica inhalatoria.
- Estilo de vida saludable que incluya aspectos nutricionales.
- Aumentar la capacidad de ejercicio.
- Fisioterapia respiratoria.
- Educación en oxigenoterapia en los pacientes susceptibles.
- Plan de acción ante una exacerbación.

Los planes de acción ayudan a las personas con EPOC a reconocer y reaccionar adecuadamente ante una exacerbación de los síntomas a través de la autoadministración de antibióticos o esteroides⁴⁸ y se asocia a una disminución de los ingresos hospitalarios^{49,50}. La identificación temprana de la AEPOC mejora los resultados de salud en los pacientes que la padecen y reduce los costos asociados a la EPOC. El plan de acción para los pacientes con EPOC es una herramienta útil en Atención Primaria para facilitar el tratamiento precoz de las exacerbaciones⁵¹.

EVALUACIÓN

1.- Responda la respuesta correcta en relación al tabaco:

- a.- Produce inflamación y remodelado estructural en el aparato respiratorio.
- b.- Dejar de fumar es la medida más eficiente para reducir el riesgo de padecer EPOC.
- c.- El abandono del tabaco se relaciona con una reducción en la frecuencia de las exacerbaciones en pacientes con EPOC.
- d.- El tratamiento del tabaquismo es diferente en cada fumador dependiendo de su grado de motivación para abandonarlo.

e.- Todas las respuestas son verdaderas.

2.- Los objetivos del tratamiento de la EPOC son:

- a.- Mejorar los síntomas.
- b.- Prevenir la progresión de la enfermedad.
- c.- Mejorar la tolerancia al ejercicio.
- d.- Todas son correctas.

e.- a y b son correctas.

3.- En cuanto al tratamiento farmacológico de la EPOC estable señale la respuesta verdadera:

- a.- Los primeros fármacos utilizados son los corticoides inhalados.
- b.- El tratamiento oral con teofilinas ocupa el segundo escalón en estos pacientes.
- c.- El tratamiento con LABA ha demostrado reducir el número de exacerbaciones.
- d.- En pacientes con FEV1<40% el tratamiento con LABA reduce más el riesgo de exacerbaciones que el tratamiento con tiotropio.
- e.- Los beta adrenérgicos y anticolinérgicos de acción corta a demanda, disminuyen el número

de exacerbaciones, tanto al usarlos solos como en combinación.

4.- Señale las medidas que han demostrado eficacia en la prevención de las exacerbaciones de pacientes con EPOC:

a.- Vacunación antigripal y antineumocócica.

b.- Erradicación bacteriana con tratamiento antibiótico.

c.- Tratamiento con corticoides orales desde etapas tempranas de la enfermedad.

d.- Todas son correctas.

e.- a y b son correctas.

5.- La educación del paciente con EPOC para el autocuidado de la enfermedad tiene entre sus contenidos todos los siguientes excepto:

a.- Aumentar la capacidad de ejercicio.

b.- Fisioterapia respiratoria.

c.- Educación en oxigenoterapia en los pacientes susceptibles.

d.- Autoadministración de antibióticos o esteroides en caso de exacerbación.

e.- Evitación de factores desencadenantes para prevenir reagudizaciones.

Respuestas correctas: 1-d, 2-d, 3-c, 4-e, 5-e.

BIBLIOGRAFÍA

1. Celli BR. Update on the Management of COPD. *Chest*. 2008; 133: 1451-1462.

2. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for diagnosis, management, and prevention of COPD. Updated 2009. URL: <http://www.goldcopd.org>.

3. Donaldson GC, Seemungal TAR, Bhowmik A, Wedzicha JA. Relationship between exacerbation frequency and lung function decline in chronic

obstructive pulmonary disease. *Thorax*. 2002; 57: 847-52.

4. Celli BR, Calverley PMA, Rennard SI, Wouters EFM, Agusti A, Anthonisen N, et al. Proposal for a multidimensional staging system for chronic obstructive pulmonary disease. *Respiratory Medicine*. 2005; 99: 1546-1554.

5. Scott S, Walker P, Calverley PMA. COPD exacerbations. 4: Prevention. *Thorax*. 2006; 61: 440-7.

6. Andreas S, Hering T, Mühlig S, Nowak D, Raupach T, Worth H. Smoking cessation in chronic obstructive pulmonary disease: an effective medical intervention. *Dtsch Arztebl Int*. 2009; 106: 276-82.

7. Trofor A, Frasila EI. The habit of smoking: a sure step towards COPD. *Pneumologia*. 2007; 56: 85-90.

8. Au DH, Bryson CL, Chien JW, Sun H, Udris EM, Evans LE, et al. The effects of smoking cessation on the risk of chronic obstructive pulmonary disease exacerbations. *J Gen Intern Med*. 2009; 24: 457-63.

9. Fletcher C, Peto R. The natural history of chronic airflow obstruction. *B Med J*. 1977; 1: 1645-1648.

10. Lancaster T, Stead LF. Asesoramiento conductual individual para el abandono del hábito de fumar (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008; 1. Oxford: Update Software Ltd. URL: <http://212.169.42.7/newgenClibPlus/pdf/CD001292.pdf>.

11. Toljamo T, Kaukonen M, Nieminen P, Kinnula VL. Early detection of COPD combined with individualized counselling for smoking cessation: a two-year prospective study. *Scand J Prim Health Care*. 2010; 28: 41-6.

12. Bednarek M, Gorecka D, Wielgomas J, Czajkowska-Malinowska M, Regula J, Mieszkowski-Filipczyk G, et al. Smokers with airway obstruction are more likely to quit smoking. *Thorax*. 2006; 61: 869-73.

13. Jiménez-Ruiz CA, Riesco JA, Ramos A, Barrieco M, Solano S, Granda JL, et al. Recomen-

daciones para el tratamiento farmacológico del tabaquismo. *Propuestas de financiación. Arch Bronconeumol.* 2008; 44: 213-9.

14. Silagy C, Lancaster T, Stead L, Mant D, Fowler G. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2004; 3: CD000146.

15. Jarvis M, Powell S, Marsh H. A meta-analysis of clinical studies confirms the effectiveness of bupropion SR in smoking cessation. *Actas de 7th Annual Conference of the Society for Research of Nicotine and Tobacco*; 2001, marzo 23-25; Seattle. Seattle: Society for Research of Nicotine and Tobacco; 2001.

16. Cahill K, Stead LF, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonist for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007; 1: CD006103.

17. Miravittles M. Tratamiento individualizado de la EPOC: una propuesta de cambio. *Arch Bronconeumol.* 2009; 45: 27-34.

18. Appleton S, Poole P, Smith B, Veale A, Lasserson TJ, Chan MM. Long-acting beta2-agonists for poorly reversible chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006; 3: CD001104.

19. Stockley RA, Whitehead PJ, Williams MK. Improved outcomes in patients with chronic obstructive pulmonary disease treated with salmeterol compared with placebo/usual therapy: results of a meta-analysis. *Respir Res.* 2006; 7: 147.

20. Puhan MA, Bachmann LM, Kleijnen J, Ter Riet G, Kessels AG. Inhaled drugs to reduce exacerbations in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a network meta-analysis. *BMC Med.* 2009; 7: 2.

21. Tashkin DP, Celli B, Senn S, Burkhart D, Kesten S, Menjoge S, et al. A 4-year trial of tiotropium in chronic obstructive pulmonary disease. *N Engl J Med.* 2008; 359: 1543-54.

22. Vincken W, Van Noord JA, Greefhorst AP, Bantje TA, Kesten S, Korducki L, Cornelisson PJ. Improved health outcomes in patients with

COPD during 1 yr's treatment with tiotropium. *Eur Respir J.* 2002; 19: 209-216.

23. Zhou Y, Wang X, Zeng X. Positive benefits of theophylline in a randomized, double-blind, parallel-group, placebo-controlled study of low-dose, slow-release theophylline in the treatment of COPD for 1 year. *Respirology.* 2006; 11: 603-610.

24. Wilt TJ, Niewoehner D, MacDonald R, Kane RL. Management of Stable Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Systematic Review for a Clinical Practice Guideline. *Ann Intern Med.* 2007; 147: 639-653.

25. Routine nebulized ipratropium and albuterol together are better than either alone in COPD. The COMBIVENT Inhalation Solution Study Group. *Chest.* 1997; 112: 1514-1521.

26. Yang IA, Fong KM, Sim EH, Black PN, Lasserson TJ. Inhaled corticosteroids for stable chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007; 2: CD002991.

27. Gartlehner G, Hansen RA, Carson SS, Lohr KN. Efficacy and safety of inhaled corticosteroids in patients with COPD: a systematic review and meta-analysis of health outcomes. *Ann Fam Med.* 2006; 4: 253-62.

28. Alsaedi A, Sin DD, McAlister FA. The effects of inhaled corticosteroids in chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review of randomized placebo-controlled trials. *Am J Med.* 2002; 113: 59-65.

29. Nannini LJ, Cates CJ, Lasserson TJ, Poole P. Combined corticosteroid and longacting beta-agonist in one inhaler versus long-acting beta-agonists for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007; 4: CD006829.

30. Aaron SD, Vandemheen KL, Fergusson D, 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 Randomized Trial. *Ann Intern Med.* 2007; 146: 545-555.

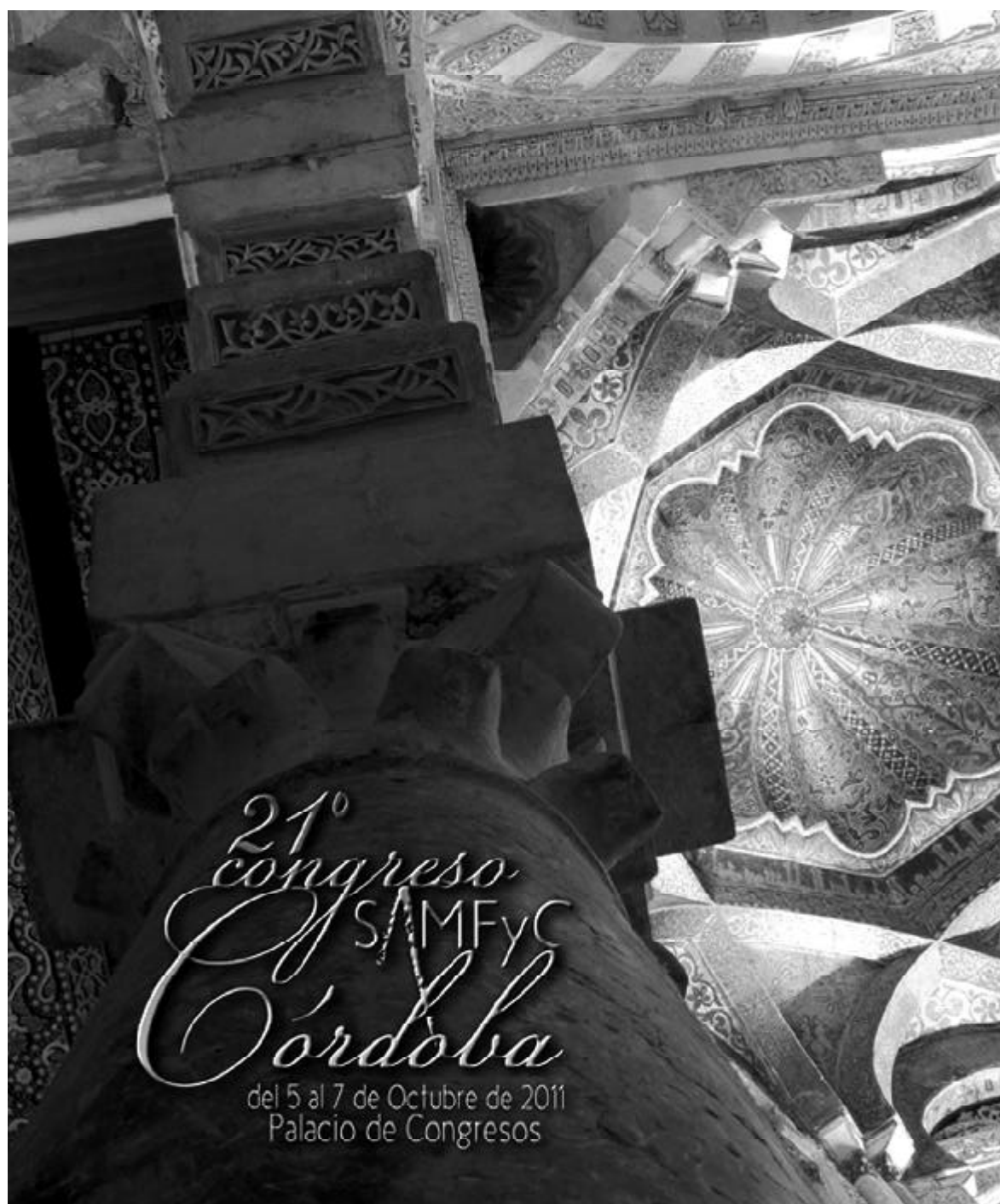
31. Welte T, Miravittles M, Hernandez P, Eriksson G, Peterson S, Polanowski T, Kessler R. Efficacy and tolerability of budesonide/formoterol added to tiotropium in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med*. 2009; 180: 741-50.
32. Poole PJ, Black PN. Agentes mucolíticos para la bronquitis crónica o la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus 2007, número 2. Oxford: Update Software Ltd. URL: www.update-software.com
33. Zheng JP, Kang J, Huang SG. Effect of carbocysteine on acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease (PEACE Study): a randomised placebocontrolled study. *Lancet*. 2008; 371: 2013-18.
34. Sutherland ER, Crapo J D, Bowler R P. N-Acetylcysteine and exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. 2006; 3: 195-202.
35. Poole PJ, Chacko E, Wood-Baker RW, Cates CJ. Influenza vaccine for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006; 1: CD002733.
36. Schembri S, Morant S, Winter JH, MacDonald TM. Influenza but not pneumococcal vaccination protects against all-cause mortality in patients with COPD. *Thorax*. 2009; 64: 567-72.
37. Alfageme Michavila I, Reyes Núñez N, Merino Sánchez M. Vacunación en el enfermo respiratorio. *Neumosur*. 2005; 17: 259-64.
38. Alfageme I, Vazquez R, Reyes N, Munoz J, Fernandez A, Hernandez M, et al. Clinical efficacy of anti-pneumococcal vaccination in patients with COPD. *Thorax*. 2006; 61: 189-95.
39. White AJ, Gompertz S, Bayley DL, Hill SL, O'Brien C, Unsal I, Stockley RA. Resolution of bronchial inflammation is related to bacterial eradication following treatment of exacerbations of chronic bronchitis. *Thorax*. 2003; 58: 680-5.
40. Wilkinson TMA, Patel IS, Wilks M, Donaldson GC, Wedzicha JA. Airway Bacterial Load and FEV1 Decline in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Am J Respir Crit Care Med*. 2003; 167: 1090-1095.
41. Miravittles M. Exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: when are bacteria important? *Eur Respir J*. 2002; 36: 9s-19s.
42. Dagan R, Klugman KP, Craig WA, Baquero F. Evidence to support the rationale that bacterial eradication in respiratory tract infection is an important aim of antimicrobial therapy. *J Antimicrob Chemother*. 2001; 47: 129-40.
43. Walters JA, Gibson PG, Wood-Baker R, Hannay M, Walters EH. Systemic corticosteroids for acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009; 1: CD001288.
44. Hui KP, Hewitt AB. A simple pulmonary rehabilitation program improves health outcomes and reduces hospital utilization in patients with COPD. *Chest*. 2003; 124: 94-7.
45. Griffiths T, Burr ML, Campbell IA, Lewis-Jenkins V, Mullins J, Thomas J, et al. Results at 1 year of outpatient multidisciplinary pulmonary rehabilitation: a randomized controlled trial. *Lancet*. 2000; 355: 362-8.
46. Foglio K, Bianchi L, Ambrosino N. Is it really useful to repeat outpatient pulmonary rehabilitation programs in patients with chronic airway obstruction? A 2-year controlled study. *Chest*. 2001; 119: 1696-704.
47. Puhan M, Scharplatz M, Troosters T, Walters EH, Steurer J. Pulmonary rehabilitation following exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Data base Syst Rev*. 2009; 1: CD005305.
48. Turnock AC, Walters EH, Walters JAE, Wood-Baker R. Planes de acción para la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. URL: <http://www.update-software.com>.
49. Seden MF, Nault D, Hamd DH, Bourbeau J. A self-management education program in-

cluding an action plan for acute COPD exacerbations. COPD. 2009; 6: 352-8.

50. Effing T, Monninkhof EM, Van der Valk PDLPM, Van der Palen J, Van Herwaarden CLA, Partidge MR, et al. Educación en autocuidado para pacientes con enfermedad pulmonar obs-

tructiva crónica (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. URL: <http://www.update-software.com>.

51. Kaplan A. The COPD action plan. Can Fam Physician. 2009;55: 58-9.



PUBLICACIONES DE INTERÉS / ALERTA BIBLIOGRÁFICA

(1 de julio a 30 de septiembre de 2010)

Manteca González A

Médico de Familia. Centro de Salud El Palo

Los artículos publicados entre el 1 de julio y el 30 de septiembre de 2010 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.

Debajo de cada referencia se presenta su PMID, identificador para localizar el artículo en PubMed, en aquellos casos en los que se dispone de tal dato.

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.

Campos EL. Relación clínica y problemas éticos en atención primaria, São Paulo, Brasil. *Aten Primaria*. 2010; 42: 406-412 [C,I]

Cirera L, Segura A. Documentos médicos de la defunción actualizados: certificado médico de defunción y boletín estadístico de parto. *Aten Primaria*. 2010; 42: 431-437 [R,I]
20537431

Bolon SK, Phillips RL Jr. Building the research culture of family medicine with fellowship training. *Fam Med*. 2010; 42: 481-487 [T,I]
20628921

Freund T, Freund M, Mahler C, Schwantes U, Ose D, Joos S, et al. Family practice web sites: new perspectives for patient care and health information? *Fam Med*. 2010; 42: 501-506 [T,I]
20628924

Ferrer RL. Family Medicine Research: eyes wide open. *Fam Med*. 2010; 42: 514-516 [AO,I]
20628926

Scherger JE. What does the match mean for the growth and development of family medicine? *Fam Med*. 2010; 42: 538-539 [AO,II]
20830618

McGaha AL, Schmittling GT, DeVilbiss AD, Crosley PW, Pugno PA. Entry of US medical school graduates into family medicine residencies: 2009-2010 and 3-year summary. *Fam Med*. 2010 4 2: 540-551 [T,II]
20830619

Pugno PA, McGaha AL, Schmittling GT, DeVilbiss AD, Crosley PW, Ostergaard DJ. Results of the 2010 national resident matching program: family medicine. *Fam Med*. 2010; 42: 552-561 [T,II]
20830620

Frederiksen HB, Kragstrup J, Dehlholm-Lambertsen B. Attachment in the doctor-patient relationship in general practice: a qualitative study. *Scand J Prim Health Care*. 2010; 28: 185-190 [C,II]
20642396

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

Charlot M, Ahlehoff O, Norgaard ML, Jørgensen CH, Sørensen R, Abildstrøm SZ, et al. Proton-pump inhibitors are associated with increased cardiovascular risk independent of clopidogrel use: a nationwide cohort study. *Ann Intern Med*. 2010; 153: 378-386 [S,II]
20855802

- García-Algar O, Jané M. Seguridad y efectividad del tratamiento sustitutivo con nicotina durante el embarazo. *Arch Bronconeumol*. 2010; 46: 453-454 [AO,I]
20434822
- Green LA. Cholesterol-lowering therapy for primary prevention: still much we don't know. *Arch Intern Med*. 2010; 170: 1007-1008 [AO,I]
20585062
- Ray KK, Seshasai SR, Erqou S, Sever P, Jukema JW, Ford I, et al. Statins and all-cause mortality in high-risk primary prevention: a meta-analysis of 11 randomized controlled trials involving 65,229 participants. *Arch Intern Med*. 2010; 170: 1024-1031 [M,I]
20585067
- De Lorgeril M, Salen P, Abramson J, Dodin S, Hamazaki T, Kostucki W, et al. Cholesterol lowering, cardiovascular diseases, and the rosuvastatin-JUPITER controversy: a critical reappraisal. *Arch Intern Med*. 2010; 170: 1032-1036 [T,I]
20585068
- Timbie JW, Hayward RA, Vijan S. Variation in the net benefit of aggressive cardiovascular risk factor control across the US population of patients with diabetes mellitus. *Arch Intern Med*. 2010; 170: 1037-1044 [T,I]
20585069
- Hansen ML, Sørensen R, Clausen MT, Fog-Petersen ML, Raunso J, Gadsbøll N, et al. Risk of bleeding with single, dual, or triple therapy with warfarin, aspirin, and clopidogrel in patients with atrial fibrillation. *Arch Intern Med*. 2010; 170: 1433-1441 [S,I]
20837828
- De Caterina R, Ruigómez A, Rodríguez LA. Long-term use of anti-inflammatory drugs and risk of atrial fibrillation. *Arch Intern Med*. 2010; 170: 1450-1455 [T,II]
20837831
- Brotons C, Moral I. Prevención primaria de la enfermedad cardiovascular con aspirina: ¿qué dicen las guías de práctica clínica? *Aten Primaria*. 2010; 42: 470-481 [M,II]
20472328
- Aguilar-Shea AL, Gallardo-Mayo C, Calvo E, Zamorano JL. El grosor íntimo-medial carotídeo y su utilidad actual. *Aten Primaria*. 2010; 42: 482-485 [R,I]
20122760
- Visintin C, Muggleston MA, Almerie MQ, Nherera LM, James D, Walkinshaw S; Guideline Development Group. Management of hypertensive disorders during pregnancy: summary of NICE guidance. *BMJ*. 2010; 341: c2207 [M,II]
20739360
- Renoux C, Dell'aniello S, Garbe E, Suissa S. Transdermal and oral hormone replacement therapy and the risk of stroke: a nested case-control study. *BMJ*. 2010; 340: c2519 [CC,I]
20525678
- Krumholz HM, Hayward RA. Shifting views on lipid lowering therapy. *BMJ*. 2010; 341: c3531 [R,I]
20667950
- Kurth T, Kase CS, Schürks M, Tzourio C, Buring JE. Migraine and risk of haemorrhagic stroke in women: prospective cohort study. *BMJ*. 2010; 341: c3659 [S,I]
20736268
- Bolland MJ, Avenell A, Baron JA, Grey A, MacLennan GS, Gamble GD, et al. Effect of calcium supplements on risk of myocardial infarction and cardiovascular events: meta-analysis. *BMJ*. 2010; 341: c3691 [M,II]
20671013
- Al-Mohammad A, Mant J, Laramée P, Swain S; on behalf of the Chronic Heart Failure Guideline Development Group. Diagnosis and management of adults with chronic heart failure: summary of updated NICE guidance. *BMJ*. 2010; 341: c4130 [M,II]
20739363
- Liperoti R, Gambassi G. Antipsychotics and the risk of venous thromboembolism. *BMJ*. 2010; 341: c4216 [AO,I]
20858908
- Berger K, Evers S. Migraine with aura and the risk of increased mortality. *BMJ*. 2010; 341: c4410 [AO,I]
20736272
- Roffi M. Is there a role for revascularisation in asymptomatic carotid stenosis? Yes. *BMJ*. 2010; 341: c4898 [AO,I]
20843932
- Spence JD. Is there a role for revascularisation in asymptomatic carotid stenosis? No. *BMJ*. 2010; 341: c4900 [AO,I]
20843933
- Cooney MT, Dudina A, D'Agostino R, Graham IM. Cardiovascular risk-estimation systems in primary prevention: do they differ? Do they make a difference? Can we see the future? *Circulation*. 2010; 122: 300-310 [R,II]
20644026
- Gottlieb DJ, Yenokyan G, Newman AB, O'Connor GT, Punjabi NM, Quan SF, et al. Prospective study of obstructive sleep apnea and incident coronary heart disease and heart failure: the sleep heart health study. *Circulation*. 2010; 122: 352-360 [S,I]
20625114
- Gerdes AM, Iervasi G. Thyroid replacement therapy and heart failure. *Circulation*. 2010; 122: 385-393 [R,I]
20660814
- Artinian NT, Fletcher GF, Mozaffarian D, Kris-Etherton P, Van Horn L, Lichtenstein AH, et al; on behalf of the American Heart Association Prevention Committee of the Council on Cardiovascular Nursing. Interventions to promote physical activity and dietary lifestyle changes for cardiovascular risk factor reduction in adults: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2010; 122: 406-441 [M,II]
20625115
- Kotchen TA. The search for strategies to control hypertension. *Circulation*. 2010; 122: 1141-1143 [AO,I]
20823382
- Stevens RJ, Lasserson D. In primary care, when is chest pain due to coronary artery disease? *CMAJ*. 2010; 182: 1281-1282 [AO,I]
20603344
- Bösner S, Haasenritter J, Becker A, Karatolios K, Vaucher P, Gencer B, et al. Ruling out coronary artery disease in primary care: development and validation of a simple prediction rule. *CMAJ*. 2010; 182: 1295-1300 [T,I]
20603345

- Arsenault BJ, Lemieux I, Després JP, Wareham NJ, Kastelein JJ, Khaw KT, et al. The hypertriglyceridemic-waist phenotype and the risk of coronary artery disease: results from the EPIC-Norfolk prospective population study. *CMAJ*. 2010; 182: 1427-1432 [S,I]
20643837
- Bruce DG, Van Minnen K, Davis WA, Mudhar J, Perret M, Subawickrama DP, et al. Maternal family history of diabetes is associated with a reduced risk of cardiovascular disease in women with type 2 diabetes: the Fremantle Diabetes Study. *Diabetes Care*. 2010; 33: 1477-1483 [S,I]
20368412
- Serrano A. Indicaciones de los hipolipemiantes. *Inf Ter Sist Nac Salud*. 2010; 34: 41-48 [R,II]
- Bunck MC, Diamant M, Eliasson B, Cornér A, Shaginin RM, Heine RJ, et al. Exenatide affects circulating cardiovascular risk biomarkers independently of changes in body composition. *Diabetes Care*. 2010; 33: 1734-1737 [EC,I]
20424219
- Horton ES, Silberman C, Davis KL, Berria R. Weight loss, glycemic control, and changes in cardiovascular biomarkers in patients with type 2 diabetes receiving incretin therapies or insulin in a large cohort database. *Diabetes Care*. 2010; 33: 1759-1765 [S,II]
20460445
- Ruggenenti P, Cattaneo D, Rota S, Iliev I, Parvanova A, Diadei O, et al; Ezetimibe and Simvastatin in Dyslipidemia of Diabetes (ESD) Study Group. Effects of combined ezetimibe and simvastatin therapy as compared with simvastatin alone in patients with type 2 diabetes: a prospective randomized double-blind clinical trial. *Diabetes Care*. 2010; 33: 1954-1956 [EC,I]
20566677
- Cano JF, Baena-Diez JM, Franch J, Vila J, Tello S, Sala J, et al; REGICOR and GEDAPS Investigators. Long-term cardiovascular risk in type 2 diabetic compared with nondiabetic first acute myocardial infarction patients: a population-based cohort study in southern Europe. *Diabetes Care*. 2010; 33: 2004-2009 [S,II]
20530746
- Cederberg H, Saukkonen T, Laakso M, Jokelainen J, Härkönen P, Timonen M, et al. Postchallenge glucose, A1C, and fasting glucose as predictors of type 2 diabetes and cardiovascular disease: a 10-year prospective cohort study. *Diabetes Care*. 2010; 33: 2077-2083 [S,II]
20573752
- Werner C, Pöss J, Böhm M. Optimal antagonism of the Renin-Angiotensin-aldosterone system: do we need dual or triple therapy? *Drugs*. 2010; 70: 1215-1230 [R,I]
20568830
- Toth PP. Drug treatment of hyperlipidaemia: a guide to the rational use of lipid-lowering drugs. *Drugs*. 2010; 70: 1363-1379 [R,I]
20614945
- Buijsse B, Weikert C, Drogan D, Bergmann M, Boeing H. Chocolate consumption in relation to blood pressure and risk of cardiovascular disease in German adults. *Eur Heart J*. 2010; 31: 1616-1623 [S,I]
20354055
- Zacho J, Tybjaerg-Hansen A, Nordestgaard BG. C-reactive protein and all-cause mortality--the Copenhagen City Heart Study. *Eur Heart J*. 2010; 31: 1624-1632 [S,II]
20423919
- O'Leary DH, Bots ML. Imaging of atherosclerosis: carotid intima-media thickness. *Eur Heart J*. 2010; 31: 1682-1689 [R,I]
20542989
- Achenbach S, Raggi P. Imaging of coronary atherosclerosis by computed tomography. *Eur Heart J*. 2010; 31: 1442-1448 [R,I]
20484566
- Virtanen M, Ferrie JE, Singh-Manoux A, Shipley MJ, Vahtera J, Marmot MG, et al. Overtime work and incident coronary heart disease: the Whitehall II prospective cohort study. *Eur Heart J*. 2010; 31: 1737-1744 [S,II]
20460389
- Paajanen TA, Oksala NK, Kuukasjärvi P, Karhunen PJ. Short stature is associated with coronary heart disease: a systematic review of the literature and a meta-analysis. *Eur Heart J*. 2010; 31: 1802-1809 [M,I]
20530501
- Lane DA, Lip GY. Atrial fibrillation and mortality: the impact of antithrombotic therapy. *Eur Heart J*. 2010; 31: 2075-2076 [AO,I]
20685675
- Cooney MT, Vartiainen E, Laatikainen T, Joulevi A, Dudina A, Graham I. Simplifying cardiovascular risk estimation using resting heart rate. *Eur Heart J*. 2010; 31: 2141-2147 [T,I]
20657020
- Cooper-DeHoff RM, Gong Y, Handberg EM, Bavry AA, Denardo SJ, Bakris GL, et al. Tight blood pressure control and cardiovascular outcomes among hypertensive patients with diabetes and coronary artery disease. *JAMA*. 2010; 304: 61-68 [T,I]
20606150
- Graham DJ, Ouellet-Hellstrom R, MacCurdy TE, Ali F, Sholley C, Worrall C, et al. Risk of acute myocardial infarction, stroke, heart failure, and death in elderly Medicare patients treated with rosiglitazone or pioglitazone. *JAMA*. 2010; 304: 411-418 [S,II]
20584880
- Juurlink DN. Rosiglitazone and the case for safety over certainty. *JAMA*. 2010; 304: 469-471 [AO,II]
20584879
- Viera AJ, Lingley K, Esserman D. Effects of labeling patients as prehypertensive. *J Am Board Fam Med*. 2010; 23: 571-583 [EC,I]
20823351
- Antony R, Dargie HJ. Allopurinol for chronic stable angina: old drug, new tricks? *Lancet*. 2010; 375: 2126-2127 [AO,I]
20542555
- Tu JV. Reducing the global burden of stroke: INTERSTROKE. *Lancet*. 2010; 376: 74-75 [AO,I]
20561674
- O'Donnell MJ, Xavier D, Liu L, Zhang H, Chin SL, Rao-Melacini P, et al; INTERSTROKE investigators. Risk factors for ischaemic and intracerebral haemorrhagic stroke in 22 countries (the INTERSTROKE study): a case-control study. *Lancet*. 2010; 376: 112-123 [CC,I]
20561675

- Ogedegbe G. Self-titration for treatment of uncomplicated hypertension. *Lancet*. 2010; 376: 144-146 [AO,I]
20619449
- McManus RJ, Mant J, Bray EP, Holder R, Jones MI, Greenfield S, et al. Telemonitoring and self-management in the control of hypertension (TASMINH2): a randomised controlled trial. *Lancet*. 2010; 376: 163-172 [EC,I]
20619448
- Böhm M, Swedberg K, Komajda M, Borer JS, Ford I, Dubost-Brama A, et al; SHIFT Investigators. Heart rate as a risk factor in chronic heart failure (SHIFT): the association between heart rate and outcomes in a randomised placebo-controlled trial. *Lancet*. 2010; 376: 886-894 [EC,II]
20801495
- Lane DA, Lip GY. Quality of anticoagulation control in atrial fibrillation. *Lancet*. 2010; 376: 935-937 [AO,I]
20801499
- Wallentin L, Yusuf S, Ezekowitz MD, Alings M, Flather M, Franzosi MG, et al; RE-LY investigators. Efficacy and safety of dabigatran compared with warfarin at different levels of international normalised ratio control for stroke prevention in atrial fibrillation: an analysis of the RE-LY trial. *Lancet*. 2010; 376: 975-983 [T,II]
20801496
- Mostaza JM, Lahoz C. ¿A quién medir el índice tobillo-brazo? *Med Clin (Barc)*. 2010; 135: 312-313 [AO,I]
20605172
- Pérez de La Ossa N, Dávalos A. Ataque isquémico transitorio: el fin justifica los medios. *Med Clin (Barc)*. 2010; 135: 360-361 [AO,I]
20579676
- Tovillas-Morán FJ, Vilaplana-Coscolluela M, Zabaleta-Del-Olmo E, Dalfó-Baqué A, Galcerán JM, Coca A. Morbilidad y mortalidad cardiovascular y criterios electrocardiográficos de hipertrofia ventricular izquierda en pacientes hipertensos en atención primaria. *Med Clin (Barc)*. 2010; 135: 397-401 [T,I]
20816389
- Chorro FJ. Hipertrofia ventricular izquierda y su significado pronóstico en la hipertensión arterial sistémica. *Med Clin (Barc)*. 2010; 135: 408-409 [AO,I]
20542524
- McCord J. Dolor torácico e infarto agudo de miocardio asociados al consumo de cocaína. *Rev Esp Cardiol*. 2010; 63: 1013-1014 [AO,I]
20804695
- Manderbacka K, Elovainio M. La complejidad de la asociación entre posición socioeconómica e infarto agudo de miocardio. *Rev Esp Cardiol*. 2010; 63: 1015-1018 [AO,I]
20804696
- Calverley PM, Anderson JA, Celli B, Ferguson GT, Jenkins C, Jones PW, et al; TORCH Investigators. Cardiovascular events in patients with COPD: TORCH study results. *Thorax*. 2010; 65: 719-725 [EC,II]
20685748
- DIABETES
- Timbie JW, Hayward RA, Vijan S. Variation in the net benefit of aggressive cardiovascular risk factor control across the US population of patients with diabetes mellitus. *Arch Intern Med*. 2010; 170: 1037-1044 [T,I]
20585069
- Gómez-García A, Nieto-Alcantar E, Gómez-Alonso C, Figueroa-Núñez B, Alvarez-Aguilar C. Parámetros antropométricos como predictores de resistencia a la insulina en adultos con sobrepeso y obesidad. *Aten Primaria*. 2010; 42: 364-371 [T,I]
20116888
- Coppell KJ, Kataoka M, Williams SM, Chisholm AW, Vorgers SM, Mann JI. Nutritional intervention in patients with type 2 diabetes who are hyperglycaemic despite optimised drug treatment--Lifestyle Over and Above Drugs in Diabetes (LOADD) study: randomised controlled trial. *BMJ*. 2010; 341: c3337 [EC,I]
20647285
- Clifton P. Nutrition in people with poorly controlled type 2 diabetes. *BMJ*. 2010; 341: c3393 [AO,I]
20647286
- Carter P, Gray LJ, Troughton J, Khunti K, Davies MJ. Fruit and vegetable intake and incidence of type 2 diabetes mellitus: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2010; 341: c4229 [M,II]
20724400
- Mann J, Aune D. Can specific fruits and vegetables prevent diabetes? *BMJ*. 2010; 341: c4395 [AO,I]
20724401
- Moynihan R. Who benefits from treating prehypertension? *BMJ*. 2010; 341: c4442 [AO,I]
20736255
- Lehman R, Yudkin JS, Krumholz H. Licensing drugs for diabetes. *BMJ*. 2010; 341: c4805 [AO,I]
20819887
- Cohen D. Rosiglitazone: what went wrong? *BMJ*. 2010; 341: c4848 [AO,I]
20819889
- Godlee F. Rosiglitazone: a cautionary tale. *BMJ*. 2010; 341: c4896 [AO,I]
- Callaway LK, Colditz PB, Byrne NM, Lingwood BE, Rowlands IJ, Foxcroft K, et al; BAMBINO Group. Prevention of gestational diabetes: feasibility issues for an exercise intervention in obese pregnant women. *Diabetes Care*. 2010; 33: 1457-1459 [EC,I]
20357374
- Lavery LA, Hunt NA, Lafontaine J, Baxter CL, Ndip A, Boulton AJ. Diabetic foot prevention: a neglected opportunity in high-risk patients. *Diabetes Care*. 2010; 33: 1460-1462 [T,I]
20424223
- Kivimäki M, Tabák AG, Lawlor DA, Batty GD, Singh-Manoux A, Jokela M, et al. Antidepressant use before and after the diagnosis of type 2 diabetes: a longitudinal modeling study. *Diabetes Care*. 2010; 33: 1471-1476 [S,I]
20368411
- Bruce DG, Van Minnen K, Davis WA, Mudhar J, Perret M, Subawickrama DP, et al. Maternal family history of diabetes is associated with a reduced risk of cardiovascular disease in women with type 2 diabetes: the Fremantle Diabetes Study. *Diabetes Care*. 2010; 33: 1477-1483 [S,I]
20368412

- Chatterjee R, Narayan KM, Lipscomb J, Phillips LS. Screening adults for pre-diabetes and diabetes may be cost-saving. *Diabetes Care*. 2010; 33: 1484-1490 [EC,II] 20587721
- Hardoon SL, Morris RW, Thomas MC, Wannamethee SG, Lennon LT, Whincup PH. Is the recent rise in type 2 diabetes incidence from 1984 to 2007 explained by the trend in increasing BMI?: evidence from a prospective study of British men. *Diabetes Care*. 2010; 33: 1494-1496 [S,I] 20413526
- Sfikakis PP, Grigoropoulos V, Emfietzoglou I, Theodossiadis G, Tentolouris N, Delicha E, et al. Infliximab for diabetic macular edema refractory to laser photocoagulation: a randomized, double-blind, placebo-controlled, crossover, 32-week study. *Diabetes Care*. 2010; 33: 1523-1528 [EC,I] 20413522
- Perkins BA, Orszag A, Ngo M, Ng E, New P, Bril V. Prediction of incident diabetic neuropathy using the monofilament examination: a 4-year prospective study. *Diabetes Care*. 2010; 33: 1549-1554 [S,I] 20357373
- Wang Z, Hedrington MS, Gogitidze Joy N, Briscoe VJ, Richardson MA, Younk L, et al. Dose-response effects of insulin glargine in type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2010; 33: 1555-1560 [EC,I] 20357371
- Zhang X, Gregg EW, Williamson DF, Barker LE, Thomas W, Bullard KM, et al. A1C level and future risk of diabetes: a systematic review. *Diabetes Care*. 2010; 33: 1665-1673 [M,II] 20587727
- Gilmer TP, O'Connor PJ. The growing importance of diabetes screening. *Diabetes Care*. 2010; 33: 1695-1697 [R,II] 20587733
- Davis RM, Hitch AD, Salaam MM, Herman WH, Zimmer-Galler IE, Mayer-Davis EJ. TeleHealth improves diabetes self-management in an underserved community: diabetes TeleCare. *Diabetes Care*. 2010; 33: 1712-1717 [EC,I] 20484125
- Bunck MC, Diamant M, Eliasson B, Cornér A, Shaginian RM, Heine RJ, et al. Exenatide affects circulating cardiovascular risk biomarkers independently of changes in body composition. *Diabetes Care*. 2010; 33: 1734-1737 [EC,I] 20424219
- Horton ES, Silberman C, Davis KL, Berria R. Weight loss, glycemic control, and changes in cardiovascular biomarkers in patients with type 2 diabetes receiving incretin therapies or insulin in a large cohort database. *Diabetes Care*. 2010; 33: 1759-1765 [S,II] 20460445
- Gautier A, Roussel R, Ducluzeau PH, Lange C, Vol S, Balkau B, et al; DESIR Study Group. Increases in waist circumference and weight as predictors of type 2 diabetes in individuals with impaired fasting glucose: influence of baseline BMI: data from the DESIR study. *Diabetes Care*. 2010; 33: 1850-1852 [T,I] 20484131
- Sherifali D, Nerenberg K, Pullenayegum E, Cheng JE, Gerstein HC. The effect of oral antidiabetic agents on A1C levels: a systematic review and meta-analysis. *Diabetes Care*. 2010; 33: 1859-1864 [M,II] 20484130
- Li R, Zhang P, Barker LE, Chowdhury FM, Zhang X. Cost-effectiveness of interventions to prevent and control diabetes mellitus: a systematic review. *Diabetes Care*. 2010; 33: 1872-1894 [M,II] 20668156
- Al-Arouj M, Assaad-Khalil S, Buse J, Fahdil I, Fahmy M, Hafez S, et al. Recommendations for management of diabetes during Ramadan: update 2010. *Diabetes Care*. 2010; 33: 1895-1902 [M,I] 20668157
- Hanas R, John G; International HBA1c Consensus Committee. 2010 consensus statement on the worldwide standardization of the hemoglobin A1C measurement. *Diabetes Care*. 2010; 33: 1903-1904 [M,II] 20519665
- Ceriello A. Point: postprandial glucose levels are a clinically important treatment target. *Diabetes Care*. 2010; 33: 1905-1907 [AO,I] 20668158
- Davidson MB. Counterpoint: postprandial glucose levels are not a clinically important treatment target. *Diabetes Care*. 2010; 33: 1908-1910 [AO,I] 20668159
- Ruggenti P, Cattaneo D, Rota S, Iliev I, Parvanova A, Diadei O, et al; Ezetimibe and Simvastatin in Dyslipidemia of Diabetes (ESD) Study Group. Effects of combined ezetimibe and simvastatin therapy as compared with simvastatin alone in patients with type 2 diabetes: a prospective randomized double-blind clinical trial. *Diabetes Care*. 2010; 33: 1954-1956 [EC,I] 20566677
- Cano JF, Baena-Diez JM, Franch J, Vila J, Tello S, Sala J, et al; REGICOR and GEDAPS Investigators. Long-term cardiovascular risk in type 2 diabetic compared with nondiabetic first acute myocardial infarction patients: a population-based cohort study in southern Europe. *Diabetes Care*. 2010; 33: 2004-2009 [S,II] 20530746
- Takahashi O, Farmer AJ, Shimbo T, Fukui T, Glasziou PP. A1C to detect diabetes in healthy adults: when should we recheck? *Diabetes Care*. 2010; 33: 2016-2017 [S,I] 20566678
- Cederberg H, Saukkonen T, Laakso M, Jokelainen J, Härkönen P, Timonen M, et al. Postchallenge glucose, A1C, and fasting glucose as predictors of type 2 diabetes and cardiovascular disease: a 10-year prospective cohort study. *Diabetes Care*. 2010; 33: 2077-2083 [S,II] 20573752
- Corcoy R, Lumberras B, Luis J, Ricart W; Grupo Español de Diabetes y Embarazo. Nuevos criterios diagnósticos de diabetes mellitus gestacional a partir del estudio HAPO. ¿Son válidos en nuestro medio? *Gac Sanit*. 2010; 24: 361-363 [R,II] 20483509
- Cooper-DeHoff RM, Gong Y, Handberg EM, Bavry AA, Denardo SJ, Bakris GL, et al. Tight blood pressure control and cardiovascular outcomes among hypertensive patients with diabetes and coronary artery disease. *JAMA*. 2010; 304: 61-68 [T,I] 20606150

- Graham DJ, Ouellet-Hellstrom R, MacCurdy TE, Ali F, Sholley C, Worrall C, et al. Risk of acute myocardial infarction, stroke, heart failure, and death in elderly Medicare patients treated with rosiglitazone or pioglitazone. *JAMA*. 2010; 304: 411-418 [S,II]
20584880
- Juurlink DN. Rosiglitazone and the case for safety over certainty. *JAMA*. 2010; 304: 469-471 [AO,II]
20584879
- Buchanan TA, Xiang AH. Preventing type 2 diabetes with low-dose combinations. *Lancet*. 2010; 376: 72-74 [AO,I]
20605203
- Zinman B, Harris SB, Neuman J, Gerstein HC, Retnakaran RR, Raboud J, et al. Low-dose combination therapy with rosiglitazone and metformin to prevent type 2 diabetes mellitus (CANOE trial): a double-blind randomised controlled study. *Lancet*. 2010; 376: 103-111 [EC,I]
20605202
- Klein BE. Reduction in risk of progression of diabetic retinopathy. *N Engl J Med*. 2010; 363: 287-288 [AO,I]
20587586
- A school-based intervention for diabetes risk reduction. *N Engl J Med*. 2010; 363: 443-453 [EC,I]
20581420
- The ACCORD Study Group and ACCORD Eye Study Group. Effects of medical therapies on retinopathy progression in type 2 diabetes. *N Engl J Med*. 2010 [Epub ahead of print] [EC,I]
20587587
- CÁNCER. Incluye: mama, cervix, próstata, colon, otros.
- Lansdorp-Vogelaar I, Kuntz KM, Knudsen AB, Wilschut JA, Zuber AG, van Ballegooijen M. Stool DNA testing to screen for colorectal cancer in the medicare population: a cost-effectiveness analysis. *Ann Intern Med*. 2010; 153: 368-377 [CE,I]
20855801
- Lin K, Sharangpani R. Screening for testicular cancer: an evidence review for the u.s. Preventive services task force. *Ann Intern Med*. 2010; 153: 396-399 [M,II]
20855803
- Shao YH, Albertsen PC, Roberts CB, Lin Y, Mehta AR, Stein MN, et al. Risk profiles and treatment patterns among men diagnosed as having prostate cancer and a prostate-specific antigen level below 4.0 ng/ml. *Arch Intern Med*. 2010; 170: 1256-1261 [T,I]
20660846
- Hoffman RM, Zeliadt SB. The cautionary tale of PSA testing. *Arch Intern Med*. 2010; 170: 1262-1263 [AO,I]
20660847
- Vivar CG. Plan de cuidados en la supervivencia de cáncer: un reto en atención primaria. *Aten Primaria*. 2010; 42: 354-355 [AO,I]
20478646
- McPherson K. Screening for breast cancer--balancing the debate. *BMJ*. 2010; 340: c3106 [AO,I]
20576707
- Dillner J, Kjaer SK, Wheeler CM, Sigurdsson K, Iversen OE, Hernandez-Avila M, et al; FUTURE I/II Study Group. Four year efficacy of prophylactic human papillomavirus quadrivalent vaccine against low grade cervical, vulvar, and vaginal intraepithelial neoplasia and anogenital warts: randomised controlled trial. *BMJ*. 2010; 341: c3493 [EC,II]
20647284
- Green J, Czanner G, Reeves G, Watson J, Wise L, Beral V. Oral bisphosphonates and risk of cancer of oesophagus, stomach, and colorectum: case-control analysis within a UK primary care cohort. *BMJ*. 2010; 341: c4444 [CC,I]
20813820
- Wysowski DK. Oral bisphosphonates and oesophageal cancer. *BMJ*. 2010; 341: c4506 [AO,I]
20813821
- Vickers AJ, Cronin AM, Björk T, Manjer J, Nilsson PM, Dahlin A, et al. Prostate specific antigen concentration at age 60 and death or metastasis from prostate cancer: case-control study. *BMJ*. 2010; 341: c4521 [CC,I]
20843935
- Andriole GL Jr. Screening for prostate cancer. *BMJ*. 2010; 341: c4538 [AO,I]
20843936
- Djulbegovic M, Beyth RJ, Neuberger MM, Stoffs TL, Vieweg J, Djulbegovic B, et al. Screening for prostate cancer: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*. 2010; 341: c4543 [M,II]
20843937
- Smith RA. Mathematical models and cost-effective screening strategies for colorectal cancer. *CMAJ*. 2010; 182: 1283-1284 [AO,I]
20713572
- Telford JJ, Levy AR, Sambrook JC, Zou D, Enns RA. The cost-effectiveness of screening for colorectal cancer. *CMAJ*. 2010; 182: 1307-1313 [CE,II]
20624866
- Kroenke K, Theobald D, Wu J, Norton K, Morrison G, Carpenter J, et al. Effect of telecare management on pain and depression in patients with cancer: a randomized trial. *JAMA*. 2010; 304: 163-171 [EC,I]
20628129
- Quanstrum KH, Hayward RA. Lessons from the mammography wars. *N Engl J Med*. 2010; 363: 1076-1079 [AO,I]
20825322
- Welch HG. Screening mammography - a long run for a short slide? *N Engl J Med*. 2010; 363: 1276-1278 [AO,II]
20860510
- Van der Aalst CM, van den Bergh KA, Willemsen MC, de Koning HJ, van Klaveren RJ. Lung cancer screening and smoking abstinence: 2 year follow-up data from the Dutch-Belgian randomised controlled lung cancer screening trial. *Thorax*. 2010; 65: 600-605 [EC,I]
20627916
- INFECCIOSAS. Incluye: VIH/SIDA, tuberculosis, tropicales, enfermedades de declaración obligatoria, hepatitis, vacunas, infecciones urinarias, neumonías.

- Wilson JF. Acute sinusitis. *Ann Intern Med.* 2010; 153: ITC31 [R,I] 20820036
- Flores G, Conejero J, Grenzner E, Baba Z, Dicono S, Echasabal M, et al. Diagnóstico precoz de faringitis estreptocócica en pediatría: validación de una técnica antigénica rápida. *Aten Primaria.* 2010; 42: 356-361 [T,I] 20347185
- Pita-Fernández S, Pombo-Sánchez A, Suárez-Quintanilla J, Novio-Mallón S, Rivas-Mundiña B, Pértiga-Díaz S. Relevancia clínica del cepillado dental y su relación con la caries. *Aten Primaria.* 2010; 42: 372-379 [T,I] 20116887
- Mandell L. Community acquired pneumonia. *BMJ.* 2010; 341: c2916 [AO,I] 20610514
- Boltz DA, Aldridge JR Jr, Webster RG, Govorkova EA. Drugs in development for influenza. *Drugs.* 2010; 70: 1349-12362 [R,I] 20614944
- Gorter KJ, Hak E, Zuithoff NP, Hoepelman AI, Rutten GE. Risk of recurrent acute lower urinary tract infections and prescription pattern of antibiotics in women with and without diabetes in primary care. *Fam Pract.* 2010; 27: 379-385 [S,I] 20462975
- Segura A ¿Qué se puede aprender de la gestión de la gripe pandémica? *Gac Sanit.* 2010; 24: 269-271 [AO,I] 20638157
- Apiñaniz A, López-Picado A, Miranda-Serrano E, Latorre A, Cobos R, Parraza-Díez N, et al. Estudio transversal basado en la población sobre la aceptabilidad de la vacuna y la percepción de la gravedad de la gripe A/H1N1: opinión de la población general y de los profesionales sanitarios. *Gac Sanit.* 2010; 24: 314-320 [T,I] 20537764
- Bueno R, Jiménez R. ¿Pueden la malaria y el dengue reaparecer en España? *Gac Sanit.* 2010; 24: 347-353 [R,I] 20554081
- Pérez MJ, Otheo de Tejada E, Ros P. Bronquiolitis en pediatría: puesta al día. *Inf Ter Sist Nac Salud.* 2010; 34: 3-11 [R,I]
- Thompson MA, Aberg JA, Cahn P, Montaner JS, Rizzardini G, Telenti A, et al; International AIDS Society-USA. Antiretroviral treatment of adult HIV infection: 2010 recommendations of the International AIDS Society-USA panel. *JAMA.* 2010; 304: 321-333 [M,II] 20639566
- Merchant RC, Waxman MJ. HIV screening in health care settings: some progress, even more questions. *JAMA.* 2010; 304: 348-349 [AO,II] 20639572
- Folkers GK, Fauci AS. Controlling and ultimately ending the HIV/AIDS pandemic: a feasible goal. *JAMA.* 2010; 304: 350-351 [AO,II] 20639573
- Atun R, Weil DE, Eang MT, Mwakyusa D. Health-system strengthening and tuberculosis control. *Lancet.* 2010; 375: 2169-2178 [R,II] 20488514
- AIDS 2010. *Lancet.* 2010; 376: 2 [AO,I] 20609975
- Beyrer C, Malinowska-Sempruch K, Kamarulzaman A, Strathdee SA. 12 myths about HIV/AIDS and people who use drugs. *Lancet.* 2010; 376: 208-211 [R,I] 20650524
- Strathdee SA, Hallett TB, Bobrova N, Rhodes T, Booth R, Abdool R, et al. HIV and risk environment for injecting drug users: the past, present, and future. *Lancet.* 2010; 376: 268-284 [R,I] 20650523
- Ruiz-Manzano J, Altet N. Tratamiento de la infección tuberculosa: ¿dónde estamos? *Med Clin (Barc).* 2010; 135: 310-311 [AO,I] 20561649
- Small PM, Pai M. Tuberculosis diagnosis--time for a game change. *N Engl J Med.* 2010; 363: 1070-1071 [AO,I] 20825320
- Koff WC, Berkley SF. The renaissance in HIV vaccine development -- future directions. *N Engl J Med.* 2010 [Epub ahead of print] [R,I] 20647186
- ASMA/BRONQUITIS CRÓNICA
- Solanes I, Casan P. Causas de muerte y predicción de mortalidad en la EPOC. *Arch Bronconeumol.* 2010; 46: 343-346 [AO,I] 20471740
- Martínez E. Control del asma: un objetivo lejano. *Arch Bronconeumol.* 2010; 46: 347-348 [AO,I] 20452715
- O'Reilly J, Jones MM, Parnham J, Lovibond K, Rudolf M; Guideline Development Group. Management of stable chronic obstructive pulmonary disease in primary and secondary care: summary of updated NICE guidance. *BMJ.* 2010; 340: c3134 [M,III] 20581031
- Calverley P. Better lungs for better legs: novel bronchodilator effects in COPD. *Thorax.* 2010; 65: 573-575 [AO,I] 20627910
- Hoogendoorn M, Feenstra TL, Hoogenveen RT, Rutten-van Mölken MP. Long-term effectiveness and cost-effectiveness of smoking cessation interventions in patients with COPD. *Thorax.* 2010; 65: 711-718 [M,II] 20685746
- Calverley PM, Anderson JA, Celli B, Ferguson GT, Jenkins C, Jones PW, et al; TORCH Investigators. Cardiovascular events in patients with COPD: TORCH study results. *Thorax.* 2010; 65: 719-725 [EC,II] 20685748
- Chapman KR, Barnes NC, Greening AP, Jones PW, Pedersen S. Single maintenance and reliever therapy (SMART) of asthma: a critical appraisal. *Thorax.* 2010; 65: 747-752 [M,I] 20581409
- Decramer M, Cooper CB. Treatment of COPD: the sooner the better? *Thorax.* 2010; 65: 837-841 [AO,I] 20805184

- SALUD MENTAL. Incluye: demencias, y drogodependencias ilegales y legales (no tabaquismo).
- Smith PC, Schmidt SM, Allensworth-Davies D, Saitz R. A single-question screening test for drug use in primary care. *Arch Intern Med.* 2010; 170: 1155-1160 [T,I]
20625025
- Gunnell D, Miller M. Strategies to prevent suicide. *BMJ.* 2010; 341: c3054 [AO,I]
20605891
- Hawton K. Completed suicide after attempted suicide. *BMJ.* 2010; 341: c3064 [AO,I]
20627973
- Kimber J, Copeland L, Hickman M, Macleod J, McKenzie J, De Angelis D, et al. Survival and cessation in injecting drug users: prospective observational study of outcomes and effect of opiate substitution treatment. *BMJ.* 2010; 341: c3172 [S,I]
20595255
- Runeson B, Tidemalm D, Dahlin M, Lichtenstein P, Långström N. Method of attempted suicide as predictor of subsequent successful suicide: national long term cohort study. *BMJ.* 2010; 341: c3222 [S,I]
20627975
- Rolles S. An alternative to the war on drugs. *BMJ.* 2010; 341: c3360 [AO,I]
20627976
- Wood E. Evidence based policy for illicit [corrected] drugs. *BMJ.* 2010; 341: c3374 [AO,I]
20595256
- Young J, Murthy L, Westby M, Akunne A, O'Mahony R; on behalf of the Guideline Development Group. Diagnosis, prevention, and management of delirium: summary of NICE guidance. *BMJ.* 2010; 341: c3704 [M,II]
20667955
- Redley M, Hughes JC, Holland A. Voting and mental capacity. *BMJ.* 2010; 341: c4085 [AO,I]
20739361
- Liperoti R, Gambassi G. Antipsychotics and the risk of venous thromboembolism. *BMJ.* 2010; 341: c4216 [AO,I]
20858908
- Strang J, Hall W, Hickman M, Bird SM. Impact of supervision of methadone consumption on deaths related to methadone overdose (1993-2008): analyses using OD4 index in England and Scotland. *BMJ.* 2010; 341: c4851 [T,I]
20847018
- Beltman MW, Voshaar RC, Speckens AE. Cognitive-behavioural therapy for depression in people with a somatic disease: meta-analysis of randomised controlled trials. *Br J Psychiatry.* 2010; 197: 11-19 [M,II]
20592427
- Bruffaerts R, Demyttenaere K, Borges G, Haro JM, Chiu WT, Hwang I, et al. Childhood adversities as risk factors for onset and persistence of suicidal behaviour. *Br J Psychiatry.* 2010; 197: 20-27 [T,I]
20592429
- Ian K, Jenner JA, Cannon M. Psychotic symptoms in the general population - an evolutionary perspective. *Br J Psychiatry.* 2010; 197: 167-169 [AO,I]
20807956
- Einarson A. Antidepressants and pregnancy: complexities of producing evidence-based information. *CMAJ.* 2010; 182: 1017-1018 [AO,I]
20513775
- Kivimäki M, Tabák AG, Lawlor DA, Batty GD, Singh-Manoux A, Jokela M, et al. Antidepressant use before and after the diagnosis of type 2 diabetes: a longitudinal modeling study. *Diabetes Care.* 2010; 33: 1471-1476 [S,I]
20368411
- Palmer V, Gunn J, Kokanovic R, Griffiths F, Shrimpton B, Hurworth R, et al. Diverse voices, simple desires: a conceptual design for primary care to respond to depression and related disorders. *Fam Pract.* 2010; 27: 447-458 [C,I]
20378630
- Witlox J, Eurelings LS, de Jonghe JF, Kalisvaart KJ, Eikelenboom P, et al. Delirium in elderly patients and the risk of postdischarge mortality, institutionalization, and dementia: a meta-analysis. *JAMA.* 2010; 304: 443-451 [M,I]
20664045
- Gill JM, Klinkman MS, Chen YX. Antidepressant medication use for primary care patients with and without medical comorbidities: a national electronic health record (EHR) network study. *J Am Board Fam Med.* 2010; 23: 499-508 [T,I]
20616292
- Ludermir AB, Lewis G, Valongueiro SA, de Araújo TV, Araya R. Violence against women by their intimate partner during pregnancy and postnatal depression: a prospective cohort study. *Lancet.* 2010; 376: 903-910 [S,I]
20822809
- McCord J. Dolor torácico e infarto agudo de miocardio asociados al consumo de cocaína. *Rev Esp Cardiol.* 2010; 63: 1013-1014 [AO,I]
20804695
- SALUD LABORAL
- Virtanen M, Ferrie JE, Singh-Manoux A, Shipley MJ, Vahtera J, Marmot MG, et al. Overtime work and incident coronary heart disease: the Whitehall II prospective cohort study. *Eur Heart J.* 2010; 31: 1737-1744 [S,II]
20460389
- ENFERMEDADES / PROBLEMAS PREVALENTES
- Nelson HD, Haney EM, Dana T, Bougatsos C, Chou R. Screening for osteoporosis: an update for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2010; 153: 99-111 [M,II]
20621892
- Gómez-García A, Nieto-Alcantar E, Gómez-Alonso C, Figueroa-Núñez B, Alvarez-Aguilar C. Parámetros antropométricos como predictores de resistencia a la insulina en adultos con sobrepeso y obesidad. *Aten Primaria.* 2010; 42: 364-371 [T,I]
20116888
- Bennell K, Wee E, Coburn S, Green S, Harris A, Staples M, et al. Efficacy of standardised manual therapy and home exercise programme for chronic rotator cuff disease: randomised placebo controlled trial. *BMJ.* 2010; 340: c275 [EC,I]
20530557

- Crawshaw DP, Helliwell PS, Hensor EM, Hay EM, Aldous SJ, Conaghan PG. Exercise therapy after corticosteroid injection for moderate to severe shoulder pain: large pragmatic randomised trial. *BMJ*. 2010; 340: c3037 [EC,I] 20584793
- Fouyas IP, Sandercock PA, Statham PF, Nikolaidis I. How beneficial is surgery for cervical radiculopathy and myelopathy? *BMJ*. 2010; 341: c3108 [R,I] 20627982
- Dunn KM, Hay EM. Opioids for chronic musculoskeletal pain. *BMJ*. 2010; 341: c3533 [AO,I] 20605881
- Kurth T, Kase CS, Schürks M, Tzourio C, Buring JE. Migraine and risk of haemorrhagic stroke in women: prospective cohort study. *BMJ*. 2010; 341: c3659 [S,I] 20736268
- Bolland MJ, Avenell A, Baron JA, Grey A, MacLennan GS, Gamble GD, et al. Effect of calcium supplements on risk of myocardial infarction and cardiovascular events: meta-analysis. *BMJ*. 2010; 341: c3691 [M,II] 20671013
- Cleland JG, Witte K, Steel S. Calcium supplements in people with osteoporosis. *BMJ*. 2010; 341: c3856 [AO,I] 20671014
- Designing prevention programmes to reduce incidence of dementia: prospective cohort study of modifiable risk factors. *BMJ*. 2010; 341: c3885 [S,I] 20688841
- Arbabi EM, Kelly RJ, Carrim ZI. Chalazion. *BMJ*. 2010; 341: c4044 [R,I]
- Kurth T, Logroscino G. Can dementia be prevented? *BMJ*. 2010; 341: c4201 [AO,I] 20688836
- Walsh TS, Wyncoll DL, Stanworth SJ. Managing anaemia in critically ill adults. *BMJ*. 2010; 341: c4408 [R,I] 20817679
- Berger K, Evers S. Migraine with aura and the risk of increased mortality. *BMJ*. 2010; 341: c4410 [AO,I] 20736272
- Westby M, Bullock I, Cooper PN, Davis S; Guideline Development Group. Transient loss of consciousness--initial assessment, diagnosis, and specialist referral: summary of NICE guidance. *BMJ*. 2010; 341: c4457 [M,I] 20813824
- Hanley DA, Cranney A, Jones G, Whiting SJ, Leslie WD; Guidelines Committee of the Scientific Advisory Council of Osteoporosis Canada. Vitamin D in adult health and disease: a review and guideline statement from Osteoporosis Canada (summary). *CMAJ*. 2010; 182: 1315-1319 [M,I] 20624865
- Hanley DA, Cranney A, Jones G, Whiting SJ, Leslie WD, Cole DE, et al; Guidelines Committee of the Scientific Advisory Council of Osteoporosis Canada. Vitamin D in adult health and disease: a review and guideline statement from Osteoporosis Canada. *CMAJ*. 2010; 182: E610-E618 [M,I] 20624868
- Dros J, Maarsingh OR, van der Horst HE, Bindels PJ, Ter Riet G, van Weert HC. Tests used to evaluate dizziness in primary care. *CMAJ*. 2010; 182: E621-E631 [R,I] 20643840
- Roerig JL, Steffen KJ, Mitchell JE, Zunker C. Laxative abuse: epidemiology, diagnosis and management. *Drugs*. 2010; 70: 1487-1503 [R,I] 20687617
- Johnston MM, Rapoport AM. Triptans for the management of migraine. *Drugs*. 2010; 70: 1505-1518 [AO,I] 20687618
- Yang LP. Oral colchicine (Colcrys): in the treatment and prophylaxis of gout. *Drugs*. 2010; 70: 1603-1613 [AO,I] 20687623
- Murphree DD, Thelen SM. Chronic kidney disease in primary care. *J Am Board Fam Med*. 2010; 23: 542-550 [R,I] 20616297
- Wong VW, Wong GL, Choi PC, Chan AW, Li MK, Chan HY, et al. Disease progression of non-alcoholic fatty liver disease: a prospective study with paired liver biopsies at 3 years. *Gut*. 2010; 59: 969-974 [S,I] 20581244
- Wilkens P, Scheel IB, Grundnes O, Hellum C, Storheim K. Effect of glucosamine on pain-related disability in patients with chronic low back pain and degenerative lumbar osteoarthritis: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2010; 304: 45-52 [EC,I] 20606148
- Avins AL. Glucosamine and the ongoing enigma of chronic low back pain. *JAMA*. 2010; 304: 93-94 [AO,I] 20606157
- Chan FK, Lan A, Scheiman J, Berger MF, Nguyen H, Goldstein JL. Celecoxib versus omeprazole and diclofenac in patients with osteoarthritis and rheumatoid arthritis (CONDOR): a randomised trial. *Lancet*. 2010; 376: 173-179 [EC,I] 20638563
- Calañas-Continento A, José J, Caixàs A, Cordido F; Grupo de Trabajo sobre Obesidad de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición. Recomendaciones diagnósticas y terapéuticas en el sobrepeso y la obesidad durante la adolescencia. *Med Clin (Barc)*. 2010; 135: 265-273 [R,II] 19457514
- Loder E. Triptan therapy in migraine. *N Engl J Med*. 2010; 363: 63-70 [R,I] 20592298
- Astrup A. Drug management of obesity--efficacy versus safety. *N Engl J Med*. 2010; 363: 288-290 [AO,I] 20647205
- Rubio-Terrés C. Evaluación económica del uso de condroitín sulfato y antiinflamatorios no esteroideos en el tratamiento de la artrosis. Datos del estudio VECTRA. *Reumatol Clin*. 2010; 6: 187-195 [CE,I]

MEDIOS DIAGNÓSTICOS

- Janssens HJ, Fransen J, van de Lisdonk EH, van Riel PL, van Weel C, Janssen M. A diagnostic rule for acute gouty arthritis in

- primary care without joint fluid analysis. *Arch Intern Med.* 2010; 170: 1120-1126 [T,I]
20625017
- Smith PC, Schmidt SM, Allensworth-Davies D, Saitz R. A single-question screening test for drug use in primary care. *Arch Intern Med.* 2010; 170: 1155-1160 [T,I]
20625025
- Shao YH, Albertsen PC, Roberts CB, Lin Y, Mehta AR, Stein MN, et al. Risk profiles and treatment patterns among men diagnosed as having prostate cancer and a prostate-specific antigen level below 4.0 ng/ml. *Arch Intern Med.* 2010; 170: 1256-1261 [T,I]
20660846
- Hoffman RM, Zeliadt SB. The cautionary tale of PSA testing. *Arch Intern Med.* 2010; 170: 1262-1263 [AO,I]
20660847
- Flores G, Conejero J, Grenzner E, Baba Z, Dicono S, Echasabal M, et al. Diagnóstico precoz de faringitis estreptocócica en pediatría: validación de una técnica antigénica rápida. *Aten Primaria.* 2010; 42: 356-361 [T,I]
20347185
- Llor C. ¿Hay que pedir cultivo faríngeo cuando se utilizan técnicas antigénicas rápidas? *Aten Primaria.* 2010; 42: 362-363 [AO,I]
20466460
- Binder A, Ellis S. Investigating symmetrical polyarthritis of recent origin. *BMJ.* 2010; 340: c3110 [R,I]
20591966
- Van Rheenen PF, Van de Vijver E, Fidler V. Faecal calprotectin for screening of patients with suspected inflammatory bowel disease: diagnostic meta-analysis. *BMJ.* 2010; 341: c3369 [M,I]
20634346
- Logan R. Faecal calprotectin for the diagnosis of inflammatory bowel disease. *BMJ.* 2010; 341: c3636 [AO,I]
20634348
- Vickers AJ, Cronin AM, Björk T, Manjer J, Nilsson PM, Dahlin A, et al. Prostate specific antigen concentration at age 60 and death or metastasis from prostate cancer: case-control study. *BMJ.* 2010; 341: c4521 [CC,I]
20843935
- Bösner S, Haasenritter J, Becker A, Karatolios K, Vaucher P, Gencer B, et al. Ruling out coronary artery disease in primary care: development and validation of a simple prediction rule. *CMAJ.* 2010; 182: 1295-1300 [T,I]
20603345
- Dros J, Maarsingh OR, van der Horst HE, Bindels PJ, Ter Riet G, van Weert HC. Tests used to evaluate dizziness in primary care. *CMAJ.* 2010; 182: E621-E631 [R,I]
20643840
- Perkins BA, Orszag A, Ngo M, Ng E, New P, Bril V. Prediction of incident diabetic neuropathy using the monofilament examination: a 4-year prospective study. *Diabetes Care.* 2010; 33: 1549-1554 [S,I]
20357373
- Zhang X, Gregg EW, Williamson DF, Barker LE, Thomas W, Bullard KM, et al. A1C level and future risk of diabetes: a systematic review. *Diabetes Care.* 2010; 33: 1665-1673 [M,II]
20587727
- Hanas R, John G; International HBA1c Consensus Committee. 2010 consensus statement on the worldwide standardization of the hemoglobin A1C measurement. *Diabetes Care.* 2010; 33: 1903-1904 [M,II]
20519665
- Takahashi O, Farmer AJ, Shimbo T, Fukui T, Glasziou PP. A1C to detect diabetes in healthy adults: when should we recheck? *Diabetes Care.* 2010; 33: 2016-2017 [S,I]
20566678
- Cederberg H, Saukkonen T, Laakso M, Jokelainen J, Härkönen P, Timonen M, et al. Postchallenge glucose, A1C, and fasting glucose as predictors of type 2 diabetes and cardiovascular disease: a 10-year prospective cohort study. *Diabetes Care.* 2010; 33: 2077-2083 [S,II]
20573752
- Achenbach S, Raggi P. Imaging of coronary atherosclerosis by computed tomography. *Eur Heart J.* 2010; 31: 1442-1448 [R,I]
20484566
- Zacho J, Tybjaerg-Hansen A, Nordestgaard BG. C-reactive protein and all-cause mortality--the Copenhagen City Heart Study. *Eur Heart J.* 2010; 31: 1624-1632 [S,II]
20423919
- O'Leary DH, Bots ML. Imaging of atherosclerosis: carotid intima-media thickness. *Eur Heart J.* 2010; 31: 1682-1689 [R,I]
20542989
- Brenner DJ, Hricak H. Radiation exposure from medical imaging: time to regulate? *JAMA.* 2010; 304: 208-209 [AO,II]
20628137
- Neugut AI, Lebwohl B. Colonoscopy vs sigmoidoscopy screening: getting it right. *JAMA.* 2010; 304: 461-462 [AO,I]
20664047
- Tovillas-Morán FJ, Vilaplana-Coscolluela M, Zabaleta-Del-Olmo E, Dalfó-Baqué A, Galcerán JM, Coca A. Morbilidad y mortalidad cardiovascular y criterios electrocardiográficos de hipertrofia ventricular izquierda en pacientes hipertensos en atención primaria. *Med Clin (Barc).* 2010; 135: 397-401 [T,I]
20816389
- Small PM, Pai M. Tuberculosis diagnosis--time for a game change. *N Engl J Med.* 2010; 363: 1070-1071 [AO,I]
20825320
- Baños-Laredo M, Nuñez-Alvarez C, Cabiedes J. Análisis de sedimento urinario. *Reumatol Clin.* 2010; 6: 268-272 [R,I]

INFANCIA Y ADOLESCENCIA

- Flores G, Conejero J, Grenzner E, Baba Z, Dicono S, Echasabal M, et al. Diagnóstico precoz de faringitis estreptocócica en pediatría: validación de una técnica antigénica rápida. *Aten Primaria.* 2010; 42: 356-361 [T,I]
20347185
- Bruffaerts R, Demyttenaere K, Borges G, Haro JM, Chiu WT, Hwang I, et al. Childhood adversities as risk factors for onset and persistence of suicidal behaviour. *Br J Psychiatry.* 2010; 197: 20-27 [T,I]
20592429
- Pérez MJ, Otheo de Tejada E, Ros P. Bronquiolitis en pediatría: puesta al día. *Inf Ter Sist Nac Salud.* 2010; 34: 3-11 [R,I]

Calañas-Continente A, José J, Caixàs A, Cordero F; Grupo de Trabajo sobre Obesidad de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición. Recomendaciones diagnósticas y terapéuticas en el sobrepeso y la obesidad durante la adolescencia. *Med Clin (Barc)*. 2010; 135: 265-273 [R,II]
19457514

MUJER Y SALUD. Incluye: planificación familiar, embarazo, aborto, menopausia, mujer y medicina.

García-Algar O, Jané M. Seguridad y efectividad del tratamiento sustitutivo con nicotina durante el embarazo. *Arch Bronconeumol*. 2010; 46: 453-454 [AO,I]
20434822

Lusk AC, Mekary RA, Feskanich D, Willett WC. Bicycle riding, walking, and weight gain in premenopausal women. *Arch Intern Med*. 2010; 170: 1050-1056 [S,I]
20585071

Melguizo M, Luna C, Marcos B, Bailon E. Nueva ley del aborto más que un problema legal y moral. *Aten Primaria*. 2010; 42: 403-405 [AO,II]

Visintin C, Muggleston MA, Almerie MQ, Nherera LM, James D, Walkinshaw S; Guideline Development Group. Management of hypertensive disorders during pregnancy: summary of NICE guidance. *BMJ*. 2010; 341: c2207 [M,II]
20739360

Renoux C, Dell'aniello S, Garbe E, Suissa S. Transdermal and oral hormone replacement therapy and the risk of stroke: a nested case-control study. *BMJ*. 2010; 340: c2519 [CC,I]
20525678

Abbott D, Atere-Roberts N, Williams A, Oteng-Ntim E, Chappell LC. Obstetric anal sphincter injury. *BMJ*. 2010; 341: c3414 [R,I]
20621967

Al-Jabri S, Malus M, Tulandi T. Ectopic pregnancy. *BMJ*. 2010; 341: c3770 [R,I]
20675392

Clarke J. Treatment of heavy menstrual bleeding. *BMJ*. 2010; 341: c3771 [AO,I]
20716600

Einarson A. Antidepressants and pregnancy: complexities of producing evidence-based information. *CMAJ*. 2010; 182: 1017-1018 [AO,I]
20513775

Callaway LK, Colditz PB, Byrne NM, Lingwood BE, Rowlands IJ, Foxcroft K, et al; BAMBINO Group. Prevention of gestational diabetes: feasibility issues for an exercise intervention in obese pregnant women. *Diabetes Care*. 2010; 33: 1457-1459 [EC,I]
20357374

Lagro-Janssen A, Knufing MW, Schreurs L, van Weel C. Significant fall in hormone replacement therapy prescription in general practice. *Fam Pract*. 2010; 27: 424-429 [S,I]
20406789

Corcoy R, Lumbreras B, Luis J, Ricart W; Grupo Español de Diabetes y Embarazo. Nuevos criterios diagnósticos de diabetes mellitus gestacional a partir del estudio HAPO. ¿Son válidos en nuestro medio? *Gac Sanit*. 2010; 24: 361-363 [R,II]
20483509

Ludermir AB, Lewis G, Valongueiro SA, de Araújo TV, Araya R. Violence against women by their intimate partner during pregnancy and postnatal depression: a prospective cohort study. *Lancet*. 2010; 376: 903-910 [S,I]
20822809

ANCIANOS

Martínez-García MA, Amilibia J, Chiner E, Queipo C, Díaz MJ, Carmona-Bernal C, et al. El síndrome de apneas-hipopneas durante el sueño en edades avanzadas. *Arch Bronconeumol*. 2010; 46: 479-488 [R,I]
20678851

De Vries OJ, Peeters GM, Elders PJ, Muller M, Knol DL, Danner SA, et al. Multifactorial intervention to reduce falls in older people at high risk of recurrent falls: a randomized controlled trial. *Arch Intern Med*. 2010; 170: 1110-1117 [EC,II]
20625015

Llewellyn DJ, Lang IA, Langa KM, Muniz-Terrera G, Phillips CL, Cherubini A, et al. Vitamin D and risk of cognitive decline in elderly persons. *Arch Intern Med*. 2010; 170: 1135-1141 [S,I]
20625021

Martín I, Gorroñoigoitia A, Gómez J, Baztán JJ, Abizanda P. El anciano frágil. Detección y tratamiento en AP. *Aten Primaria*. 2010; 42: 388-393 [R,II]
19944494

Redelmeier DA, McAlister FA, Kandel CE, Lu H, Daneman N. Postoperative pneumonia in elderly patients receiving acid suppressants: a retrospective cohort analysis. *BMJ*. 2010; 340: c2608 [S,I]
20566596

Young J, Murthy L, Westby M, Akunne A, O'Mahony R; on behalf of the Guideline Development Group. Diagnosis, prevention, and management of delirium: summary of NICE guidance. *BMJ*. 2010; 341: c3704 [M,II]
20667955

Thirugnanasothy S. Managing urinary incontinence in older people. *BMJ*. 2010; 341: c3835 [R,I]
20696747

Katlic MR. Consider surgery for elderly patients. *CMAJ*. 2010; 182: 1403-1404 [AO,I]
20682729

Perkins EA, Moran JA. Aging adults with intellectual disabilities. *JAMA*. 2010; 304: 91-92 [R,I]
20606156

Witlox J, Eurelings LS, de Jonghe JF, Kalisvaart KJ, Eikelenboom P, et al. Delirium in elderly patients and the risk of postdischarge mortality, institutionalization, and dementia: a meta-analysis. *JAMA*. 2010; 304: 443-451 [M,I]
20664045

Gomez J. Calidad de vida relacionada con la salud. La punta del iceberg del complejo abordaje de los ancianos muy mayores. *Med Clin (Barc)*. 2010; 135: 162-164 [AO,I]
20097387

Bremner WJ. Testosterone deficiency and replacement in older men. *N Engl J Med*. 2010; 363: 189-191 [AO,I]
20647215

URGENCIAS Y EMERGENCIAS

- Braden JB, Russo J, Fan MY, Edlund MJ, Martin BC, DeVries A, et al. Emergency department visits among recipients of chronic opioid therapy. *Arch Intern Med.* 2010; 170: 1425-1432 [T,II].
20837827
- Kitamura T, Iwami T, Kawamura T, Nagao K, Tanaka H, Hiraide A; for the Implementation Working Group for All-Japan Utstein Registry of the Fire and Disaster Management Agency. Bystander-initiated rescue breathing for out-of-hospital cardiac arrests of noncardiac origin. *Circulation.* 2010; 122: 293-299 [S,I].
20606122
- Amigó M, Nogué S, Miró O. Carbón activado en 575 casos de intoxicaciones agudas. Seguridad y factores asociados a las reacciones adversas. *Med Clin (Barc).* 2010; 135: 243-249 [S,I].
20537361
- Burillo-Putze G, Munne P. Carbón activado en las intoxicaciones agudas: ¿está todo dicho? *Med Clin (Barc).* 2010; 135: 260-262 [AO,I].
20471660
- Rea TD, Fahrenbruch C, Culley L, Donohoe RT, Hambly C, Innes J, et al. CPR with chest compression alone or with rescue breathing. *N Engl J Med.* 2010; 363: 423-433 [EC,I].
- Svensson L, Bohm K, Castren M, Petersson H, Engerstrom L, Herlitz J, et al. Compression-only CPR or standard CPR in out-of-hospital cardiac arrest. *N Engl J Med.* 2010; 363: 434-442 [EC,I].
- Weisfeldt ML. In CPR, less may be better. *N Engl J Med.* 2010; 363: 481-483 [AO,I].
- McCord J. Dolor torácico e infarto agudo de miocardio asociados al consumo de cocaína. *Rev Esp Cardiol.* 2010; 63: 1013-1014 [AO,I].
20804695
- TERAPÉUTICA: Incluye: farmacología, adherencia al tratamiento, cuidados paliativos y tratamiento del dolor, calidad de las prescripciones.
- Charlot M, Ahlehoff O, Norgaard ML, Jørgensen CH, Sørensen R, Abildstrøm SZ, et al. Proton-pump inhibitors are associated with increased cardiovascular risk independent of clopidogrel use: a nationwide cohort study. *Ann Intern Med.* 2010; 153: 378-386 [S,II].
20855802
- García-Algar O, Jané M. Seguridad y efectividad del tratamiento sustitutivo con nicotina durante el embarazo. *Arch Bronconeumol.* 2010; 46: 453-454 [AO,I].
20434822
- Green LA. Cholesterol-lowering therapy for primary prevention: still much we don't know. *Arch Intern Med.* 2010; 170: 1007-1008 [AO,I].
20585062
- Ray KK, Seshasai SR, Erqou S, Sever P, Jukema JW, Ford I, et al. Statins and all-cause mortality in high-risk primary prevention: a meta-analysis of 11 randomized controlled trials involving 65, 229 participants. *Arch Intern Med.* 2010; 170: 1024-1031 [M,I].
20585067
- De Lorgeril M, Salen P, Abramson J, Dodin S, Hamazaki T, Kostucki W, et al. Cholesterol lowering, cardiovascular diseases, and the rosuvastatin-JUPITER controversy: a critical reappraisal. *Arch Intern Med.* 2010; 170: 1032-1036 [T,I].
20585068
- Smeets HM, de Wit NJ, Zuithoff NP, van Dijk PC, van der Lee AP, Hoes AW. A health insurance company-initiated multifaceted intervention for optimizing acid-suppressing drug prescriptions in primary care: a randomized controlled trial. *Arch Intern Med.* 2010; 170: 1264-1268 [EC,I].
20660848
- Katz MH. Long-term opioid treatment of nonmalignant pain: a believer loses his faith. *Arch Intern Med.* 2010; 170: 1422-1424 [AO,II].
20837826
- Braden JB, Russo J, Fan MY, Edlund MJ, Martin BC, DeVries A, et al. Emergency department visits among recipients of chronic opioid therapy. *Arch Intern Med.* 2010; 170: 1425-1432 [T,II].
20837827
- Hansen ML, Sørensen R, Clausen MT, Fog-Petersen ML, Raunso J, Gadsbøll N, et al. Risk of bleeding with single, dual, or triple therapy with warfarin, aspirin, and clopidogrel in patients with atrial fibrillation. *Arch Intern Med.* 2010; 170: 1433-1441 [S,I].
20837828
- De Caterina R, Ruigómez A, Rodríguez LA. Long-term use of anti-inflammatory drugs and risk of atrial fibrillation. *Arch Intern Med.* 2010; 170: 1450-1455 [T,II].
20837831
- Arnold LM, Gendreau RM, Palmer RH, Gendreau JF, Wang Y. Efficacy and safety of milnacipran 100 mg/day in patients with fibromyalgia: Results of a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Arthritis Rheum.* 2010 [Epub ahead of print] [EC,I].
20496365
- Vivar CG. Plan de cuidados en la supervivencia de cáncer: un reto en atención primaria. *Aten Primaria.* 2010; 42: 354-355 [AO,I].
20478646
- Vicens C, Sempere E, Arroyo MP, Hernández MA, Palop V, Orueta R, et al. Variabilidad en la medición de la calidad de prescripción por comunidades autónomas. *Aten Primaria.* 2010; 42: 380-387 [T,II].
20138406
- Bennell K, Wee E, Coburn S, Green S, Harris A, Staples M, et al. Efficacy of standardised manual therapy and home exercise programme for chronic rotator cuff disease: randomised placebo controlled trial. *BMJ.* 2010; 340: c275 [EC,I].
20530557
- Renoux C, Dell'aniello S, Garbe E, Suissa S. Transdermal and oral hormone replacement therapy and the risk of stroke: a nested case-control study. *BMJ.* 2010; 340: c2519 [CC,I].
20525678
- Redelmeier DA, McAlister FA, Kandel CE, Lu H, Daneman N. Postoperative pneumonia in elderly patients receiving acid suppressants: a retrospective cohort analysis. *BMJ.* 2010; 340: c2608 [S,I].
20566596

- Crawshaw DP, Helliwell PS, Hensor EM, Hay EM, Aldous SJ, Conaghan PG. Exercise therapy after corticosteroid injection for moderate to severe shoulder pain: large pragmatic randomised trial. *BMJ*. 2010; 340: c3037 [EC,I]
20584793
- Fouyas IP, Sandercock PA, Statham PF, Nikolaidis I. How beneficial is surgery for cervical radiculopathy and myelopathy? *BMJ*. 2010; 341: c3108 [R,I]
20627982
- Krumholz HM, Hayward RA. Shifting views on lipid lowering therapy. *BMJ*. 2010; 341: c3531 [R,I]
20667950
- Dunn KM, Hay EM. Opioids for chronic musculoskeletal pain. *BMJ*. 2010; 341: c3533 [AO,I]
20605881
- Craig JC, Webster AC, Loy C. How long should treatments be continued? *BMJ*. 2010; 341: c4102 [AO,I]
20724403
- Liperoti R, Gambassi G. Antipsychotics and the risk of venous thromboembolism. *BMJ*. 2010; 341: c4216 [AO,I]
20858908
- Green J, Czanner G, Reeves G, Watson J, Wise L, Beral V. Oral bisphosphonates and risk of cancer of oesophagus, stomach, and colorectum: case-control analysis within a UK primary care cohort. *BMJ*. 2010; 341: c4444 [CC,I]
20813820
- Wysowski DK. Oral bisphosphonates and oesophageal cancer. *BMJ*. 2010; 341: c4506 [AO,I]
20813821
- Lehman R, Yudkin JS, Krumholz H. Licensing drugs for diabetes. *BMJ*. 2010; 341: c4805 [AO,I]
20819887
- Cohen D. Rosiglitazone: what went wrong? *BMJ*. 2010; 341: c4848 [AO,I]
20819889
- Godlee F. Rosiglitazone: a cautionary tale. *BMJ*. 2010; 341: c4896 [AO,I]
- Gerdes AM, Iervasi G. Thyroid replacement therapy and heart failure. *Circulation*. 2010; 122: 385-393 [R,I]
20660814
- Einarson A. Antidepressants and pregnancy: complexities of producing evidence-based information. *CMAJ*. 2010; 182: 1017-1018 [AO,I]
20513775
- Kivimäki M, Tabák AG, Lawlor DA, Batty GD, Singh-Manoux A, Jokela M, et al. Antidepressant use before and after the diagnosis of type 2 diabetes: a longitudinal modeling study. *Diabetes Care*. 2010; 33: 1471-1476 [S,I]
20368411
- Sfikakis PP, Grigoropoulos V, Emfietzoglou I, Theodossiadis G, Tentolouris N, Delicha E, et al. Infliximab for diabetic macular edema refractory to laser photocoagulation: a randomized, double-blind, placebo-controlled, crossover, 32-week study. *Diabetes Care*. 2010; 33: 1523-1528 [EC,I]
20413522
- Wang Z, Hedrington MS, Gogitidze Joy N, Briscoe VJ, Richardson MA, Younk L, et al. Dose-response effects of insulin glargine in type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2010; 33: 1555-1560 [EC,I]
20357371
- Bunck MC, Diamant M, Eliasson B, Cornér A, Shaginian RM, Heine RJ, et al. Exenatide affects circulating cardiovascular risk biomarkers independently of changes in body composition. *Diabetes Care*. 2010; 33: 1734-1737 [EC,I]
20424219
- Horton ES, Silberman C, Davis KL, Berria R. Weight loss, glycemic control, and changes in cardiovascular biomarkers in patients with type 2 diabetes receiving incretin therapies or insulin in a large cohort database. *Diabetes Care*. 2010; 33: 1759-1765 [S,II]
20460445
- Sherifali D, Nerenberg K, Pullenayegum E, Cheng JE, Gerstein HC. The effect of oral antidiabetic agents on A1C levels: a systematic review and meta-analysis. *Diabetes Care*. 2010; 33: 1859-1864 [M,II]
20484130
- Ruggenti P, Cattaneo D, Rota S, Iliev I, Parvanova A, Diadei O, et al; Ezetimibe and Simvastatin in Dyslipidemia of Diabetes (ESD) Study Group. Effects of combined ezetimibe and simvastatin therapy as compared with simvastatin alone in patients with type 2 diabetes: a prospective randomized double-blind clinical trial. *Diabetes Care*. 2010; 33: 1954-1956 [EC,I]
20566677
- Werner C, Pöss J, Böhm M. Optimal antagonism of the Renin-Angiotensin-aldosterone system: do we need dual or triple therapy? *Drugs*. 2010; 70: 1215-1230 [R,I]
20568830
- Boltz DA, Aldridge JR Jr, Webster RG, Govorkova EA. Drugs in development for influenza. *Drugs*. 2010; 70: 1349-1362 [R,I]
20614944
- Toth PP. Drug treatment of hyperlipidaemia: a guide to the rational use of lipid-lowering drugs. *Drugs*. 2010; 70: 1363-1379 [R,I]
20614945
- Hoy SM, Scott LJ. Dapoxetine: in premature ejaculation. *Drugs*. 2010; 70: 1433-1443 [R,I]
20614950
- Johnston MM, Rapoport AM. Triptans for the management of migraine. *Drugs*. 2010; 70: 1505-1518 [AO,I]
20687618
- Yang LP. Oral colchicine (Colcrys): in the treatment and prophylaxis of gout. *Drugs*. 2010; 70: 1603-1613 [AO,I]
20687623
- Lane DA, Lip GY. Atrial fibrillation and mortality: the impact of antithrombotic therapy. *Eur Heart J*. 2010; 31: 2075-2076 [AO,I]
20685675
- Gill JM, Klinkman MS, Chen YX. Antidepressant medication use for primary care patients with and without medical comorbidities: a national electronic health record (EHR) network study. *J Am Board Fam Med*. 2010; 23: 499-508 [T,I]
20616292

- Serrano A. Indicaciones de los hipolipemiantes. *Inf Ter Sist Nac Salud.* 2010; 34: 41-48 [R,II]
- Cuesta MT. Medicamentos genéricos: una visión global. *Inf Ter Sist Nac Salud.* 2010; 34: 35-40. [R,II]
- Wilkens P, Scheel IB, Grundnes O, Hellum C, Storheim K. Effect of glucosamine on pain-related disability in patients with chronic low back pain and degenerative lumbar osteoarthritis: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2010; 304: 45-52 [EC,I] 20606148
- Avins AL. Glucosamine and the ongoing enigma of chronic low back pain. *JAMA.* 2010; 304: 93-94 [AO,I] 20606157
- Thompson MA, Aberg JA, Cahn P, Montaner JS, Rizzardini G, Telenti A, et al; International AIDS Society-USA. Antiretroviral treatment of adult HIV infection: 2010 recommendations of the International AIDS Society-USA panel. *JAMA.* 2010; 304: 321-333 [M,II] 20639566
- Folkers GK, Fauci AS. Controlling and ultimately ending the HIV/AIDS pandemic: a feasible goal. *JAMA.* 2010; 304: 350-351 [AO,II] 20639573
- Graham DJ, Ouellet-Hellstrom R, MacCurdy TE, Ali F, Sholley C, Worrall C, et al. Risk of acute myocardial infarction, stroke, heart failure, and death in elderly Medicare patients treated with rosiglitazone or pioglitazone. *JAMA.* 2010; 304: 411-418 [S,II] 20584880
- Juurlink DN. Rosiglitazone and the case for safety over certainty. *JAMA.* 2010; 304: 469-471 [AO,II] 20584879
- Antony R, Dargie HJ. Allopurinol for chronic stable angina: old drug, new tricks? *Lancet.* 2010; 375: 2126-2127 [AO,I] 20542555
- Levy JH. Antifibrinolytic therapy: new data and new concepts. *Lancet.* 2010; 376: 3-4 [AO,I] 20554318
- Buchanan TA, Xiang AH. Preventing type 2 diabetes with low-dose combinations. *Lancet.* 2010; 376: 72-74 [AO,I] 20605203
- Zinman B, Harris SB, Neuman J, Gerstein HC, Retnakaran RR, Raboud J, et al. Low-dose combination therapy with rosiglitazone and metformin to prevent type 2 diabetes mellitus (CANOE trial): a double-blind randomised controlled study. *Lancet.* 2010; 376: 103-111 [EC,I] 20605202
- Ogedegbe G. Self-titration for treatment of uncomplicated hypertension. *Lancet.* 2010; 376: 144-146 [AO,I] 20619449
- McManus RJ, Mant J, Bray EP, Holder R, Jones MI, Greenfield S, et al. Telemonitoring and self-management in the control of hypertension (TASMINH2): a randomised controlled trial. *Lancet.* 2010; 376: 163-172 [EC,I] 20619448
- Chan FK, Lanas A, Scheiman J, Berger MF, Nguyen H, Goldstein JL. Celecoxib versus omeprazole and diclofenac in patients with osteoarthritis and rheumatoid arthritis (CONDOR): a randomised trial. *Lancet.* 2010; 376: 173-179 [EC,I] 20638563
- Lane DA, Lip GY. Quality of anticoagulation control in atrial fibrillation. *Lancet.* 2010; 376: 935-937 [AO,I] 20801499
- Wallentin L, Yusuf S, Ezekowitz MD, Alings M, Flather M, Franzosi MG, et al; RE-LY investigators. Efficacy and safety of dabigatran compared with warfarin at different levels of international normalised ratio control for stroke prevention in atrial fibrillation: an analysis of the RE-LY trial. *Lancet.* 2010; 376: 975-983 [T,II] 20801496
- Gómez-Batiste X, Pascual A, Espinosa J, Caja C. Diseño, implementación y evaluación de programas públicos de cuidados paliativos. *Med Clin (Barc).* 2010; 135: 179-185 [R,I] 20435324
- Porta-Sales J, Garzón C, Julià J, Casals M. Dolor irruptivo en cáncer. *Med Clin (Barc).* 2010; 135: 280-285 [R,II] 20451223
- Blancafort X, Fernández-Liz E. Prescripción inducida por parte del especialista hospitalario: algo más que burocracia. *Med Clin (Barc).* 2010; 135: 314-318 [T,II] 19473673
- Loder E. Triptan therapy in migraine. *N Engl J Med.* 2010; 363: 63-70 [R,I] 20592298
- Astrup A. Drug management of obesity--efficacy versus safety. *N Engl J Med.* 2010; 363: 288-290 [AO,I] 20647205
- Michele TM, Pinheiro S, Iyasu S. The safety of tiotropium--the FDA's conclusions. *N Engl J Med.* 2010; 363: 1097-1099 [AO,II] 20843240
- Rubio-Terrés C. Evaluación económica del uso de condroitín sulfato y antiinflamatorios no esteroideos en el tratamiento de la artrosis. Datos del estudio VECTRA. *Reumatol Clin.* 2010; 6: 187-195 [CE,I]
- Calverley P. Better lungs for better legs: novel bronchodilator effects in COPD. *Thorax.* 2010; 65: 573-575 [AO,I] 20627910
- Chapman KR, Barnes NC, Greening AP, Jones PW, Pedersen S. Single maintenance and reliever therapy (SMART) of asthma: a critical appraisal. *Thorax.* 2010; 65: 747-752 [M,I] 20581409

ENTREVISTA CLINICA

Blatt B, LeLacheur SF, Galinsky AD, Simmens SJ, Greenberg L. Does perspective-taking increase patient satisfaction in medical encounters? *Acad Med.* 2010; 85: 1445-1452 [EC,I] 20736672

Dutton GR, Tan F, Perri MG, Stine CC, Dancer-Brown M, Goble M, et al. What words should we use when discussing excess weight? *J Am Board Fam Med.* 2010; 23: 606-613 [T,I] 20823355

Frederiksen HB, Kragstrup J, Dehlholm-Lambertsen B. Attachment in the doctor-patient relationship in general practice: a qualitative study. *Scand J Prim Health Care*. 2010; 28: 185-190 [C,II]
20642396

ATENCION FAMILIAR

Ludermir AB, Lewis G, Valongueiro SA, de Araújo TV, Araya R. Violence against women by their intimate partner during pregnancy and postnatal depression: a prospective cohort study. *Lancet*. 2010; 376: 903-910 [S,I]
20822809

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

Green M, Zick A, Thomas JX. Commentary: Accurate medical student performance evaluations and professionalism assessment: "yes, we can!". *Acad Med*. 2010; 85: 1105-1107 [AO,I]
20592502

Taylor JS. Learning with emotion: A powerful and effective pedagogical technique. *Point. Acad Med*. 2010; 85: 1110 [AO,I]
20592504

Kassirer JP. Teaching clinical reasoning: Case-based and coached. *Acad Med*. 2010; 85: 1118-1124 [AO,I]
20603909

Brenner AM, Mathai S, Jain S, Mohl PC. Can we predict "problem residents"? *Acad Med*. 2010; 85: 1147-1151 [CC,I]
20592510

Pardes H, Pincus HA. Commentary: models of academic-clinical partnerships: goods, better, best. *Acad Med*. 2010; 85: 1264-1265 [AO,I]
20671448

Lindor KD, Pawlina W, Porter BL, Viggiano TR, Grande JP, Barrier PA, et al. Commentary: improving medical education during financially challenging times. *Acad Med*. 2010; 85: 1266-1268 [AO,I]
20671449

Wayne NL, Vermillion M, Uijtdehaage S. Gender differences in leadership amongst first-year medical students in the small-group setting. *Acad Med*. 2010; 85: 1276-1281 [C,I]
20671452

Blue AV, Mitcham M, Smith T, Raymond J, Greenberg R. Changing the future of health professions: embedding interprofessional education within an academic health center. *Acad Med*. 2010; 85: 1290-1295 [R,I]
20671454

Magrane D, Khan O, Pigeon Y, Leadley J, Grigsby RK. Learning about teams by participating in teams. *Acad Med*. 2010; 85: 1303-1311 [QE,I]
20671456

Babbott S. Commentary: watching closely at a distance: key tensions in supervising resident physicians. *Acad Med*. 2010; 85: 1399-1400 [AO,I]
20736665

Sterkenburg A, Barach P, Kalkman C, Gielen M, ten Cate O. When do supervising physicians decide to entrust residents with

unsupervised tasks? *Acad Med*. 2010; 85: 1408-1417 [C,II]
20736669

Blatt B, LeLacheur SF, Galinsky AD, Simmens SJ, Greenberg L. Does perspective-taking increase patient satisfaction in medical encounters? *Acad Med*. 2010; 85: 1445-1452 [EC,I]
20736672

Goldacre MJ, Laxton L, Lambert TW. Medical graduates' early career choices of specialty and their eventual specialty destinations: UK prospective cohort studies. *BMJ*. 2010; 341: c3199 [T,II]
20605892

Brown JM. The durability of early career choices. *BMJ*. 2010; 341: c3500 [AO,I]
20605893

Morrow JB, Sepdham D, Snell L, Lindeman C, Dobbie A. Evaluation of a web-based family medicine case library for self-directed learning in a third-year clerkship. *Fam Med*. 2010; 42: 496-500 [T,I]
20628923

Scherger JE. What does the match mean for the growth and development of family medicine? *Fam Med*. 2010; 42: 538-539 [AO,II]
20830618

McGaha AL, Schmittling GT, DeVilbiss AD, Crosley PW, Pugno PA. Entry of US medical school graduates into family medicine residencies: 2009-2010 and 3-year summary. *Fam Med*. 2010; 42: 540-551 [T,II]
20830619

Pugno PA, McGaha AL, Schmittling GT, DeVilbiss AD, Crosley PW, Ostergaard DJ. Results of the 2010 national resident matching program: family medicine. *Fam Med*. 2010; 42: 552-561 [T,II]
20830620

INVESTIGACIÓN. Incluye: investigación cualitativa, estadística.

Abraha I, Montedori A. Modified intention to treat reporting in randomised controlled trials: systematic review. *BMJ*. 2010; 340: c2697 [M,I]
20547685

Paal P, Braun P, Brugger H, Strappazon G, Falk M. How the media and animal rights activists put avalanche burial study on ice. *BMJ*. 2010; 341: c3778 [R,I]
20630957

Bolon SK, Phillips RL Jr. Building the research culture of family medicine with fellowship training. *Fam Med*. 2010; 42: 481-487 [T,I]
20628921

Ferrer RL. Family Medicine Research: eyes wide open. *Fam Med*. 2010; 42: 514-516 [AO,I]
20628926

Kruschinski C, Lange M, Lionis C, van Weel C, Hummers-Pradier E; EGPRN. Themes and methods of research presented at European General Practice Research Network conferences. *Fam Pract*. 2010; 27: 459-467 [T,I]
20427325

PREVENCIÓN

- Nelson HD, Haney EM, Dana T, Bougatsos C, Chou R. Screening for osteoporosis: an update for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2010; 153: 99-111 [M,II] 20621892
- Fung TT, van Dam RM, Hankinson SE, Stampfer M, Willett WC, Hu FB. Low-carbohydrate diets and all-cause and cause-specific mortality: two cohort studies. *Ann Intern Med.* 2010; 153: 289-298 [S,I] 20820038
- Lansdorp-Vogelaar I, Kuntz KM, Knudsen AB, Wilschut JA, Zauber AG, van Ballegooijen M. Stool DNA testing to screen for colorectal cancer in the medicare population: a cost-effectiveness analysis. *Ann Intern Med.* 2010; 153: 368-377 [CE,I] 20855801
- Lin K, Sharangpani R. Screening for testicular cancer: an evidence review for the u.s. Preventive services task force. *Ann Intern Med.* 2010; 153: 396-399 [M,II] 20855803
- Green LA. Cholesterol-lowering therapy for primary prevention: still much we don't know. *Arch Intern Med.* 2010; 170: 1007-1008 [AO,I] 20585062
- Ray KK, Seshasai SR, Erqou S, Sever P, Jukema JW, Ford I, et al. Statins and all-cause mortality in high-risk primary prevention: a meta-analysis of 11 randomized controlled trials involving 65,229 participants. *Arch Intern Med.* 2010; 170: 1024-1031 [M,I] 20585067
- Lusk AC, Mekary RA, Feskanich D, Willett WC. Bicycle riding, walking, and weight gain in premenopausal women. *Arch Intern Med.* 2010; 170: 1050-1056 [S,I] 20585071
- Grey A, Bolland M. Vitamin D: a place in the sun? *Arch Intern Med.* 2010; 170: 1099-1100 [AO,I] 20625012
- De Vries OJ, Peeters GM, Elders PJ, Muller M, Knol DL, Danner SA, et al. Multifactorial intervention to reduce falls in older people at high risk of recurrent falls: a randomized controlled trial. *Arch Intern Med.* 2010; 170: 1110-1117 [EC,II] 20625015
- Llewellyn DJ, Lang IA, Langa KM, Muniz-Terrera G, Phillips CL, Cherubini A, et al. Vitamin D and risk of cognitive decline in elderly persons. *Arch Intern Med.* 2010; 170: 1135-1141 [S,I] 20625021
- Shao YH, Albertsen PC, Roberts CB, Lin Y, Mehta AR, Stein MN, et al. Risk profiles and treatment patterns among men diagnosed as having prostate cancer and a prostate-specific antigen level below 4.0 ng/ml. *Arch Intern Med.* 2010; 170: 1256-1261 [T,I] 20660846
- Hoffman RM, Zeliadt SB. The cautionary tale of PSA testing. *Arch Intern Med.* 2010; 170: 1262-1263 [AO,I] 20660847
- Hansen ML, Sørensen R, Clausen MT, Fog-Petersen ML, Raunso J, Gadsbøll N, et al. Risk of bleeding with single, dual, or triple therapy with warfarin, aspirin, and clopidogrel in patients with atrial fibrillation. *Arch Intern Med.* 2010; 170: 1433-1441 [S,I] 20837828
- Eriksson MK, Hagberg L, Lindholm L, Malmgren-Olsson EB, Osterlind J, Eliasson M. Quality of life and cost-effectiveness of a 3-year trial of lifestyle intervention in primary health care. *Arch Intern Med.* 2010; 170: 1470-1479 [EC,I] 20837834
- Pita-Fernández S, Pombo-Sánchez A, Suárez-Quintanilla J, Novio-Mallón S, Rivas-Mundiña B, Pérttega-Díaz S. Relevancia clínica del cepillado dental y su relación con la caries. *Aten Primaria.* 2010; 42: 372-379 [T,I] 20116887
- Palacio J, Aibar C, Mareca R. La Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria adapta las recomendaciones sobre higiene de las manos de la Organización Mundial de la Salud para atención primaria. *Aten Primaria.* 2010; 42: 401-402 [AO,I]
- Cirera L, Segura A. Documentos médicos de la defunción actualizados: certificado médico de defunción y boletín estadístico de parto. *Aten Primaria.* 2010; 42: 431-437 [R,I] 20537431
- Brotons C, Moral I. Prevención primaria de la enfermedad cardiovascular con aspirina: ¿qué dicen las guías de práctica clínica? *Aten Primaria.* 2010; 42: 470-481 [M,II] 20472328
- Nazareth I, Murray E. Promoting self care for minor illness. *BMJ.* 2010; 340: c2913 [AO,I] 20538638
- McPherson K. Screening for breast cancer--balancing the debate. *BMJ.* 2010; 340: c3106 [AO,I] 20576707
- Gunnell D, Miller M. Strategies to prevent suicide. *BMJ.* 2010; 341: c3054 [AO,I] 20605891
- Van Rheenen PF, Van de Vijver E, Fidler V. Faecal calprotectin for screening of patients with suspected inflammatory bowel disease: diagnostic meta-analysis. *BMJ.* 2010; 341: c3369 [M,I] 20634346
- Dillner J, Kjaer SK, Wheeler CM, Sigurdsson K, Iversen OE, Hernandez-Avila M, et al; FUTURE I/II Study Group. Four year efficacy of prophylactic human papillomavirus quadrivalent vaccine against low grade cervical, vulvar, and vaginal intraepithelial neoplasia and anogenital warts: randomised controlled trial. *BMJ.* 2010; 341: c3493 [EC,II] 20647284
- Logan R. Faecal calprotectin for the diagnosis of inflammatory bowel disease. *BMJ.* 2010; 341: c3636 [AO,I] 20634348
- Bolland MJ, Avenell A, Baron JA, Grey A, MacLennan GS, Gamble GD, et al. Effect of calcium supplements on risk of myocardial infarction and cardiovascular events: meta-analysis. *BMJ.* 2010; 341: c3691 [M,II] 20671013
- Kamerow D. The case of the sugar sweetened beverage tax. *BMJ.* 2010; 341: c3719 [AO,I] 20630952

- Lang T, Rayner G. Corporate responsibility in public health. *BMJ*. 2010; 341: c3758 [AO,I]
20630954
- Cleland JG, Witte K, Steel S. Calcium supplements in people with osteoporosis. *BMJ*. 2010; 341: c3856 [AO,I]
20671014
- Heath I. What do we want to die from? *BMJ*. 2010; 341: c3883 [AO,I]
20659979
- Designing prevention programmes to reduce incidence of dementia: prospective cohort study of modifiable risk factors. *BMJ*. 2010; 341: c3885 [S,I]
20688841
- Godlee F. Premature deaths should be the priority for prevention. *BMJ*. 2010; 341: c3946 [AO,I]
- Dowler E. Income needed to achieve a minimum standard of living. *BMJ*. 2010; 341: c4070 [AO,I]
20716607
- Kurth T, Logroscino G. Can dementia be prevented? *BMJ*. 2010; 341: c4201 [AO,I]
20688836
- Manuel DG, Rosella LC, Stukel TA. Importance of accurately identifying disease in studies using electronic health records. *BMJ*. 2010; 341: c4226 [AO,II]
20724404
- Carter P, Gray LJ, Troughton J, Khunti K, Davies MJ. Fruit and vegetable intake and incidence of type 2 diabetes mellitus: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2010; 341: c4229 [M,II]
20724400
- Mann J, Aune D. Can specific fruits and vegetables prevent diabetes? *BMJ*. 2010; 341: c4395 [AO,I]
20724401
- Vickers AJ, Cronin AM, Björk T, Manjer J, Nilsson PM, Dahlin A, et al. Prostate specific antigen concentration at age 60 and death or metastasis from prostate cancer: case-control study. *BMJ*. 2010; 341: c4521 [CC,I]
20843935
- Andriole GL, Jr. Screening for prostate cancer. *BMJ*. 2010; 341: c4538 [AO,I]
20843936
- Djulbegovic M, Beyth RJ, Neuberger MM, Stoffs TL, Vieweg J, Djulbegovic B, et al. Screening for prostate cancer: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*. 2010; 341: c4543 [M,II]
20843937
- Godlee F. Are we at risk of being at risk? *BMJ*. 2010; 341: c4766 [AO,I]
- Cooney MT, Dudina A, D'Agostino R, Graham IM. Cardiovascular risk-estimation systems in primary prevention: do they differ? Do they make a difference? Can we see the future? *Circulation*. 2010; 122: 300-310 [R,II]
20644026
- Artinian NT, Fletcher GF, Mozaffarian D, Kris-Etherton P, Van Horn L, Lichtenstein AH, et al; on behalf of the American Heart Association Prevention Committee of the Council on Cardiovascular Nursing. Interventions to promote physical activity and dietary lifestyle changes for cardiovascular risk factor reduction in adults: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2010; 122: 406-441 [M,II]
20625115
- Smith RA. Mathematical models and cost-effective screening strategies for colorectal cancer. *CMAJ*. 2010; 182: 1283-1284 [AO,I]
20713572
- Telford JJ, Levy AR, Sambrook JC, Zou D, Enns RA. The cost-effectiveness of screening for colorectal cancer. *CMAJ*. 2010; 182: 1307-1313 [CE,II]
20624866
- Hanley DA, Cranney A, Jones G, Whiting SJ, Leslie WD; Guidelines Committee of the Scientific Advisory Council of Osteoporosis Canada. Vitamin D in adult health and disease: a review and guideline statement from Osteoporosis Canada (summary). *CMAJ*. 2010; 182: 1315-1319 [M,I]
20624865
- Arsenault BJ, Lemieux I, Després JP, Wareham NJ, Kastelein JJ, Khaw KT, et al. The hypertriglyceridemic-waist phenotype and the risk of coronary artery disease: results from the EPIC-Norfolk prospective population study. *CMAJ*. 2010; 182: 1427-1432 [S,I]
20643837
- Lam PP, Chambers LW, MacDougall DM, McCarthy AE. Seasonal influenza vaccination campaigns for health care personnel: systematic review. *CMAJ*. 2010; 182: E542-E548 [M,I]
20643836
- Hanley DA, Cranney A, Jones G, Whiting SJ, Leslie WD, Cole DE, et al; Guidelines Committee of the Scientific Advisory Council of Osteoporosis Canada. Vitamin D in adult health and disease: a review and guideline statement from Osteoporosis Canada. *CMAJ*. 2010; 182: E610-E618 [M,I]
20624868
- Callaway LK, Colditz PB, Byrne NM, Lingwood BE, Rowlands IJ, Foxcroft K, et al; BAMBINO Group. Prevention of gestational diabetes: feasibility issues for an exercise intervention in obese pregnant women. *Diabetes Care*. 2010; 33: 1457-1459 [EC,I]
20357374
- Lavery LA, Hunt NA, Lafontaine J, Baxter CL, Ndip A, Boulton AJ. Diabetic foot prevention: a neglected opportunity in high-risk patients. *Diabetes Care*. 2010; 33: 1460-1462 [T,I]
20424223
- Chatterjee R, Narayan KM, Lipscomb J, Phillips LS. Screening adults for pre-diabetes and diabetes may be cost-saving. *Diabetes Care*. 2010; 33: 1484-1490 [EC,II]
20587721
- Zhang X, Gregg EW, Williamson DF, Barker LE, Thomas W, Bullard KM, et al. A1C level and future risk of diabetes: a systematic review. *Diabetes Care*. 2010; 33: 1665-1673 [M,II]
20587727
- Gilmer TP, O'Connor PJ. The growing importance of diabetes screening. *Diabetes Care*. 2010; 33: 1695-1697 [R,II]
20587733

- Gautier A, Roussel R, Ducluzeau PH, Lange C, Vol S, Balkau B, et al; DESIR Study Group. Increases in waist circumference and weight as predictors of type 2 diabetes in individuals with impaired fasting glucose: influence of baseline BMI: data from the DESIR study. *Diabetes Care*. 2010; 33: 1850-1852 [T,I]
20484131
- Li R, Zhang P, Barker LE, Chowdhury FM, Zhang X. Cost-effectiveness of interventions to prevent and control diabetes mellitus: a systematic review. *Diabetes Care*. 2010; 33: 1872-1894 [M,II]
20668156
- Ruggenti P, Cattaneo D, Rota S, Iliev I, Parvanova A, Diadei O, et al; Ezetimibe and Simvastatin in Dyslipidemia of Diabetes (ESD) Study Group. Effects of combined ezetimibe and simvastatin therapy as compared with simvastatin alone in patients with type 2 diabetes: a prospective randomized double-blind clinical trial. *Diabetes Care*. 2010; 33: 1954-1956 [EC,I]
20566677
- Cederberg H, Saukkonen T, Laakso M, Jokelainen J, Härkönen P, Timonen M, et al. Postchallenge glucose, A1C, and fasting glucose as predictors of type 2 diabetes and cardiovascular disease: a 10-year prospective cohort study. *Diabetes Care*. 2010; 33: 2077-2083 [S,II]
20573752
- Toth PP. Drug treatment of hyperlipidaemia: a guide to the rational use of lipid-lowering drugs. *Drugs*. 2010; 70: 1363-1379 [R,I]
20614945
- Buijsse B, Weikert C, Drogan D, Bergmann M, Boeing H. Chocolate consumption in relation to blood pressure and risk of cardiovascular disease in German adults. *Eur Heart J*. 2010; 31: 1616-1623 [S,I]
20354055
- Paajanen TA, Oksala NK, Kuukasjärvi P, Karhunen PJ. Short stature is associated with coronary heart disease: a systematic review of the literature and a meta-analysis. *Eur Heart J*. 2010; 31: 1802-1809 [M,I]
20530501
- Lane DA, Lip GY. Atrial fibrillation and mortality: the impact of antithrombotic therapy. *Eur Heart J*. 2010; 31: 2075-2076 [AO,I]
20685675
- Segura A. ¿Qué se puede aprender de la gestión de la gripe pandémica? *Gac Sanit*. 2010; 24: 269-271 [AO,I]
20638157
- Apiñaniz A, López-Picado A, Miranda-Serrano E, Latorre A, Cobos R, Parraza-Díez N, et al. Estudio transversal basado en la población sobre la aceptabilidad de la vacuna y la percepción de la gravedad de la gripe A/H1N1: opinión de la población general y de los profesionales sanitarios. *Gac Sanit*. 2010; 24: 314-320 [T,I]
20537764
- Lianov L, Johnson M. Physician competencies for prescribing lifestyle medicine. *JAMA*. 2010; 304: 202-203 [AO,I]
20628134
- Brenner DJ, Hricak H. Radiation exposure from medical imaging: time to regulate? *JAMA*. 2010; 304: 208-209 [AO,II]
20628137
- Merchant RC, Waxman MJ. HIV screening in health care settings: some progress, even more questions. *JAMA*. 2010; 304: 348-349 [AO,II]
20639572
- Folkers GK, Fauci AS. Controlling and ultimately ending the HIV/AIDS pandemic: a feasible goal. *JAMA*. 2010; 304: 350-351 [AO,II]
20639573
- Neugut AI, Lebwohl B. Colonoscopy vs sigmoidoscopy screening: getting it right. *JAMA*. 2010; 304: 461-462 [AO,I]
20664047
- Viera AJ, Lingley K, Esserman D. Effects of labeling patients as prehypertensive. *J Am Board Fam Med*. 2010; 23: 571-583 [EC,I]
20823351
- Atun R, Weil DE, Eang MT, Mwakyusa D. Health-system strengthening and tuberculosis control. *Lancet*. 2010; 375: 2169-2178 [R,II]
20488514
- Buchanan TA, Xiang AH. Preventing type 2 diabetes with low-dose combinations. *Lancet*. 2010; 376: 72-74 [AO,I]
20605203
- Tu JV. Reducing the global burden of stroke: INTERSTROKE. *Lancet*. 2010; 376: 74-75 [AO,I]
20561674
- Zinman B, Harris SB, Neuman J, Gerstein HC, Retnakaran RR, Raboud J, et al. Low-dose combination therapy with rosiglitazone and metformin to prevent type 2 diabetes mellitus (CANOE trial): a double-blind randomised controlled study. *Lancet*. 2010; 376: 103-111 [EC,I]
20605202
- O'Donnell MJ, Xavier D, Liu L, Zhang H, Chin SL, Rao-Melacini P, et al; INTERSTROKE investigators. Risk factors for ischaemic and intracerebral haemorrhagic stroke in 22 countries (the INTERSTROKE study): a case-control study. *Lancet*. 2010; 376: 112-123 [CC,I]
20561675
- Strathdee SA, Hallett TB, Bobrova N, Rhodes T, Booth R, Abdool R, et al. HIV and risk environment for injecting drug users: the past, present, and future. *Lancet*. 2010; 376: 268-284 [R,I]
20650523
- A school-based intervention for diabetes risk reduction. *N Engl J Med*. 2010; 363: 443-453 [EC,I]
20581420
- Quanstrum KH, Hayward RA. Lessons from the mammography wars. *N Engl J Med*. 2010; 363: 1076-1079 [AO,I]
20825322
- Welch HG. Screening mammography - a long run for a short slide? *N Engl J Med*. 2010; 363: 1276-1278 [AO,II]
20860510
- Koff WC, Berkley SF. The renaissance in HIV vaccine development -- future directions. *N Engl J Med*. 2010 [Epub ahead of print] [R,I]
20647186
- Liira H. How to promote exercise in primary care. *Scand J Prim Health Care*. 2010; 28: 130-131 [AO,I]

Van der Aalst CM, van den Bergh KA, Willemsen MC, de Koning HJ, van Klaveren RJ. Lung cancer screening and smoking abstinence: 2 year follow-up data from the Dutch-Belgian randomised controlled lung cancer screening trial. *Thorax*. 2010; 65: 600-605 [EC,I]
20627916

EVALUACION / GARANTÍA DE CALIDAD

Vicens C, Sempere E, Arroyo MP, Hernández MA, Palop V, Orueta R, et al. Variabilidad en la medición de la calidad de prescripción por comunidades autónomas. *Aten Primaria*. 2010; 42: 380-387 [T,II]
20138406

BIOÉTICA

Melguizo M, Luna C, Marcos B, Bailón E. Nueva ley del aborto más que un problema legal y moral. *Aten Primaria*. 2010; 42:403-405 [AO,II]

Campos EL. Relación clínica y problemas éticos en atención primaria, São Paulo, Brasil. *Aten Primaria*. 2010; 42:406-412 [C,I]

Altisent R. La bioética más allá de los dilemas. *Aten Primaria*. 2010; 42:412-414 [AO,I]

PLANIFICACION / GESTIÓN

Pardes H, Pincus HA. Commentary: models of academic-clinical partnerships: goods, better, best. *Acad Med*. 2010; 85: 1264-1265 [AO,I]
20671448

Lindor KD, Pawlina W, Porter BL, Viggiano TR, Grande JP, Barrier PA, et al. Commentary: improving medical education during financially challenging times. *Acad Med*. 2010; 85: 1266-1268 [AO,I]
20671449

Magrane D, Khan O, Pigeon Y, Leadley J, Grigsby RK. Learning about teams by participating in teams. *Acad Med*. 2010; 85: 1303-1311 [QE,I]
20671456

Stuckler D, Basu S, McKee M. Budget crises, health, and social welfare programmes. *BMJ*. 2010; 340: c3311 [R,II]
20576709

Rolles S. An alternative to the war on drugs. *BMJ*. 2010; 341: c3360 [AO,I]
20627976

Wood E. Evidence based policy for illicit [corrected] drugs. *BMJ*. 2010; 341: c3374 [AO,I]
20595256

Bowling A, McKee M. Unequal access to health care in England. *BMJ*. 2010; 341: c3726 [AO,I]
20702549

Lang T, Rayner G. Corporate responsibility in public health. *BMJ*. 2010; 341: c3758 [AO,I]
20630954

Thomson S, Foubister T, Mossialos E. Can user charges make health care more efficient? *BMJ*. 2010; 341: c3759 [R,I]
20719824

Manuel DG, Rosella LC, Stukel TA. Importance of accurately identifying disease in studies using electronic health records. *BMJ*. 2010; 341: c4226 [AO,II]
20724404

Segura A. ¿Qué se puede aprender de la gestión de la gripe pandémica? *Gac Sanit*. 2010; 24: 269-271 [AO,I]
20638157

Atun R, Weil DE, Eang MT, Mwakyusa D. Health-system strengthening and tuberculosis control. *Lancet*. 2010; 375: 2169-2178 [R,II]
20488514

Blancafort X, Fernández-Liz E. Prescripción inducida por parte del especialista hospitalario: algo más que burocracia. *Med Clin (Barc)*. 2010; 135: 314-318 [T,II]
19473673

INFORMÁTICA

Davis RM, Hitch AD, Salaam MM, Herman WH, Zimmer-Galler IE, Mayer-Davis EJ. TeleHealth improves diabetes self-management in an underserved community: diabetes TeleCare. *Diabetes Care*. 2010; 33: 1712-1717 [EC,I]
20484125

Morrow JB, Sepdham D, Snell L, Lindeman C, Dobbie A. Evaluation of a web-based family medicine case library for self-directed learning in a third-year clerkship. *Fam Med*. 2010; 42: 496-500 [T,I]
20628923

Freund T, Freund M, Mahler C, Schwantes U, Ose D, Joos S, et al. Family practice web sites: new perspectives for patient care and health information? *Fam Med*. 2010; 42: 501-506 [T,I]
20628924

OTRAS

Aletaha D, Neogi T, Silman AJ, Funovits J, Felson DT, Bingham CO 3rd, et al. 2010 rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. *Ann Rheum Dis*. 2010; 69: 1580-1588 [M,II]
20699241

Arnold LM, Gendreau RM, Palmer RH, Gendreau JF, Wang Y. Efficacy and safety of milnacipran 100 mg/day in patients with fibromyalgia: Results of a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Arthritis Rheum*. 2010 [Epub ahead of print] [EC,I]
20496365

Binder A, Ellis S. Investigating symmetrical polyarthritis of recent origin. *BMJ*. 2010; 340: c3110 [R,I]
20591966

Kivlahan C, Ewigman N. Rape as a weapon of war in modern conflicts. *BMJ*. 2010; 340: c3270 [AO,I]
20576708

Heath I. What do we want to die from? *BMJ*. 2010; 341: c3883 [AO,I]
20659979

Jankowski J, Barr H, Wang K, Delaney B. Diagnosis and management of Barrett's oesophagus. *BMJ*. 2010; 341: c4551 [R,I]
20833742

Bampton PA. Non-endoscopic screening for Barrett's oesophagus. *BMJ*. 2010; 341: c4667 [AO,I]
20833744

Ramos-Casals M, Tzioufas AG, Stone JH, Sisó A, Bosch X. Treatment of primary Sjögren syndrome: a systematic review. *JAMA*. 2010; 304: 452-460 [M,I]
20664046

Dutton GR, Tan F, Perri MG, Stine CC, Dancer-Brown M, Goble M, et al. What words should we use when discussing excess weight? *J Am Board Fam Med*. 2010; 23: 606-613 [T,I]
20823355

Bouillon R. Genetic and environmental determinants of vitamin D status. *Lancet*. 2010; 376: 148-149 [AO,I]
20541253

Higginson IJ. Refractory breathlessness: oxygen or room air? *Lancet*. 2010; 376: 746-748 [AO,I]
20816528

Abernethy AP, McDonald CF, Frith PA, Clark K, Herndon JE 2nd, Marcello J, et al. Effect of palliative oxygen versus room air in relief of breathlessness in patients with refractory dyspnoea: a double-blind, randomised controlled trial. *Lancet*. 2010; 376: 784-793 [EC,I]
20816546



CARTAS AL DIRECTOR

Paciente natural de Guinea Ecuatorial con Eosinofilia

Sr. Director:

Se presenta varón de 14 años, natural de Guinea Ecuatorial, remitido a la consulta de Medicina Tropical desde Digestivo para estudio de dolor abdominal, diarrea y eosinofilia. El paciente lleva un año en España, en situación administrativa regular, y no ha visitado otros países ni ha regresado a su país de origen durante este periodo. Es portador crónico inactivo de VHB.

Desde los primeros meses de estancia en nuestro país el paciente presenta dolor abdominal de tipo retortijón, con 5-6 deposiciones líquidas al día, sin flatulencia ni fiebre. En la exploración física destaca: peso 43.5 Kg, talla 157 cm, IMC: 17.64, sin datos de filariosis o micosis. En la analítica solicitada con el perfil de atención inicial al inmigrante en Atención Primaria destaca: leucocitos: 10340 (43% eosinófilos; 4447 eosinófilos/mm³), hemoglobina: 12.3 mg/dl y hematocrito 37 %. El perfil hepático fue normal. Parásitos en heces con concentración x 3: negativos. Serología de VIH, VHC, y LUES negativas. VHB: AgHBs+, AgHBe-, AchBe+, AchBc+, AchBs-, PCR de VHB negativa. Orina con sedimento normal. Ecografía abdominal: discreta hepatomegalia homogénea sin datos de hipertensión portal, vejiga con pared engrosada. Radiografías de tórax y abdomen: sin alteraciones. Mantoux: 27x21 milímetros.

Como posibilidades diagnósticas iniciales se plantean: descartar parasitosis, fundamentalmente helmintosis, en virtud a la clínica y la eosinofilia, infección tuberculosa latente y portador crónico inactivo de VHB.

Se cita al paciente para revisión. Dos semanas después, en analítica persiste eosinofilia (7020 leucocitos, con 25 % de eosinófilos), Ig E 2043. Orina: no parásitos. Parásitos en heces con concentración (x3): presencia de huevos de *Ascaris lumbricoides*, *Uncinarias*, *Entamoeba coli* y *Trichuris trichura*. El paciente se trató con mebendazol 100 mg/12 horas durante 3 días. La

Entamoeba coli, ameba no patógena, no requiere tratamiento.

Tres meses después, el paciente está asintomático y ha ganado 2 Kg de peso. En la analítica de control postratamiento, los parásitos en heces son negativos. La analítica presenta discreta anemia hipocroma microcítica que antes no estaba presente (Hemoglobina 11.8 mg/dl, hematocrito 39%, volumen corpuscular medio 79), persistiendo eosinofilia (2037 eosinófilos/mm³) y elevación de Ig E (2196), recibiendo el resultado de serología positiva para *Strongyloides stercoralis*. Se instaura tratamiento con ivermectina 200 microgramos/Kg de peso/día, 2 días. La serología de *Schistosoma* es negativa, y la de filariosis linfática positiva. Se solicita test de Knott (detección de microfilarias en sangre) que resulta negativo.

Ante la persistencia de la eosinofilia y la elevación de la Ig E, se vuelve a solicitar una tercera tanda de 3 determinaciones de parásitos en heces, parásitos en orina (x1) que resultan también negativos. Se solicita cistoscopia para descartar esquistosomiasis que es finalmente normal. En un segundo test de Knott, se aíslan microfilarias de *Mansonella perstans*.

Se trata al paciente con mebendazol 100 mg/12h durante 28 días y después continúa con isoniacida 300 mg/día. Al poco tiempo, la madre se diagnostica de tuberculosis pulmonar, por lo que se suspende el tratamiento con isoniacida, solicitamos nueva Rx de tórax que es normal, y esputos seriados que muestran BAAR negativos, siendo finalmente el cultivo de LW positivo en una muestra para *Mycobacterium tuberculosis* sensible a todos los fármacos de primera línea. Con el diagnóstico de tuberculosis pulmonar escasamente bacilífera, se inicia tratamiento específico con 4 fármacos (isoniazida 6 meses, rifampicina 6 meses, etambutol 2 meses, pirazinamida 2 meses).

El paciente finaliza el tratamiento de forma correcta, con buena tolerancia a la medicación anti-

tuberculosa. Actualmente el paciente se encuentra asintomático, ha ganado peso y ha desaparecido la anemia y la eosinofilia. El test de Knott de control es negativo. Es seguido en nuestra consulta de Medicina Tropical como portador crónico inactivo de VHB. Los diagnósticos finales han sido: Poliparasitación intestinal tratada (*Ascaris lumbricoides*, *Trichuris trichura*, Uncinarias, *Entamoeba coli*, y *Strongyloides stercoralis*). Filariasis por *Mansonella perstans* tratada con mebendazol. Portador crónico inactivo de VHB y tuberculosis pulmonar.

DISCUSIÓN: Dado el incremento de los pacientes inmigrantes procedentes de zonas tropicales y subtropicales que ha experimentado nuestro país, y sobre todo zonas como Almería creemos que es muy importante aplicar un protocolo de atención inicial al inmigrante en Atención Primaria. Este protocolo se suele pedir en la primera visita que el paciente hace a la consulta de atención primaria, tras explorarlo, y explicarle en que consiste y la finalidad del mismo. La analítica del protocolo consta de un hemograma, bioquímica con perfil hepático, orina, serología (VHB, VHC, VIH y LUES) y parásitos en heces (estos últimos se piden o no en función del tiempo que lleve el paciente en nuestro país y de la zona de procedencia). Esto nos permite detectar enfermedades transmisibles (hepatitis virales, LUES, VIH) y potencialmente transmisibles (parasitosis intestinales), así como obtener datos que nos indiquen la presencia de posibles enfermedades importadas con la eosinofilia (sugiere la presencia de helmintosis) o anemia (posible hemoglobinopatías o parasitosis intestinales). Con el resultado del protocolo inicial valoramos si el paciente debe ser remitido a la consulta de Medicina Tropical del hospital para completar estudio especializado. Desde la misma se puede acceder a los resultados de la analítica de Atención Primaria, y posteriormente solicitar exploraciones complementarias (estudios serológicos, pruebas microbiológicas y exploraciones radiológicas) que complementen los estudios realizados inicialmente en las consultas de Atención Primaria.

CONCLUSIONES: Destacar la importancia de la aplicación del protocolo de atención inicial al inmigrante en Atención Primaria como método de cribado de enfermedades importadas y transmisibles que pueden repercutir directamente en la salud del paciente inmigrante y en la población general. Determinados hallazgos, como la anemia o la eosinofilia, nos deben hacer sospechar la existencia de patologías importadas como las helmintosis.

Figura 1. *Microfilaria de Mansonella perstans* visualizada con el test de Knott.

Figura 2. Huevo de uncinarias en heces.

Abreviaturas utilizadas:

VHB (Virus Hepatitis B), kg (kilogramo), cm (centímetro), IMC (índice de masa corporal), mg/dl (miligramo/decilitro), VIH (Virus Inmunodeficiencia Humana), VHC (Virus Hepatitis C), LUES (sífilis), Ag (antígeno), Ac (anticuerpo), Ig (inmunoglobulina), mg (miligramo), mm3 (milímetro cúbico), Rx (radiografía), BAAR (bacilo ácido alcohol resistente), LW (Lewenstein).

Heredia Pareja F¹, Salas Coronas J², Cabezas Fernández T³, Godoy Sánchez VM⁴

¹ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Área de Urgencias. Hospital de Poniente. El Ejido (Almería).

² Facultativo especialista en Medicina Interna. Unidad de Medicina Tropical. Hospital de Poniente. El Ejido (Almería).

³ Especialista en Microbiología y Parasitología. Área de Biotecnología. Unidad de Medicina Tropical. Hospital de Poniente. El Ejido (Almería).

⁴ Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puebla de Vúcar. Almería.

pakihp@hotmail.com

Figura 1. Microfilaria de *Mansonella perstans* visualizada con el test de Knott.



Figura 2. Huevo de *uncinarias* en heces.



¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO?

Fiebre, crepitantes derechos, puñopercusión positiva y Murphy dudoso

Martínez Buendía C

MIR 3^{er} año MFyC. Hospital de Santa Ana, Motril (Granada)

Mujer de 66 años que acude a urgencias por presentar desde hace 24 horas dolor en fosa renal derecha irradiado a abdomen y acompañado de fiebre, postración, escalofríos y náuseas. Niega síndrome miccional. Acudió ayer a un médico privado quien le prescribe 80 mg/ 12 h de gentamicina im y fosfomicina-trometamol de 3g. Ante el empeoramiento decide acudir a nuestro servicio de urgencias.

Como antecedentes personales presenta intervención de cáncer de mama hace dos años junto con 25 sesiones de radioterapia, y actualmente en tratamiento con anastrozol.

A la exploración sensación de enfermedad, consciente, orientada y colaboradora. Sudorosa. Taquicardia rítmica. Murmullo vesicular conservado con crepitantes basales derechos. Abdomen blando, peristalsis conservada, dolor en fosa renal derecha, Murphy dudoso. Extremidades inferiores aceptablemente perfundidas, pulsos femorales palpables, pedios débiles.

Contantes: TAS: 70, TAD: 40. FC: 135, T^a: 38.6, sat O₂: 97%. Anuria y sin respuesta a volumen.

Analítica: Hb: 11.4, Hto: 33 %, leucocitos: 2580, plaquetas: 62000, urea: 66, creatinina: 3.07, TP: 14.4, actividad protrombina: 68%, PCR: 24.

En situación de shock séptico, monitorizada y sondada en la sala de Alto riesgo, su TA disminuye a 63/30, nos ponemos en contacto con el

intensivista y se inicia perfusión de dopamina. Queda pendiente de ecografía abdominal, hemocultivos y urocultivo.

La paciente ingresa en UCI evolucionando rápidamente hacia una situación de shock séptico grave, requiriendo aminas a dosis altas, intubación orotraqueal y conexión a ventilación mecánica. Durante su estancia de 17 días en UCI presenta un fallo multiorgánico a todos los niveles: miocardiopatía del paciente crítico con fracción de eyección de hasta un 24 %, derrame pleural bilateral, fallo renal oligúrico, pancitopenia, polineuropatía del paciente crítico...De todas estas complicaciones la paciente mejora y desaparecen por lo que se decide su alta a planta de medicina interna.

Sin embargo, el resultado del hemocultivo fue *Klebsiella Pneumoniae* y la complicación de la que no se recuperó y quedaron secuelas importantes fue:

COAGULACIÓN INTRAVASCULAR DISEMINADA (CID) CON NECROSIS GENERALIZADA DE TODOS LOS DEDOS DE LA MANO DERECHA Y DE AMBOS PIES; ADEMÁS DEL 2º DEDO DE LA MANO IZQDA.

¿Cuál crees que fue el foco del que partió la bacteriemia?, ¿cuál es el diagnóstico etiológico?:

- 1.- Neumonía basal derecha.
- 2.- Colangitis.
- 3.- Pielonefritis derecha extrahospitalaria.
- 4.- Pielonefritis derecha intrahospitalaria.



Comentarios a CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO (del Vol. 11, Núm. 2) (Med fam Andal 2010; 11: 208)

Respuestas razonadas

1- Espondilitis anquilosante: incorrecta.

Criterios a favor: Enfermedad articular inflamatoria crónica que predomina en varones jóvenes, con presencia de HLA-B27 positivo en el 90% de los casos y Factor Reumatoide negativo. Afecta predominantemente al esqueleto axial y sacroiliacas bilateral (columna en bambú). El dolor se presenta en reposo y produce exacerbaciones nocturnas.

Criterios en contra: Oligoartropatía asimétrica de grandes articulaciones. La VSG y PCR aumentados. Artralgias y rigidez matutina que mejora con la actividad. La artritis periférica es excepcional afectando fundamentalmente a caderas y hombros. Se acompaña de manifestaciones extrarticulares siendo la Uveitis Anterior Aguda unilateral, la más frecuente.

2- Síndrome de reiter: incorrecto.

Criterios a favor: Oligoartritis asimétrica HLA-B27 positivo que afecta predominantemente a varones jóvenes. Ocasionalmente puede presentar lesiones cutáneas.

Criterios en contra: Artritis reactiva a una infección intestinal o uretral. Manifestaciones extraarticulares uretritis, conjuntivitis, úlceras orales, fibrosis pulmonar. Las lesiones cutáneas más

típicas son la queratodermia blenorragica plantar y la balanitis circinada.

3- Artritis psoriasica: correcto.

Criterios a favor: Oligoartritis asimétrica de pequeñas articulaciones HLA-B27 positiva y Factor Reumatoide negativo que acompaña o puede preceder a la psoriasis. Afecta a individuos jóvenes. Dolor en reposo con exacerbaciones nocturnas. Sacroileitis bilateral de un 15-30%. VSG normal, a pesar de la inflamación articular. Los signos radiológicos característicos son la deformidad en "lápiz y copa" (reabsorción ósea de falanges distales). Afecta al 10% de los pacientes con psoriasis aunque puede existir artritis psoriasica sin afectación cutánea. Son típicos los "dedos en salchichas" (dactilitis).

4- Artropatía enteropática: incorrecta.

Criterios a favor: Sólo los casos con espondilitis (1-26%) cursan con HLA-B27 en un 50%.

Criterios en contra: Poliartritis migratoria no destructiva asociada a enfermedad inflamatoria intestinal que ocasionalmente remite con la colectomía. No relación con HLA-B27.

ACTIVIDADES CIENTÍFICAS

- VII Jornadas SAMFyC para Tutores de MFyC

Granada, 24-25 marzo 2011
Hotel Abades Nevada Palace
Secretaría técnica: ACM
Telf.: 958 523 299
Fax: 958 203 550

- X Jornadas SAMFyC para R3 de MFyC

Puerto de Sta. María (Cádiz), 28-29 abril, 2011
Hotel Monasterio de San Miguel
Secretaría técnica: ACM
Telf.: 958 523 299
Fax: 958 203 550
www.jornadasr3samfyc2011.com

- XXI Congreso SAMFyC

Córdoba, 5-8 octubre 2011
Secretaría técnica: ACM
Telf.: 958 523 299
Fax: 958 203 550
www.samfyccordoba2011.com



- IV Jornada de mejora de seguridad del paciente en AP

Barcelona, 25 marzo 2011
Secretaría técnica: Azul Congresos
Telf. 984 051 671 / 04
<http://www.seguridadpaciente.com>

- XIX Jornadas de primavera de semFYC

Toledo, 31 marzo-2 abril 2011
http://www.semfyces/es/enlace_agenda/congresos_encuentros_jornadas/

- XV Jornadas de Residentes – II Jornadas de Jóvenes Médicos de Familia. semFYC

Madrid, 6-7 mayo 2011
<http://www.jornadasresidentes2011.zetnia.com>

- XXXI Congreso semFYC

Zaragoza, 8-10 Junio 2011
Auditorio - Palacio de Congresos de Zaragoza
Secretaría técnica: semFYC congresos
C/ del Pi, 11, 2ª PL. Of. 13 - 08002 Barcelona
Telf. 00 34 93 317 71 29 - Fax. 00 34 93 318 69 02
<http://www.semfycc2011.com>

INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES

Para una información detallada pueden consultar:

- 1.—Página Web de la revista: <http://www.samfyc.es> e ir a Publicaciones SAMFyC, Revista
 - 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 treinta y dos 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 COMUNIQUE 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) (se adjunta 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) e ir a Publicaciones SAMFyC, Revista, normas).

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.

Se remitirá una copia impresa (acompañada de la carta de presentación del trabajo, datos de los autores –con profesión y centro de trabajo-, dirección de correspondencia) y una grabación en CD.

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.

Secciones Fijas:

Editorial: En él, el director o persona en quien delegue tratará algún tema de actualidad para los médicos de familia.

Originales. Se incluyen trabajos de investigación clínica y epidemiológica o sobre aspectos organizativos que sean de gran interés para el médico de familia según la línea editorial de la revista. La extensión máxima del texto será de 5.000 palabras. Se admitirá hasta un total de 6 tablas y/o figuras.

Los originales podrán ser clasificados como originales breves. Se incluirán en esta categoría trabajos de suficiente interés, que precisen una más rápida publicación. La extensión máxima será de 3.500 palabras. Se admitirá un máximo de 3 tablas y/o figuras, y 10 referencias bibliográficas.

Cartas al director: pretende servir como foro en donde comentar los artículos publicados o para dar a conocer brevemente experiencias de interés en el campo de la atención primaria. Su extensión será de 1000 palabras como máximo, el número de referencias bibliográficas será de un máximo de 6, y el número de autores de 4. Todos los autores deben firmar el contenido de la carta.

¿Cuál es su diagnóstico? En él se expone, de manera breve y acompañado de algún tipo de soporte gráfico, un caso clínico cuya resolución se presenta argumentada en el siguiente número.

Publicaciones de interés. Será una sección equivalente a la aparecida en otras revistas bajo el nombre de alerta bibliográfica. Se pretende en esta sección dar una breve reseña de los más importantes artículos aparecidos en las principales revistas de interés para los médicos de familia, así como de libros de reciente aparición, o revisiones Cochrane.

Las revistas a valorar estarán contenidas entre las siguientes:

Medicina

Medicina Clínica

Lancet

British Medical Journal

JAMA

Annals of Internal Medicine

New England Journal of Medicine

Canadian Family Physician

Canadian Medical Association Journal

Medicina de Familia

Atención Primaria

MEDIFAM

British Journal of General Practice

Family Practice

Journal of Family Practice

American Family Physician

Family Medicine

The Practitioner

Salud Pública

Gaceta Sanitaria

Gestión

Cuadernos de Gestión

Sociología y salud

Social Science and Medicine

Terapéutica

Drug

Drug and Therapeutic Bulletin

Medical Letters

Informativo Terapéutico del Servicio Nacional de Salud

Metodología Docente

Academic Medicine

Medical Education

Medicina Basada en la Evidencia

ACP Journal Club

Colaboración Cochrane

Bandolier
América Latina
Revistas de América Latina que podamos recibir.

Actividades científicas, o agenda de actividades en un próximo futuro.

Secciones ocasionales:

Artículos de revisión: Este tipo de artículos serán bienvenidos. Su extensión no será superior a las 5.000 palabras y el número de referencias bibliográficas queda a juicio del autor(es). Se recomienda a los autores contactar con el consejo editorial en cualquier momento del desarrollo del trabajo con el fin de plantearse el su enfoque y estructura. Los autores harán mención a los criterios de inclusión y exclusión de los artículos manejados en la preparación del manuscrito. Los autores quedan obligados a remitir 5 preguntas tipo test de respuestas múltiples con sólo una respuesta válida sobre los aspectos más importantes abordados en la revisión.

A debate: En esta sección, a propuesta del director de la revista, los autores expresarán su razonado punto de vista sobre algún tema de actualidad.

Área Docente: Esta sección abordará temas relacionados con la metodología docente aplicable en el ámbito de la APS tanto en la formación de pregrado, postgrado y formación continuada. Extensión máxima de 5.000 palabras.

El espacio del usuario. La revista reservará un espacio en cada número para que aquellos usuarios de los servicios de salud, que a título individual, o como miembros de un colectivo deseen exponer su punto de vista sobre cualquier aspecto relacionado con la atención que reciben. Ello como expresión de la firme voluntad de los editores de dar respuesta al reto que supone el hacer nuestro ejercicio profesional más adecuado a las necesidades de salud de la población. Ello en la línea marcada en la Conferencia conjunta OMS/WONCA celebrada en Ontario, Canadá del 6 al 8 de Noviembre de 1994 (OMS-WONCA. Haciendo el ejercicio médico y la formación médica más adecuados a las necesidades de la población: la contribución del médico de familia. Barcelona: semFYC, 1996).

La extensión máxima será de 3.000 palabras, pudiendo acompañarse hasta un máximo de 3 tablas y/o figuras.

Sin bibliografía: Lugar en donde publicar experiencias novedosas con una estructura de relato a decidir por el autor (es). Extensión máxima en torno a las 2.000 palabras.



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

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

APELLIDOS:

NOMBRE: **DNI:**- LETRA

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 samfyc, 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.