

Medicina de Familia Andalucía

Volumen 12, número 2, agosto 2011

129 Editorial

El espacio del usuario

- 131 ¿Debate sobre el copago?

Originales

- 133 Cribado de Diabetes Gestacional: análisis de puntos de corte para la toma de decisiones
141 Estudio controlado de utilidad de la intervención grupal mediante técnicas de relajación en la reducción de la ansiedad
150 ¿Qué determina que nuestros pacientes hipertensos alcancen objetivos terapéuticos?

Artículo de revisión

- 163 Notificación de sospechas de reacciones adversas. Alertas de seguridad a medicamentos. Tarjeta amarilla

A debate

- 168 Vengo por la baja doctor Barella. Problemas en el manejo de las bajas laborales y habilidades para intentar solucionarlos

Sin bibliografía

- 180 Diraya y familia: las herramientas para el abordaje familiar en Diraya

Artículos especiales

- 182 Trabajando con la queja (I): escuchar, connotar y esperar
189 Guía de actuación en reanimación cardiopulmonar en atención primaria orientada a la organización y coordinación del equipo asistencial
195 Caso clínico de abordaje integral

¿Cuál es su diagnóstico?

- 206 Dedos en palillos de tambor

207 Respuesta al caso clínico

210 Publicaciones de interés

246 Actividades Científicas

247 Información para los autores



JUNTA DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Presidente

Manuel Lubián López

Vicepresidente Primero

Juan de Dios Alcántara Bellón

Vicepresidente Segundo

Antonio Manteca González

Vicepresidente Tercero

Paloma Porras Martín

Secretaria

Isabel Corona Páez

Vicepresidente Económico

Francisco José Guerrero García

Coordinadora General Grupos de Trabajo SAMFyC

Amparo Ortega del Moral

Vocal de Docencia

Herminia M. Moreno Martos

Vocal de Investigación

Beatriz Pascual de la Pisa

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

pseval@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

Antonio Manteca González

SUBDIRECTOR

Francisco José Guerrero García

CONSEJO DE DIRECCIÓN:

Director de la Revista
Subdirector de la Revista
Presidente de la SAMFyC
Juan Ortiz Espinosa
Pablo García López

CONSEJO DE REDACCIÓN

Francisco José Guerrero García
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 Espinola. *Granada.*
Juan Ortiz Espinosa. *Granada.*

Luis Pérula 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

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-e: 2173-5573

ISSN: 1576-4524

Depósito Legal: Gr-368-2000

Copyright:
Revista Medicina de Familia. Andalucía

Fundación SAMFyC
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 plas-
tificados totalmente biodegradables.*

Disponible en formato electrónico en la web de la
SAMFyC

Printed in Spain.

Maqueta: Antonio J. García Cruz

Imprime: Copartgraf, S.L.



Sumario

129 Editorial

El espacio del usuario

- 131** ¿Debate sobre el copago?

Originales

- 133** Cribado de Diabetes Gestacional: análisis de puntos de corte para la toma de decisiones
141 Estudio controlado de utilidad de la intervención grupal mediante técnicas de relajación en la reducción de la ansiedad
150 ¿Qué determina que nuestros pacientes hipertensos alcancen objetivos terapéuticos?

Artículo de revisión

- 163** Notificación de sospechas de reacciones adversas. Alertas de seguridad a medicamentos. Tarjeta amarilla

A debate

- 168** Vengo por la baja doctor Barella. Problemas en el manejo de las bajas laborales y habilidades para intentar solucionarlos

Sin bibliografía

- 180** Diraya y familia: las herramientas para el abordaje familiar en Diraya

Artículos especiales

- 182** Trabajando con la queja (I): escuchar, connotar y esperar
189 Guía de actuación en reanimación cardiopulmonar en atención primaria orientada a la organización y coordinación del equipo asistencial
195 Caso clínico de abordaje integral

¿Cuál es su diagnóstico?

- 206** Dedos en palillos de tambor

207 Respuesta al caso clínico

210 Publicaciones de interés

246 Actividades Científicas

247 Información para los autores



Official Publication of the
Andalusian Society of Family
and Community Medicine

MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA

Med fam Andal Vol.12, Nº.2, august 2011

Summary

129 Editorial

The Consumer's Corner

131 Debate on Co-payments?

Originales

133 Screening for Gestational Diabetes Mellitus: an Analysis of Cut-off Values for Decision-Making

141 A Controlled Study on the Utility of a Group Therapy Intervention Using Relaxation Techniques to Reduce Anxiety and Depression in Primary Care Patients

150 What Determines Whether Hypertensive Patients Meet their Treatment Goals?

Review Article

163 Reporting Suspicions about Adverse Drug Reactions. Drug Safety Alerts. The Yellow Card Scheme

Under Debate

168 "I'm here to request a sick leave form, Dr. Barella." Problems in Managing Temporary Sick Leave Requests and How to Resolve Them

No Bibliography

180 Diraya and the Family: Using Diraya's Tools for a Family-Based Approach

Special Articles

182 Addressing Complaints (I): listen, contextualize, and wait

189 A Guide to CPR in Primary Care Oriented toward Organizing and Coordinating Teams of Care Providers

195 An Integrated Approach to a Clinical Case

Which is Your Diagnosis?

206 Nail Clubbing of the Fingers

207 Answer to a Clinical Case

210 Publications of Interest

246 Scientific Activities

247 Information for Authors

EDITORIAL

Porras Martín P

Médico de Familia. Vicepresidente SAMFyC

Hoy es lunes de verano, son las 8, 30 de la mañana, y me enfrento a la lista de mis pacientes, como cada día, y como cada día solo con mirarla puedo adivinar el motivo de consulta de cada uno de ellos. Primero está María, de 80 años, que se levanta pronto, es diabética, hipertensa y hace mal la dieta, y apenas sale si no es para venir a consulta, vive en un tercer piso sin ascensor. Para atenderla mejor, alternamos las visitas en el centro con las que hago en el domicilio con el enfermero que trabaja conmigo, pues quiere salir y si vamos demasiado a verla, como ella dice, se hace más dependiente y es peor. Después viene Juan, de 94 años, que deja al hijo, que se empeña en acompañarlo, en la sala de espera, porque a ver si se va a creer el hijo que "se ha vuelto tonto" y no se entera. Mientras nos lo vuelve a contar, intentamos cuadrar el tratamiento de su insuficiencia cardiaca algo descompensada estos días. Luego, Antonio, de 78 años; y el matrimonio de Isabel y Francisco, nonagenarios, siempre discutiendo y con múltiples patologías que se entremezclan, y así toda la mañana, con algún joven intercalado; y otros ya no tan jóvenes que empiezan a hacerse mayores con nosotros. Les llevamos el embarazo y ahora ya vienen con los hijos que abandonan el pediatra...

Esto es en lo que nos podemos ver reflejados cada médico de familia, que no responde sino al aumento generalizado de la expectativa de vida que se viene produciendo desde finales del siglo XX, y que lleva aparejado el aumento progresivo de aquellos pacientes que presentan durante muchos años una enfermedad crónica y cada vez con mayor frecuencia, la suma de diversas enfermedades crónicas que se superponen y se relacionan entre ellas.

Por ello, desde diferentes instancias, tanto políticas como profesionales, se preconiza la necesidad de un cambio en la organización de los servicios de salud, que pueda servir para poder actuar de una forma más adecuada frente a esta

nueva epidemia, las enfermedades crónicas. Estaríamos cambiando del reto de la enfermedad aguda al de la enfermedad crónica.

Aunque lo expuesto tiene matices que se podrían discutir ampliamente, es verdad que existe un nuevo patrón de paciente, que no de enfermedades, que precisa algunos cambios en su abordaje. Aunque es fundamental la participación conjunta del sistema sanitario y social, que deben ir de la mano, estos cambios tienen que sustentarse en el lugar natural donde se encuentran los pacientes, esto es la esfera de la Atención Primaria.

Para este nuevo paciente, es imprescindible la potenciación de la Atención Primaria, con el médico de familia, especialista en Atención Primaria, como agente principal del paciente.

Es curioso observar en alguno de los documentos que hemos leído en los últimos meses, en los comentarios de compañeros de otras especialidades, la necesidad de definir nuevas competencias, que son competencias nucleares de los médicos de familia.

Los médicos de familia no necesitamos buscar modelos diferentes de trabajo, sino profundizar en los elementos conceptuales que definen a la Atención Primaria y que vienen perfectamente definidas en las competencias de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria.

Los principales elementos conceptuales que definen a la Atención Primaria y que nos van a permitir poder abordar los retos de futuro son:

Integral, considerando al paciente en su perspectiva biológica y social, para lo que será necesario el abordaje de políticas sociales y sanitarias, con el médico de familia líder de las mismas.

Integrada, dando énfasis a actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y las secuelas.

Continuada y permanente, los médicos de familia nos encontramos en un lugar privilegiado para tratar la cronicidad, puesto que tratamos a los pacientes desde que nacen hasta que mueren y en su ambiente.

Activa, este papel es el que cada vez nuestra sociedad necesita que realicemos más con capacidad de anticipación de los problemas que puedan surgir.

Accesible, que nos define y a veces nos abruma, permite que podamos dar respuesta a las necesidades del paciente y su familia.

Basada en el trabajo en equipo, las unidades de atención, formadas por médicos de familia y enfermeros de familia que atienden a los mismos pacientes en el centro y en su domicilio, res-

ponsables de coordinar el resto de las necesidades del paciente y su familia.

Comunitaria y participativa, es necesario que cada vez más tengamos presente la voz de nuestros pacientes, y estamos en el lugar privilegiado para llevarlo a cabo; potenciando el trabajo con la comunidad, en la que estamos inmersos para poder generar cambios.

Y todo ello, en el marco de la **continuidad asistencial**, con el hospital, pues pese a los esfuerzos realizados en los últimos años, sigue siendo “el caballo de batalla”, del día a día, de todos aquellos que trabajamos en Atención Primaria.

Los médicos de familia, que somos “especialistas en personas”, nos debemos convertir en los verdaderos gestores de este nuevo perfil de paciente, porque estamos en el lugar adecuado y porque tenemos definido, desde la creación de nuestra especialidad y reforzado en sus diferentes revisiones, el perfil competencial adecuado para hacerlo.

EL ESPACIO DEL USUARIO

¿Debate sobre el copago?

Yesa Herrera J

Secretario General FACUA Cádiz

Periódicamente, vuelve a ponerse sobre el tapete la posibilidad de introducir una fórmula de copago como forma de hacer frente al sostenimiento económico del sistema sanitario público.

No tengo la intención en este artículo de volver a exponer las razones del posicionamiento de nuestra organización en contra de dicha medida, que, en cualquier caso, podemos resumir señalando que, por encima de cualquier otra consideración, la rechazamos por su carácter claramente injusto y antisocial, dado que penaliza y perjudica a los más desfavorecidos económicamente.

La reflexión que sí me gustaría efectuar en estas líneas, precisamente por el carácter recurrente con el que vuelve a suscitarse este debate, que no sólo se circunscribe a nuestro país sino que también está siendo motivo de discusión en otros Estados de la Unión Europea, es si esta cuestión no podría estar siendo utilizada torticeramente para, por extensión, poner en tela de juicio la viabilidad del mantenimiento de un sistema sanitario con las actuales características del nuestro.

De esta manera, muchos de los que hoy se manifiestan a favor del copago quizás lo hicieran porque, al menos de momento, no se atreven a cuestionar públicamente la necesidad de mantener un sistema sanitario público universal, gratuito, y equitativo. En este sentido, debemos recordar que, últimamente, cada vez que un responsable público y/o político de relevancia se ha atrevido a proponer la posibilidad de introducir esta medida, no sólo se ha encontrado con el rechazo por parte de quienes somos contrarios a la misma, sino que, en todas las ocasiones, también se ha visto inmediatamente llamado al orden por sus propios correligionarios, que se han dado prisa en desmentir que dicha postura sea la “oficial”.

Pero, también en todos los casos, esa marcha atrás, esa aclaración o matización por la que se anuncia que no se considera oficialmente la posibilidad de introducir el copago, va acompañada, en unos casos, de un “de momento”; en otros, de un “sólo si otras medidas no funcionaran”; y, siempre, de la coletilla de la “necesidad ineludible de adoptar medidas que corrijan la insostenibilidad del Sistema”, tal y como hoy lo disfrutamos.

Por tanto, en el debate concreto acerca del copago se nos da la razón, al menos inicialmente, a los que los rechazamos, pero, al mismo tiempo, se pone claramente en duda que pueda y deba mantenerse el actual Sistema Sanitario Público, porque éste no es económicamente viable a medio y largo plazo.

De esta manera, rechazando el copago pero, al mismo tiempo, dando por sentado que las características actuales del Sistema no se sostienen, pudiéramos encontrarnos, a la vuelta de la esquina, con la implantación de otros recortes y medidas, tanto o más perjudiciales que el copago para la ciudadanía.

Por ello, considero que las organizaciones que defendemos la sanidad pública no sólo debemos concentrar nuestros esfuerzos en rechazar lo particular (en este caso, el copago) sino que debemos centrarnos, fundamentalmente en lo principal: desmentir categóricamente los argumentos que intentan fundamentar la insostenibilidad del Sistema.

A tal fin, ante cualquier manifestación a favor del copago, además de desmontar los argumentos que los sustentan (lo que ya se ha hecho en reiteradas ocasiones y desde diferentes ámbitos), por encima de cualquier otra cuestión, debemos

llevar a la ciudadanía el mensaje de que hablar de copago no es debatir sobre una medida concreta que pudiera llegar a ser, más o menos, asumida como un mal menor para no poner en peligro el Sistema, sino que con el mismo se abre un proceso que, finalmente, terminaría necesariamente con sus actuales características.

Señalo esto porque debemos tener especial cuidado en no perder de vista que la decisión sobre una medida de tal calado no se va a adoptar en función de la opinión mayoritaria que se tenga acerca de ella en círculos o ámbitos más o menos especializados y cualificados (partidos políticos, sindicatos, organizaciones profesionales y sociales) sino que, obviamente, el que, finalmente, un Gobierno se atreva a implantarla dependerá de su aceptación o rechazo por parte de la ciudadanía en su más amplio sentido.

A esta ciudadanía, entendida en el sentido más amplio, desde hace bastante tiempo, se le están transmitiendo una serie de mitos en relación con este asunto que debemos desmontar, antes de que, por tanto insistir en ellos, terminen siendo asumidos. Empezando por el propio término copago: la sanidad la pagamos todos, no se mantiene por la gracia divina, por tanto, en cualquier caso, tendríamos que hablar, siendo aún más correctos desde un punto de vista terminológico de *"doble pago"*.

Otro argumento a corregir, aún más importante, sería el de la supuesta excesiva y abusiva utilización de los recursos sanitarios por parte de los usuarios. Aceptando que los usuarios podría-

mos utilizar más correctamente dichos recursos, fundamentalmente, porque nadie se ha preocupado en enseñarnos ni en informarnos al respecto, hasta la fecha, no existen datos oficiales que sustenten y cuantifiquen esta mala utilización, por ejemplo, en atención primaria, puerta del sistema y que suele servir de ejemplo para los que sustentan tal argumento.

También se alude a los sistemas de otros países, señalando especialmente a aquellos que históricamente han tenido y tienen un nivel de protección social más alto que el nuestro (Suecia, Francia...). Con independencia de las inevitables variaciones que se producen, en todos los aspectos, entre unos Estados y otros, incluso en el ámbito de la Unión Europea, si se compara debe hacerse no sólo sobre un aspecto concreto sino que, para ser honesto, dichas comparaciones deben efectuarse en un sentido más amplio, valorando, por ejemplo, la educación, la renta per cápita, etc.

Pero, por encima de cualquier otra consideración, debemos transmitir a la ciudadanía que tiene que reflexionar sobre qué modelo sanitario: el actual, con sus ineficiencias y necesidades de mejora, pero con un altísimo grado de satisfacción por parte de los usuarios que no se ven discriminados a la hora de acceder al mismo, u otros, que no sólo padecen actualmente otros países supuestamente desarrollados (Estados Unidos) sino del que hemos tenido en nuestro país, en una experiencia no tan lejana, que a lo mejor deberíamos recordar para que se sepa claramente qué es lo que nos estamos jugando.

ORIGINAL

Cribado de Diabetes Gestacional: análisis de puntos de corte para la toma de decisiones

Pascual de la Pisa B¹, Rufo Romero A², De la Pisa Latorre L³, Márquez Calzada C⁴, Cuberos Sánchez C⁴, Benítez Cambra R⁵

1 Médico de Familia. Unidad de Investigación DSAP Aljarafe. Sevilla

2 Enfermera Matrona. Hospital de la Mujer; Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla

3 Enfermera Matrona. Centro de Salud de Santiponce, Sevilla

4 Enfermera de familia. Unidad de Investigación DSAP Aljarafe. Sevilla

5 Estadística, Unidad de Investigación DSAP Aljarafe. Sevilla

RESUMEN

Título: Cribado de Diabetes Gestacional: análisis de puntos de corte para la toma de decisiones.

Objetivos: Analizar la validez diagnóstica de diferentes puntos de corte del test de O'Sullivan para el cribado de Diabetes Gestacional (DG) en una Unidad de Gestión Clínica.

Diseño: Estudio transversal.

Emplazamiento: Multicéntrico, centros de la Unidad de Gestión Clínica de Camas, Sevilla, Servicio Andaluz de Salud.

Población y muestra: Mujeres entre la 24-28 semana de gestación con resultados del test de cribado y test diagnóstico de DG incluidas en el Proceso Asistencial Integrado de Embarazo durante un periodo de 10 años.

Muestreo consecutivo. Gold estándar: Diagnóstico de DG según criterios de la National Diabetes Data Group.

Mediciones: Glucemia plasmática a la hora de la Sobrecarga oral de glucosa de 50 gramos, edad, paridad, índice de masa corporal pregestacional, antecedentes de primer grado de diabetes mellitus y los antecedentes obstétricos.

Análisis estadístico: Sensibilidad (Se), especificidad (Sp), valores predictivos (VPP y VPN), área bajo la curva ROC (ABC).

Resultados: Se incluyeron 314 mujeres. La prevalencia de DG fue del 11,14% y de Intolerancia hidrocarbónada gestacional del 36%. El 17,1% de las mujeres con DG presentaron un valor de glucemia a la hora de SOG 50g menor o igual a 139mg/dl. El valor de punto de corte en 140mg/dl presentó una Se 82,9%, Sp 58,4%, VPP 20% y VPN 96,4%. El valor del punto de corte en 130mg/dl presentó una Se 91,4%, Sp 46,2%, VPP 17,6% y VPN 97,7%.

Conclusiones: Consideramos adecuado mantener el actual punto de corte de glucemia a la primera hora tras la SOG 50g para el cribado de la DG. Coincidimos con otros estudios en la recomendación de no disminuir el punto de corte, muestran una menor especificidad sin modificaciones significativas en la sensibilidad.

Palabras claves: Diabetes Gestacional, Cribado, Sensibilidad, Especificidad.

Correspondencia: Beatriz Pascual de la Pisa
Unidad de Investigación del Distrito Sanitario de AP Aljarafe
C/ Santa María de Gracia, 54
41900 Camas (Sevilla)
E-mail: beatriz.pascual.sspa@juntadenandalucia.es

Recibido el 21-03-2011; aceptado para publicación el 25-04-2011
Med fam Andal 2011; 2: 133-140

SUMMARY

Title: Screening for Gestational Diabetes Mellitus (GDM): an Analysis of Cut-off Values for Decision-Making.

Goal: Analyze the diagnostic validity of different cut-off values in the O'Sullivan test when screening for gestational diabetes (GD) in a Clinical Management Unit.

Design: Cross sectional study.

Setting: Multi-centric, Clinical Management Units from Camas, Seville, Andalusian Health Service.

Population and Sample: Women between 24-28 weeks of pregnancy with results obtained from the screening test and GD diagnostic test included in the integrated pregnancy care process over a 10-year period. Consecutive sample. Gold standard: GD diagnosis according to the National Diabetes Data Group's criteria.

Measurements: Plasma glucose level upon the oral administration of 50 grams of glucose, age, parity, pre-pregnancy body mass index, family history of diabetes mellitus in first-degree relatives and obstetrical history.

Statistical Analysis: Sensibility (Se), specificity (Sp), predictive values (VPP and VPN), area below the ROC curve (ABC)

Results: The sample included 314 women. The prevalence of GD was 11.14% and the prevalence of hydrocarbonated dysfunction was 36%. One hour after the oral administration of 50 grams of glucose, 17.1% of the women with GD had glucose values lower or equal to 139 mg/dl. The cut-off value at 140mg/dl presented: Se 82.9%, Sp 58.4%, VPP 20% and VPN 96.4%. The cut-off value at 130mg/dl presented Se 91.4%, Sp 46.2%, VPP 17.6% and VPN 97.7%.

Conclusions: When screening for GD we believe it is sufficient to maintain current cut-off values for glucose levels one hour after the oral administration of 50 g of glucose. We coincide with other studies that recommend not lowering the cut-off value; they show less specificity with no significant change in sensibility.

Key words: Gestational Diabetes, screening, sensitivity, specificity.

INTRODUCCIÓN

La Diabetes Gestacional (DG) se define como *"aquella intolerancia hidrocarbonada de intensidad variable que se inicia o reconoce por vez primera durante el embarazo"*. Esta definición es válida tanto si el tratamiento es dietético o con insulina, y si dicha condición persiste o no después del embarazo, aunque no excluye la posibilidad de detectar una intolerancia hidrocarbonada no conocida, previa al embarazo o desarrollada durante éste (1).

La prevalencia de DG varía según la población estudiada y el método diagnóstico empleado. La cifra oscila entre 1-14%, siendo del 7% en Estados Unidos con una incidencia anual de 200.000 casos (2).

La importancia del diagnóstico precoz radica en el aumento global de la prevalencia y la posibilidad de reducir las complicaciones maternas y la morbilidad perinatal asociada a DG, con un tratamiento instaurado cuanto antes (3). Sin embargo, en la actualidad nos encontramos ante discrepancias sobre el método de detección y los criterios diagnósticos de la DG.

La indicación de cribado universal de DG al menos una vez durante el embarazo propuesto desde la Segunda (4) a la Cuarta (1) Conferencia Internacional de DG fue ratificado por la Organización Mundial de la Salud (OMS)(5), en su informe provisional de 1998, proponiendo el cribado universal entre la semana 24 y 28 de gestación, y en el primer trimestre en los grupos de riesgo para detectar la presencia de diabetes mellitus (DM) no diagnosticada previamente.

Como estrategias de cribado se han propuesto criterios clínicos y analíticos (6,7,8).

El test de Sobrecarga oral de glucosa (SOG) de 50 gramos y determinación de la glucemia en plasma venoso a la hora propuesto en 1973 por O'Sullivan (9), es el único test conocido validado hasta fechas recientes frente a la SOG 100 gramos y a la hipoglucemia neonatal, con una sensibilidad del 79-83% y una especificidad del 87%.

El test se considera positivo cuando dicha cifra es superior a 140mg/dl (7,8 mmol/l; valor adop-

tado por la Segunda (4) y Tercera (10) Conferencia Internacional de DG), conllevando la realización del test diagnóstico de SOG 100 gramos (procedimiento en dos pasos).

El punto de corte de glucemia plasmática establecido en 140mg/dl ha sido cuestionado por consideraciones clínicas y estadísticas. Este valor permite identificar aproximadamente el 80% de las mujeres con DG. Sin embargo, un valor de glucemia superior a 130 mg/dl (7,2 mmol/l) permitiría detectar el 90% de las mujeres con DG (11). Esta modificación en el punto de corte no ha sido ratificado por el Grupo Español de Diabetes y Embarazo (12).

El objetivo de nuestro estudio fue validar el actual punto de corte (140 mg/dl) en la determinación de glucemia en plasma venoso a la primera hora de la SOG 50gr para el cribado de DG, considerando como gold estándar la prueba diagnóstica de la SOG de 100 gramos.

SUJETOS Y MÉTODO

Se trata de un estudio observacional, descriptivo, transversal.

El estudio se ha llevado a cabo en Atención Primaria, en la Unidad de Gestión Clínica (UGC) de Camas, población periurbana de la provincia de Sevilla a 5 Km. de Sevilla, que abarca los pueblos de Camas, Pañoleta, Coca, Santiponce, Valencina de la Concepción, Carambolo y Castilleja de Guzmán.

Las mujeres en edad fértil de la UGC según la base de datos de usuarios del Servicio Andaluz de Salud fue de 11.251 (dato en enero del 2009).

La población de estudio fueron las mujeres incluidas en el Proceso Asistencial Integrado de Embarazo sometidas a cribado de DG mediante SOG 50gr durante 10 años mediante muestreo consecutivo, en base a los siguientes criterios de selección:

Criterios de inclusión:

- Edad comprendida entre 14 y 50 años, de forma independiente a la etnia, paridad, los ante-

cedentes obstétricos y los factores de riesgo para el desarrollo de la DG.

- Realización de la SOG 50gr entre la semana 24 y 28, no diagnosticada previamente de DG.

- Realización de SOG de 100gr de glucosa a los 15 días de la SOG 50gr.

Criterios de exclusión:

- Mujeres con diabetes conocida previa al embarazo.

- Vómitos o intolerancia a la SOG 50gr o de 100gr.

- Presencia de tratamiento o enfermedad que pueda interferir en el resultado de las determinaciones bioquímicas del estudio (insuficiencia renal, insuficiencia hepática o enfermedad tiroidea).

- Incumplimiento de las recomendaciones durante la prueba.

La intervención se basó en el procedimiento en dos pasos para el diagnóstico de la DG según PAI Embarazo, Parto y Puerperio (13): Inicialmente se realizó la prueba de cribado mediante el test de O'Sullivan: determinación de glucemia venosa mediante el método de glucosa-oxidasa a la hora de la administración de 50gr de glucosa. Esta prueba se realizó a cualquier hora del día de forma independiente a la hora de la última comida.

A continuación, y de forma independiente al resultado del test de cribado, se invitaba a participar a la mujer en el estudio. Tras la obtención del consentimiento informado verbal se programaba a los 15 días la realización del test diagnóstico de SOG 100g.

Para la prueba se recomendó ayuno de 10-12 horas y dieta normocalórica los 3 días anteriores con un aporte de mínimo de 150-200 gramos hidratos de carbono. Se realizó extracción de sangre venosa basal y a la primera, segunda y tercera hora tras las SOG 100gr. Durante las 3 horas de duración de la prueba la mujer debía permanecer en reposo, sin ingerir ningún tipo de alimento y sin fumar.

La determinación de glucemia en plasma venoso se realizó mediante la técnica de la glucosa oxidasa (Advia 2400).

La prueba de referencia o gold estándar se estableció con el diagnóstico de DG mediante los criterios de la National Diabetes Data Group(14).

Cuando no se cumplían los criterios para el diagnóstico de DG, pero el valor de glucemia a la segunda hora de la SOG de 100gr era superior a 120mg/dl se definió Intolerancia Hidrocarbóndica Gestacional (IHG).

Las variables independientes analizadas fueron la edad, paridad, índice de masa corporal pregestacional, antecedentes de primer grado de diabetes mellitus y los antecedentes obstétricos (macrosomías, mortalidad perinatal, abortos, diabetes gestacional).

La recogida de datos se realizó de forma directa mediante entrevista presencial estructurada y análisis de la historia clínica electrónica.

El análisis estadístico, realizado con el programa PASW statistics 18, fue descriptivo y bivariado (Test de ji al cuadrado, t de student y anova según naturaleza de las variables). Asimismo, mediante la curva ROC se determinó la sensibilidad y especificidad para todos los posibles puntos de corte de glucemia venosa obtenidos a la 1ª hora de SOG de 50 gramos. El área bajo la curva (ABC) proporciona una medida de exactitud global de la prueba diagnóstica para un determinado punto de corte. Se realizó un análisis de los valores predictivos, cocientes de probabilidad, exactitud diagnóstica e Índice de Youden estableciendo para los valores de glucemia a la hora de SOG 50 gramos establecidos en 130 y 140mg/dl.

El estudio se diseñó y se llevó a cabo de acuerdo con la Declaración de Helsinki y las normas ético legales vigentes.

RESULTADOS

De las 3.019 mujeres incluidas en el proceso, 314 cumplieron los criterios de selección.

La edad media de las mujeres en estudio fue 28,43 años (IC 95% 27,85 a 29,01); la media de embarazos previos fue de 2,11 (IC95% 1,97 a 2,26). El índice de masa corporal pregestacional

fue 25,03 Kg/m² (IC 95% 24,48 a 25,59) con un 10,9% de la muestra con obesidad (IMC superior a 30Kg/m²).

El diagnóstico de DG se estableció en el 11,14% e IHG en el 36% de los casos.

En el análisis de los factores de riesgo conocidos para el desarrollo de DG se observó relación estadísticamente significativa en todas las variables analizadas excepto para antecedentes de DG, abortos o mortalidad perinatal (tabla 1).

El valor medio de glucemia venosa a la hora de la SOG 50g de las mujeres diagnosticadas posteriormente de DG e IHG fue de 170,37mg/dl (IC 95% 158,76 a 181,98) y 143,15mg/dl (IC 95% 138,04 a 148,26) respectivamente. El 17,1% de las mujeres con DG presentaron un valor de glucemia a la hora de SOG 50gr menor o igual a 139mg/dl (gráfico 1).

La curva ROC resultante muestra un ABC de 0,79 (gráfico 2). En el análisis del rendimiento diagnóstico observamos que la exactitud diagnóstica (probabilidad de que la prueba clasifique bien a los pacientes) es superior para el valor de glucemia definido en 140mg/dl (tabla 2).

DISCUSIÓN

A partir de nuestro estudio no consideramos adecuado el cambio del valor del punto de corte actual de 140mg/dl de glucemia a la primera hora de la SOG de 50 gramos para el cribado de DG.

Los valores de glucemia inferiores a 140mg/dl muestran una menor especificidad sin modificaciones significativas en la sensibilidad siendo el gold estándar el diagnóstico de DG por la SOG100g. Estos valores de Se, Sp, VPP, VPN no coinciden con los aportados por O'Sullivan, ya que definió como gold estándar la presencia o no de hipoglucemias neonatales.

La aceptación de un valor de glucemia inferior para el test de cribado no mejora significativamente el rendimiento de la prueba y conllevaría un aumento del número de pruebas de diagnóstico mediante la SOG100g con el incremento sub-

siguiente de costes, recursos humanos y empeoramiento de la percepción de salud de la mujer por estar etiquetada de cribado positivo (15).

El valor umbral de punto de corte de la glucemia en plasma venoso a la primera hora de la SOG de 50gr ha sido importante motivo de discusión. Distintos estudios (16,17,18) coinciden en el valor de 140 mg/dl como mejor punto de corte, aunque la prueba diagnóstica utilizada en el segundo paso fuera diferente (SOG 100 gramos con los criterios de NDDG o de Carpenter y Coustan(19); SOG de 75gr y aplicación de los mismos criterios de la situación de no embarazo). Es llamativo cómo uno de estos estudios coincide en la conclusiones a partir de población no caucásica (18).

Otros autores proponen otros valores superiores (20,21) e inferiores (22) de punto de corte, no comparable con nuestras conclusiones por la aplicación de criterios diagnósticos de DG diferentes a los recientemente expuestos.

La inclusión de la categoría clínica de IHG en el análisis de la situación basal y factores de riesgo de la mujeres incluidas en el estudio, se ha debido a que esta entidad se ha considerado como una variante de la DG con impacto en los resultados materno-fetales y cuyos factores de riesgo no difieren a los de la DG (23).

La principal limitación encontrada en el estudio se deriva de la necesidad de disponer de los resultados del test de cribado y test diagnóstico. Esto ha supuesto numerosas negativas a participar en aquellas mujeres con test de cribado negativo, con el consiguiente sesgo de información de las participantes.

La discusión en cuanto a cuál es el mejor punto de corte para el cribado y el diagnóstico de la DG debería ir encaminada a analizar la validez del valor propuesto frente a las complicaciones materno-fetales y desarrollo de diabetes tipo 2 en la madre a medio plazo. Tras los resultados de estudio HAPO (24), el Grupo Internacional para el Estudio de la Diabetes y el Embarazo propugnan el uso de la SOG de 75 gramos, con modificaciones en los valores de glucemia como la prueba diagnóstica de referencia, en base al conocimiento de una mayor correlación entre éstos y la predicción de eventos adversos en el embarazo (25).

Nuestras conclusiones apoyan el criterio adoptado por el Grupo Español de Diabetes y Embarazo de mantener el punto de corte actual y la realización del cribado de la DG en dos pasos, frente a la propuesta de la Cuarta Conferencia Internacional de DG y del Grupo Internacional para el Estudio de la Diabetes y el Embarazo hasta que se amplíen las investigaciones en nuestra población.

BIBLIOGRAFÍA

1. Metzger BE, Coustan DR and the Organizing Committee. Summary and Recommendations of the Fourth International Workshop- Conference on Gestational Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*. 1998; 21(suppl 2): B161-B167.
2. American Diabetes Association. Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*. 2011; 34(suppl 1): S62-69.
3. Nisreen Alwan, Derek J Tuffnell, Jane West. Tratamiento para la diabetes gestacional: (Revision Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2009 Número 3. Oxford: Update Software Ltd.
4. Summary and recommendations of the Second International Workshop-Conference on gestational diabetes. *Diabetes*. 1985; 34 (suppl 2): 132-6.
5. Alberti K, Zimmet PZ for the WHO. Definition, diagnosis and classification of Diabetes Mellitus and its complications. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus- provisional report of a WHO consultation. *Diabet Med*. 1998; 15: 539-53.
6. Sacks DA, Chen W, Wolde-Tsadik G, Buchanan TA. Fasting plasma glucose test at the first prenatal visit as a screen for gestational diabetes. *Obstet Gynecol*. 2003; 101: 1197-203.
7. Li K, Yang HX. Value of fructosamine measurement in pregnant women with abnormal glucose tolerance. *Chin Med J (Engl)*. 2006; 119: 1861-5.
8. Agarwal MM, Dhath GS, Punnose J, Koster G. Gestational diabetes: a reappraisal of HBA1C as

- a screening test. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2005; 84: 1159-63.
9. O'Sullivan JB, Mahan CM, Charles D, Dandrow RV. Screening criteria for high-risk gestational diabetic patients. *Am J Obstet Gynecol*. 1973; 116: 895-900.
10. Metzger BE, Organizing Committee. Summary and recommendations of the Third International Workshop-conference on gestational diabetes mellitus. *Diabetes*. 1991; 40 (suppl 2): 197-201.
11. American Diabetes Association. Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*. 2010; 33 (Suppl 1): S62-69.
12. Grupo Español de Diabetes y Embarazo (GEDE). Guía asistencial de Diabetes Mellitus y Embarazo. *Av Diabetol*. 2006; 22: 73-87.
13. Consejería de Salud. Embarazo, Parto y Puerperio: Proceso asistencial integrado. 2^a ed. Sevilla: Consejería de Salud; 2005.
14. National Diabetes Data Group: Classification and diagnosis of diabetes mellitus and other categories of glucose intolerance. *Diabetes*. 1979; 18: 1039-57.
15. Rumbold AR, Crowther CA. Women's experiences of being screened for gestational diabetes mellitus. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2002; 42: 131-7.
16. Bonomo M, Gandini ML, Mastropasqua A, Begher C, Valentini U, Faden D et al. Which cut off level should be used in screening for glucose intolerance in pregnancy? *Am J Obstet Gynecol*. 1998; 179: 179-85.
17. Miyakoshi K, Tanaka M, Ueno K, Uehara K, Ishimoto H, Yoshimura Y. Cut off value of 1 h, 50 g glucose challenge test for screening of gestational diabetes mellitus in a Japanese population. *Diabetes Res Clin Pract*. 2003; 60: 63-7.
18. Ardawi MS, Nasrat HA, Jamal HS, Al-Sagaaf HM, Mustafa BE. Screening for gestational diabetes mellitus in pregnant female. *Saudi Med J*. 2000; 21: 155-60.
19. Coustan DR, Carpenter MW. The diagnosis of gestational diabetes. Proceedings of the Fourth International Workshops-Conference on Gestational Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*. 1998; 21 (Suppl 2): S5-S8.
20. Kyle CV, Cundy TF. Screening for gestational diabetes mellitus: can we be more efficient? *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2001; 41: 285-90.
21. Rajab KE, Mehdi S. Pregnancy outcome among gestational diabetics with blood glucose levels between 7.7 and 8.3mmol/l. *Int J Gynaecol Obstet*. 1998; 63: 59-61.
22. Naylor CD, Sermer M, Chen E, Farine D. Selective screening for gestational diabetes mellitus. Toronto Trihospital Gestational Diabetes Project Investigators. *N Engl J Med*. 1997; 337: 1591-6.
23. Anderberg E, Källén K, Berntorp K. The impact of gestational diabetes mellitus on pregnancy outcome comparing different cut-off criteria for abnormal glucose tolerance. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2010; 89: 1532-7.
24. HAPO Study Cooperative Research Group, Metzger BE, Lowe LP, Dyer AR, Trimble ER, Chaovarindr U, Coustan DR et al. Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcome (HAPO) Study Cooperative Research Group. Hyperglycemia and adverse pregnancy outcomes. *N Engl J Med*. 2008; 358: 1991-2002.
25. International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups Consensus Panel. International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups recommendations on the diagnosis and classification of hyperglycemia in pregnancy. *Diabetes Care*. 2010; 33: 676-82.

Tabla 1: Distribución de los factores de riesgo para desarrollar Diabetes Gestacional (DG) según el diagnóstico tras la Sobrecarga oral de glucosa de 100 gramos en el embarazo.

	Mujeres sin DG o IHG (n=166)	Mujeres con IHG (n=113)	Mujeres con DG (n =35)	p
Edad en años Media (IC 95%)	27,60 (26,75 a 28,25)	29,12 (28,14 a 30,09)	30,60 (28,51 a 32,69)	0,001
Número de embarazos previos: Media (IC 95%)	1,95 (1,78 a 2,13)	2,36 (2,00 a 2,63)	2,11 (1,73 a 2,50)	0,045
IMC pregestacional (Kg/m ²): Media (IC 95%)	24,44 (23,70 a 25,18)	24,99 (24,07 a 25,91)	27,98 (26,29 a 29,67)	0,001
Antecedentes familiares primer grado (%)	12,65	16,8	31,42	0,05
DG previa (%)	2,4	1,8	0	0,63
Abortos previos (%)	6	4,4	8,6	0,63
Macrosomía previa (%)	3	8	14,3	0,022
Muerte perinatal previa (%)	0,6	0,9	0	0,84

Tabla 2: Estadísticos de los valores de glucemia a la hora de la SOG50g y su rendimiento diagnóstico para la Diabetes Gestacional (DG).

	Glucemia a la hora de SOG50g 140 mg/dl		Glucemia a la hora de SOG50g 130 mg/dl	
	Media	Intervalo de confianza 95%	Media	Intervalo de confianza 95%
Sensibilidad	82,9%	67,31 a 91,89	91,4%	77,62 a 97,04
Especificidad	58,4%	52,56 a 64,05	46,2%	40,47 a 51,09
Valor predictivo positivo	20,0%	14,30 a 27,24	17,6%	12,72 a 23,76
Valor predictivo negativo	96,4%	92,47 a 98,36	97,7%	93,53 a 99,22
Proporción de falsos positivos	41,6%	35,94 a 47,43	53,8%	47,9 a 59,52
Proporción de falsos negativos	17,1%	8,10 a 32,7	8,6%	2,95 a 22,37
Exactitud	61,1%	55,65 a 66,37	51,3%	45,76 a 56,75
Índice J de Youden	0,4		0,4	
Cociente de probabilidad positivo	1,99	1,62 a 2,45	1,70	1,46 a 1,97
Cociente de probabilidad negativo	0,29	0,14 a 0,62	0,19	0,06 a 0,55

Gráfico 1: Distribución del número de mujeres según el valor de la glucemia venosa a 1 hora de SOG de 50 gramos (NOTA: Sanas entendida como mujeres con ausencia de DG o IHG)

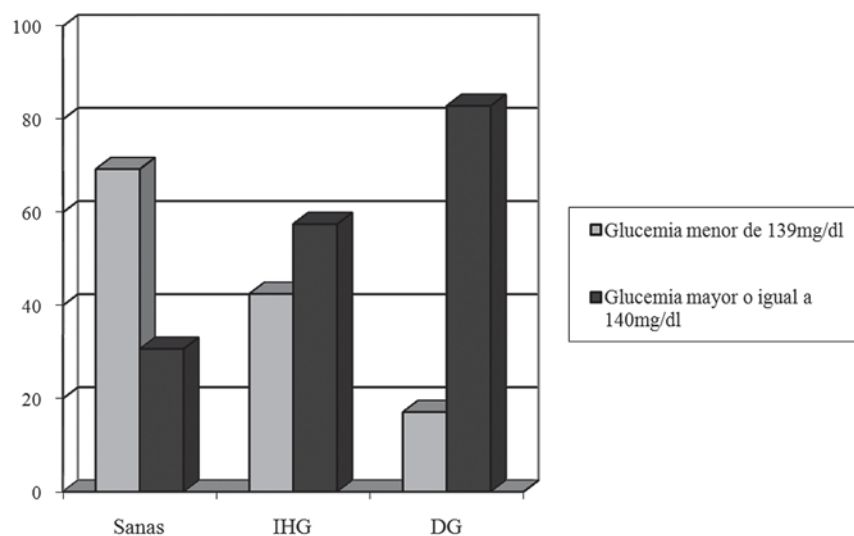
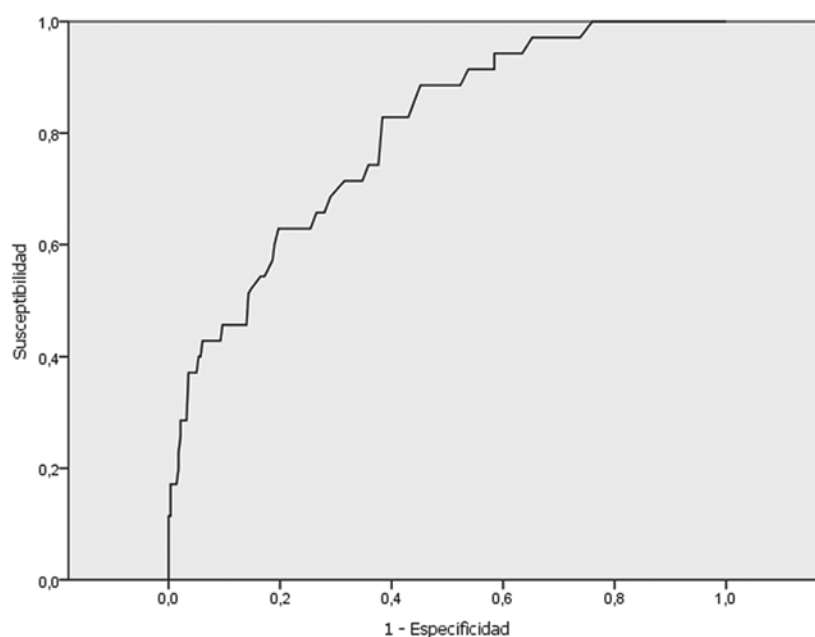


Gráfico 2: Curva ROC para el valor de glucemia a la hora de la SOG 50g siendo la variable estado el Diagnóstico de Diabetes Gestacional.



ORIGINAL

Estudio controlado de utilidad de la intervención grupal mediante técnicas de relajación en la reducción de la ansiedad

García Paine JP¹, Burgos Varo M^aL², Paz Galiana J³, Santa Cruz Talledo JM^{a4}, Canalejo Echeverría A⁴, Muñoz Cobos F⁴

1 MIR 2º año MFyC. CS El Palo. Málaga

2 Trabajadora Social. CS El Palo. Málaga

3 MIR 1º año MFyC. CS El Palo. Málaga

4 Médico de Familia. CS El Palo. Málaga

RESUMEN

Título: Estudio controlado de utilidad de la intervención grupal mediante técnicas de relajación en la reducción de la ansiedad y depresión en atención primaria.

Objetivo: Evaluar la utilidad de talleres grupales de relajación para reducir la ansiedad y depresión en atención primaria

Diseño: Estudio longitudinal pre-post intervención con grupo control en lista de espera.

Emplazamiento: Centro de Salud urbano, dos consultorios rurales.

Población y Muestra: Pacientes atendidos en atención primaria con trastornos de ansiedad, que asisten al 80% de las sesiones (1997-2010) (N=213). Grupo control en lista de espera: 22 pacientes.

Mediciones: Intervención: Taller grupal, 8 sesiones semanales, dirigidas por trabajadora social, incluyendo respiración, relajación progresiva de Jacobson, entrenamiento autógeno de Schultz y técnicas cognitivas (enfrentamiento de estrés, resolución de problemas). Variables: edad, sexo, motivo de participación, motivo de no asistencia al taller y psicofármacos. Comparación pre-postintervención de puntuación de Escala de Ansiedad Depresión de Goldbeg (EADG) en grupos intervención y control. En 31 pacientes se evalúa también EADG a los 6-12 meses. Estadísticos T Student/Wilcoxon para muestras apareadas, alfa 0.05.

Resultados: 85.55% son mujeres; edad media 48.5 años (desviación estándar 12.86); Ansiedad 65.21% Intervalo Confianza 95% (58.61-71.54), síntomas somáticos 8.43% (4.81-12.42), cuidadores 7.27% (3.68-10.68). El descenso medio de ansiedad pre-post intervención en la EADG es de 3.15 puntos (2.85-3.45) ($p<0.001$) en escala subescala ansiedad y de 2.26 puntos (1.99-2.54) ($p<0.001$) en subescala depresión. En grupo control la diferencia media EADG fue -0.42 en ansiedad y +0.27 en depresión (NS) respecto a la medición basal. Evolución de medias EADG (pre, postintervención inmediata, postintervención tardía): Subescala Ansiedad: 5.61-2.29-2.35 Subescala Depresión: 4.35-1.61-1.81 (diferencias estadísticamente significativas).

Conclusión: Los talleres de técnicas de relajación pueden ser útiles en la reducción de la ansiedad y la depresión en atención primaria.

Palabras Clave: ansiedad, técnicas de relajación, terapia cognitivo-conductual, atención primaria.

Correspondencia: Juan Pablo García Paine
Centro de Salud el Palo
Av. Salvador Allende, 159
29018 Málaga
E-mail: juanpablogarciapaine@yahoo.es

Recibido el 11-01-2011; aceptado para publicación el 04-07-2011
Med fam Andal 2011; 2:141-149

SUMMARY

Title: A Controlled Study on the Utility of a Group Therapy Intervention Using Relaxation Techniques to Reduce Anxiety and Depression in Primary Care Patients.

Goal: To evaluate the utility of group relaxation workshops in the reduction of anxiety and depression levels of primary care patients.

Design: Longitudinal study, pre-post intervention with a control group on the waiting list.

Setting: One urban health center. Two rural clinics.

Population and Sample: Patients with anxiety disorders treated in primary care centers and who attended 80% of the scheduled sessions (1997-2010) (N=213). Control group on the waiting list: 22 patients.

Interventions: Group therapy, 8 weekly sessions, directed by a social worker, including breathing techniques, Jacobson's progressive relaxation, Schultz's autogenic training and cognitive techniques (confronting stress, problem solving). Variables: age, sex, motive for participating, motive for not attending the session, and psychoactive drugs. Pre-post intervention comparison of scores on the Goldberg Anxiety and Depression Scale (GADS) in the intervention group and in the control. 31 patients were also evaluated with the GADS at 6-12 months. Data Analysis: T Student/Wilcoxon for paired samples, alpha coefficient 0.05.

Results: 85.55% are women; average age 48.5 years old (standard deviation 12.86); anxiety 65.21% Confidence interval 95% (58.61-71.54), somatic symptoms 8.43% (4.81-12.42), caregivers 7.27% (3.68-10.68). The average decrease in anxiety pre-post intervention according to the GADS is 3.15 points (2.85-3.45) ($p<0.001$) in the anxiety subscale and 2.26 points (1.99-2.54) ($p<0.001$) in the depression subscale. In the control group the average difference on the GADS was -0.42 for anxiety and +0.27 for depression (NS) with respect to the baseline. Evolution of the GADS averages (pre-intervention, immediate post-intervention, late post-intervention): Anxiety Subscale: 5.61-2.29-2.35 Depression Subscale: 4.35-1.61-1.81 (statistically significant differences).

Conclusion: Relaxation workshops can be useful in lowering anxiety and depression in primary care.

Key words: Anxiety, relaxation techniques, cognitive-behavioral therapy, group therapy, primary care.

INTRODUCCIÓN

Una gran cantidad de las consultas de Atención Primaria son por dolencias somáticas inespecíficas, y un porcentaje importante se relaciona con trastornos de ansiedad(1).

Actualmente las recomendaciones sobre el tratamiento de la ansiedad van encaminadas a combinar estrategias tanto farmacológicas como no farmacológicas (psicoterapia, relajación, técnicas cognitivo-conductuales,...).

Las técnicas de relajación, recomendación grado A2(2,3) reducen los niveles de activación autonómica y la experiencia desagradable de la ansiedad, mejora el sueño y otros síntomas asociados al estrés, así como aumenta la motivación a continuar el tratamiento si se practica regularmente. Se incluyen(4) la relajación progresiva, el entrenamiento autógeno(5) y las técnicas respiratorias(6).

La terapia cognitivo-conductual se basa en intervenciones dirigidas a los conocimientos (cognición) o representaciones –significados que la persona tiene de la situación o problema-, orientando el cambio adaptativo necesario a nivel conductual para revertir o controlar la fuente de estrés. Incluye técnicas de exposición, reconversión de ideas, afrontamiento del problema o incluso actuar en los pensamientos automáticos(7) y existe mayor evidencia de utilidad en servicios especializados que en Atención Primaria, donde, no obstante, alcanza grado de recomendación A2 en trastornos adaptativos ante acontecimientos estresantes(3). Se conoce además que las intervenciones psicológicas son bien aceptadas por los pacientes(8), prefiriéndolas al tratamiento farmacológico (9) y proporcionan una mejora en los conocimientos del trastorno, disminuyendo los síntomas(10,11). Éstas terapias han demostrado su efectividad frente al placebo(12).

El tiempo dedicado a éstas terapias cognitivo-conductuales es más breve si son proporcionadas en Atención Primaria que en Atención Especializada, ya que existe una relación más estrecha entre el médico de familia y el personal que imparte dicha terapia (13).

En la guía sobre tratamiento no farmacológico de la depresión en adulto, de la Scottish Inter-

collegiate Guidelines Network, de enero de 2010 (14), consideran de gran utilidad las terapias psicológicas, teniendo un grado de recomendación A, al igual que las guías de autoayuda. También hace referencia a la importancia de la realización de ejercicio programado, con grado de recomendación B.

El objetivo de este estudio es determinar si la intervención grupal mediante técnicas cognitivas y de relajación, en un centro de salud, disminuye de forma significativa la puntuación de la escala de ansiedad y depresión de Goldberg (EADG).

METODOLOGÍA

El estudio se realiza en un centro de salud urbano, con 2 consultorios rurales y que atiende a una población de unos 37.000 habitantes.

El diseño del estudio es longitudinal y de intervención, evaluando a cada sujeto de estudio en varios momentos: pre-post intervención y post intervención tardía. En el año 2009 añadimos mediciones de un grupo control en lista de espera.

Para el cálculo del tamaño muestral consideramos alfa 0.05 y un diferencia relevante en las puntuaciones de las subescalas de la EADG de al menos 1 punto, obetiéndose un tamaño muestral de 125 pacientes.

Se incluyen en el estudio el total de pacientes que realizaron los talleres entre octubre 1997 y mayo 2010, con una cobertura eficaz de asistencia al 80% de las sesiones, que hacen un total de 213 pacientes. En una muestra aleatoria (alfa 0.055, precisión 0.10) de 31 pacientes se realizó una reevaluación entre los 6-12 meses posteriores a la realización del taller. En la última medición se incluye un grupo control en lista de espera de 22 pacientes (total de pacientes derivados que esperan la inclusión en el taller).

Como criterios de inclusión para la realización del taller el paciente debe cumplir al menos uno de los siguientes: pacientes con trastornos de ansiedad generalizada, trastornos mixto de ansiedad-depresión, distimia, pacientes con trastornos de adaptación, trastornos de pánico no complicado, trastorno adaptativo derivado de

alguna enfermedad crónica, trastorno del sueño, trastorno de ansiedad-depresión, sobrecarga por cuidados. Los pacientes con alguno de estos criterios son derivados desde consulta médica, de enfermería, trabajadora social, salud mental o desde cualquier otra actividad (programas de salud, urgencias) que conozcan de la realización de los talleres.

El acceso al taller se realiza mediante derivación por medio de P-10, con nombre del paciente y número de teléfono, que se dirige a la atención de la trabajadora social del centro, la cual citará al paciente para tener un primer contacto y poder hablar con él para determinar cuáles son los problemas o motivos por los que se le deriva al taller, intentando obtener de la entrevista la causa basal que determina que el paciente haya sido derivado. De la entrevista con el paciente, la trabajadora social determinará si el paciente es subsidiario de realizar el taller que estamos analizando, o sería conveniente, para la mejoría de su sintomatología, realizar alguna otra actividad de las que se desarrollan en nuestro centro de salud. También se le informa en qué consiste el taller y se le incluye en una lista de espera.

La semana previa a la realización del taller el paciente vuelve a ser citado por la trabajadora social en la que evalúa el grado de ansiedad y depresión mediante la aplicación de la escala de ansiedad-depresión de Goldberg (EADG) (pre-test)(15).

La intervención es de carácter grupal incluyéndose 10-12 pacientes. Son un total de 8 sesiones, una por semana, de 2 horas de duración, impartidas por la trabajadora social del centro, existiendo una parte de presentación teórica, permitiendo en todo momento la participación activa de los componentes del grupo y otra parte práctica donde se le enseñan y practican técnicas de relajación y técnicas cognitivas que incluyen:

-Técnicas de relajación: la técnica de la relajación muscular profunda propuesta por Jacobson nos enseña a identificar los músculos en tensión para conseguir llevarlos hasta el estado de relajación. Consiste en la relajación progresiva basada en la discriminación perceptiva de los niveles de tensión y en la relajación de los distintos grupos musculares a través de ejercicios de tensión/distensión(16).

El entrenamiento autógeno de Schultz(17) mediante la concentración pasiva y la inducción a sensaciones fisiológicas normales como pesadez y calor, comenzando por las extremidades y avanzando de forma gradual, consigue llegar a un estado de relajación profunda activando las eferencias somáticas y viscerales correspondientes(15,18).

-Técnicas de respiración: la respiración opera mediante interacciones cardiorrespiratorias de control vagal. Un adecuado control de la respiración para conseguir una respiración correcta permite la adecuada oxigenación del organismo, lo que conlleva un menor gasto energético y dificulta la aparición de la fatiga y malestar general(15,17).

Al final de cada sesión se le entrega al paciente una hoja indicando ejercicios de prácticas de respiración y relajación para hacer en casa.

Tras finalizar las 8 sesiones del taller, se cita a los participantes en la semana siguiente a una nueva entrevista personal y se le vuelve a pasar la EADG (post-test)

Para el grupo control, lo que se hace es que cuando se cita a los pacientes una semana previa a la realización del taller, por parte de la trabajadora social, para realizarles la EADG (pre-test) se cita también a los pacientes que están en lista de espera para realizar el taller en cuanto termine el grupo que comienza, pasándoles también a ellos la EADG, unos 2 meses antes de la realización del taller, y al mismo tiempo que el grupo de estudio, de forma que la evaluación se realiza en el mismo momento temporal para ambos grupos y se puede comparar la evolución temporal de la EADG .

Las variables de estudio se recogen en la tabla1.

La escala de Ansiedad y Depresión de Golberg es tanto una prueba de detección, con unos asistenciales y epidemiológicos, como una guía del interrogatorio. Se trata de un test que no sólo orienta el diagnóstico hacia ansiedad o depresión (o ambas en casos mixtos), sino que discrimina entre ellos y dimensiona sus respectivas intensidades.

La Escala de Ansiedad y Depresión de Golberg contiene 2 subescalas con nueve preguntas en

cada una de ellas: subescala de ansiedad (preguntas 1-9) y subescala de depresión (preguntas 10-18). Las 4 primeras preguntas de cada subescala (preguntas 1-4) y (preguntas 10-13) respectivamente, actúan a modo de precondición para determinar si se deben intentar contestar el resto de preguntas. Concretamente, si no se contestan de forma afirmativa un mínimo de 2 preguntas de entre las preguntas 1-4 no se deben contestar el resto de preguntas de la primera subescala (ansiedad), mientras que en el caso de la segunda subescala (depresión) es suficiente contestar afirmativamente a una pregunta de entre las preguntas 10-13 para poder proceder a contestar el resto de preguntas.

Posteriormente, una vez que se hayan cumplido los requisitos expuestos, se realiza una suma de los ítems que han resultado con respuestas afirmativas obteniendo de este modo una puntuación de 1 a 9 tanto para subescala de ansiedad como para depresión.

Para un punto de corte de ≥ 4 para la ansiedad y ≥ 2 puntos para la depresión se obtiene una sensibilidad del 83.1% y una especificidad del 81.1%, en cambio si ampliamos el punto de corte a ≥ 5 en la ansiedad y ≥ 3 para la depresión se obtiene una sensibilidad del 74.3% y una especificidad del 93.3% (19). En nuestro análisis consideramos las puntuaciones totales de cada subescala.

Para evaluar el impacto de la intervención realizamos una comparación de las puntuaciones de la Escala de Ansiedad Depresión de Goldberg (EADG) pre y post-intervención usando la prueba de la T de Student para muestras apareadas y y test no paramétricos (Wilcoxon) en caso de no cumplirse sus condiciones de aplicación (bajo tamaño muestral en grupo control en lista de espera). Se utiliza el paquete estadístico SPSS 12.0. Se establece un alfa de 0.05.

RESULTADOS

Se incluyen 213 pacientes, de los cuales un 85.55% son mujeres. Los motivos de no asistencia se han recogido en una muestra de 42 pacientes que no cumplieron el 80% de las sesiones, siendo la enfermedad la causa de abandono en el 47.6% y la incompatibilidad horaria en el 40.4%. La edad me-

dia de participación fue de 48.5 años (desviación estándar 12.86). De los motivos para realizar el taller el más frecuente fue por Ansiedad 65.21% con un Intervalo Confianza del 95% (58.61-71.54), siguiéndoles en frecuencia los síntomas somáticos 8.43% (4.81-12.42) y cuidadores 7.27% (3.68-10.68).

Como dato a destacar, se observó que el 54.32% de los paciente que participaron en el estudio tomaba psicofármacos antes de la realización del taller, sin diferencias en las puntuaciones de la EADG pre y post intervención respecto al grupo sin tratamiento.

Analizando el total de pacientes que realizan la intervención, el descenso medio de ansiedad pre-post intervención en la EADG es de 3.15 puntos (2.85-3.45) ($p < 0.001$) en escala subescala ansiedad y de 2.26 puntos (1.99-2.54) ($p < 0.001$) en subescala depresión (Figuras 1-4)(Tabla 2).

La evolución de medias EADG (pre, post-intervención inmediata, post-intervención tardía) en el subgrupo de seguimiento a largo plazo (31 pacientes) da los siguientes resultados: Subescala Ansiedad: 5.61-2.29-2.35; Subescala Depresión: 4.35-1.61-1.81 (diferencias estadísticamente significativas entre la primera y segunda medición y no significativas entre la segunda y tercera).

En 22 pacientes en lista de espera la diferencia media EADG fue -0.42 en ansiedad y $+0.27$ en depresión (No Significativo) respecto a la medición pretaller (Tabla 3).

DISCUSIÓN

Los resultados de nuestro estudio parecen mostrar la utilidad de los talleres de relajación en el ámbito de atención primaria para disminuir significativamente la ansiedad y depresión medidas mediante la puntuación en la EADG. Del mismo modo podemos observar que este descenso parece mantenerse por lo menos, a medio pudiendo influir en este hecho, la práctica posterior, que es uno de los objetivos de la intervención, aumentando los recursos personales y disminuir la dependencia del sistema sanitario.

Es de resaltar el hallazgo de un efecto beneficioso del taller sobre las puntuaciones en las subes-

cala de depresión pudiendo deberse al efecto beneficioso que tienen las técnicas cognitivas, el apoyo grupal y la relajación sobre la depresión(11).

Nuestros hallazgos coinciden con los de otro estudio que si bien también usa la EADG para valorar la intervención, lo hace globalmente en lugar de utilizar las dos subescalas por separado (8).

Otros estudios encuentran también mejoría en los pacientes con tratamiento no farmacológico aunque utilizan otros instrumentos para medir la variable de resultados (10).

Respecto al perfil de los pacientes incluidos cabe destacar elevado porcentaje de participación del sexo femenino, lo cual concuerda con otros estudios donde se señala una mayor prevalencia de ansiedad y depresión en el sexo femenino. Esta diferencia puede ser debida también a otros factores como la existencia de una mayor predisposición de las mujeres a participar en actividades grupales.

En cuanto a las limitaciones de nuestro estudio tenemos sesgos de selección por la falta de aleatoriedad y la heterogeneidad de los pacientes incluidos en la intervención, si bien hemos de considerar que presentamos una evaluación en condiciones reales de aplicación, es decir, se realiza la medición de resultados de un servicio real ofertado a pacientes de atención primaria y no se planifica una investigación específica al margen de la actividad cotidiana del centro de salud. Otro factor no considerado es el número de pacientes que abandonan y no llegan a la cobertura eficaz, aspecto a incluir en mediciones futuras .

Hay que considerar el bajo tamaño muestral para el análisis del mantenimiento del beneficio en el tiempo y para la comparación con el grupo control en lista de espera lo que hace necesario interpretar estos resultados como una tendencia que será necesario comprobar con mayor número de pacientes.

Respecto a sesgos de información, la EADG está suficientemente validada, es de fácil aplicación y se efectúa a los pacientes siempre por los mismos profesionales. No obstante podría ser discutible

la necesidad de utilizar otros instrumentos validados para la medición del impacto de la intervención (escala de Hamilton). Un aspecto relevante serían las variables no consideradas como el efecto de otras actividades además de las que forman parte de la intervención en la reducción de la ansiedad-depresión como el ejercicio físico y otro tipo de terapias si bien este factor de confusión se puede controlar en parte por la medición simultánea en el tiempo de la ansiedad-depresión en el grupo control. En posteriores estudios se pretenden incluir además posible impacto en el número de visitas médicas y en el mantenimiento o reducción de la medicación.

Respecto a la aplicación práctica de este estudio, la aportación fundamental consiste en comprobar la utilidad de una práctica educativa con pacientes que padecen trastornos muy frecuentes en el ámbito de atención primaria y cumpliendo con las características específicas de nuestro ámbito: accesibilidad, participación de la población, uso de tratamientos no exclusivamente farmacológicos, interdisciplinariedad y abordaje grupal. Como conclusión podemos afirmar que los talleres de técnicas de relajación pueden ser útiles en la reducción de la ansiedad y depresión en atención primaria.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I et al y Grupo ESEMed-España. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMed-España. *Med Clin (Barc)*. 2006; 126: 445-51.
- 2 House A, Stark D. Anxiety in medical patients. *BMJ*. 2002; 325: 207-9.
- 3 Salas M, Gabaldón O, Mayoral JL, Guerrero R, Albisu J, Aymara I. Intervenciones psicológicas eficaces para el afrontamiento de procedimientos médicos dolorosos en oncología pediátrica: revisión teórica. *Anales de Pediatría*. 2003; 59: 41-7.
- 4 Bushell J. National Health Committee. Guidelines for assessing and treating anxiety disorders. New Zealand Guidelines Group; 1998.
- 5 Vera MN. Biofeedback, EMG frontal y terapia cognitiva en el tratamiento de cefaleas tensio-

nales, migrañas y cefaleas mixtas. *Análisis y Modificación de Conducta*. 1990; 16: 99-120.

- 6 Price JR, Couper J. Tratamiento cognoscitivo-comportamental para adultos con síndrome de fatiga crónica (Revisión Cochrane traducida). La Cochrane Library en español. Nº2. Oxford: Update Software; 2004.

- 7 Estévez A, Calvete E. Mediación a través de pensamientos automáticos de la relación entre esquemas y síntomas de depresión. *Anales de Psicología*. 2009; 25: 27-35.

- 8 Ramaratnam S, Baker GA, Golstein L. Tratamientos psicológicos para la epilepsia (Revisión Cochrane traducida). La Cochrane Library en español. Nº2. Oxford: Update Software; 2004.

- 9 Roy-Byrne P. Delivery of Evidence-Based Treatment for Multiple Anxiety Disorders in Primary Care. *JAMA*. 2010;303(19):1921-1928.

- 10 Raya A. Intervención grupal psicoeducativa en pacientes con ansiedad y depresión en atención primaria de Barcelona [Cartas al Director]. *Atención Primaria*. 2009; 41: 227-232.

- 11 Tolin D. Is cognitive-behavioral therapy more effective than other therapies? A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*. 2010; 30: 710-720.

- 12 Stefan G, Hofmann, Jasper A, J. Smits. Cognitive-Behavioral therapy for adult anxiety disorders: a meta-analysis of randomized placebo controlled trials. *J Clin Psychiatry*. 2008 April ; 69(4): 621-632.

- 13 Cape J, Whittington C, Buszewicz M, Wallace P, Underwood L. Brief psychological therapies for anxiety and depression in primary care: meta-analysis and meta-regression. *BMC medicine* 2010, 8:38.

- 14 Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Non-pharmaceutical management of depression in adults. Edinburgh: SIGN; 2010.

- 15 Goldberg, D.P, Hillier, V.F: A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*. 1979; 9:139-45.

16 Labrador FJ. El estrés. Nuevas técnicas para su control. Madrid: Ed. Temas Hoy. Grupo Correo de Comunicación; 1992.

17 Schultz JM. El entrenamiento autógeno: Autorregulación concentrativa. 4ª ed. Barcelona: Ed. Científico-Médica; 1980.

18 Gonzalez Ordi H. ¿Qué es lo que estamos relajando con las diferentes técnicas de relajación? Boletín SEAS. 1994; 1: 1-9.

19 Lobo A, Montón C, Campos R, García-Campayo J, Pérez Echeverría MJ. Detección de morbilidad psíquica en la práctica médica. El nuevo instrumento EADG. Zaragoza: Luzán SA Ed; 1993.

Tabla 1: Tabla de variables.

	VARIABLE	TIPO	FORMATO
VARIABLES INDEPENDIENTES	Edad	Cuantitativa	Edad al inicio de la intervención
	Sexo	Cualitativa	Mujer/Hombre
	Toma de psicofármacos	Cualitativa	Si/no
	Motivos de participación	Cualitativa	Ansiedad Depresión Persona cuidadora Somatización
	Realización del taller	Cualitativa	Si/no
VARIABLES DEPENDIENTES	EADG ansiedad	Cuantitativa	0-9
	EADG depresión	Cuantitativa	0-9

Figura 1: EADG subescala ansiedad previa a intervención.

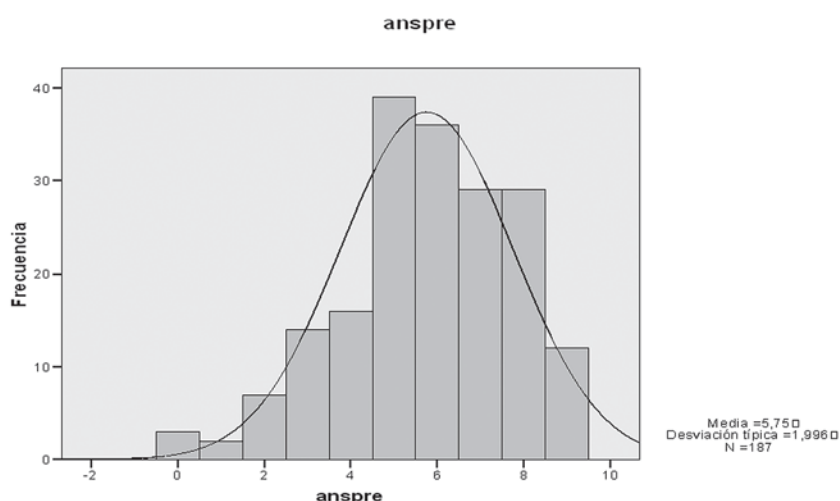


Figura 2: EADG subescala depresión previa a intervención.

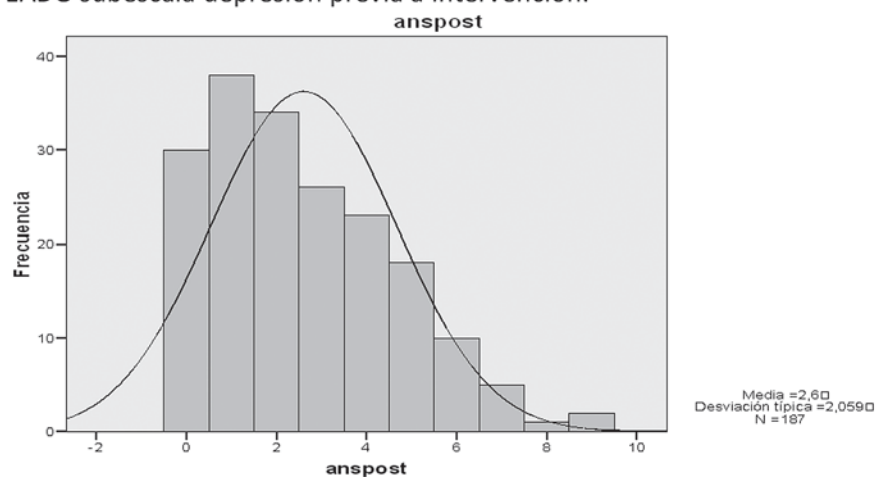


Figura 3: EADG subescala ansiedad posterior a intervención.

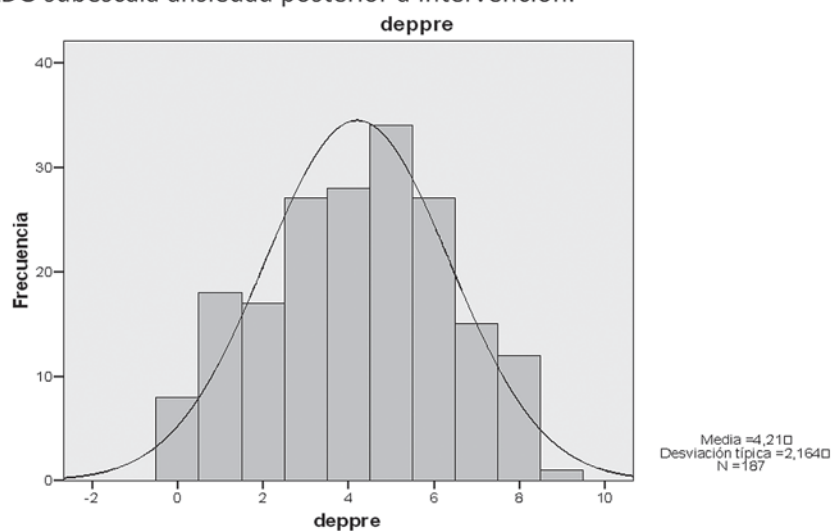


Figura 4: EADG subescala depresión posterior a intervención.

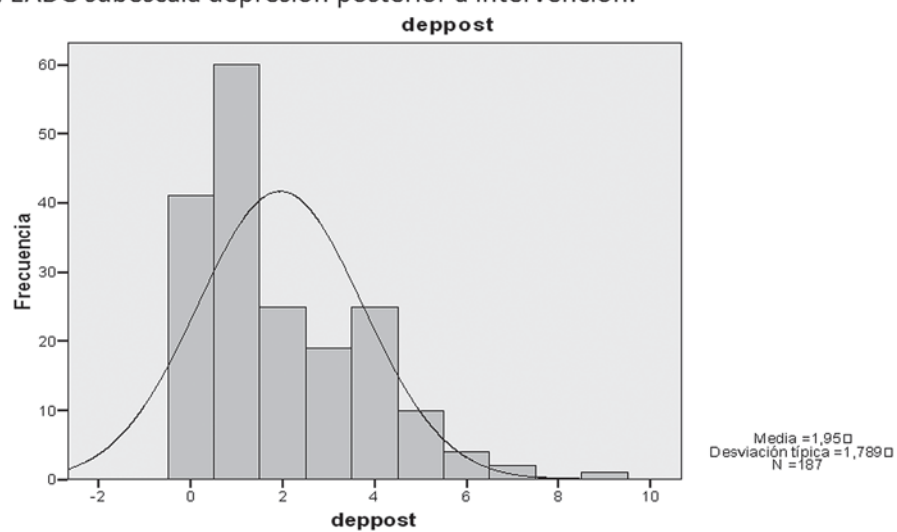


Tabla 2: Comparación de EADG pre-post intervención (prueba T Student)

		Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)
		Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
					Superior	Inferior			
Par 1	anspre - anspost	3,150	2,110	,154	2,845	3,454	20,417	186	,000
Par 2	deppre - deppost	2,262	1,892	,138	1,989	2,535	16,345	186	,000

Tabla 3: DATOS COMPARATIVOS GRUPO INTERVENCIÓN Y GRUPO CONTROL EN LISTA DE ESPERA

	GRUPO CONTROL (n=22)	p		GRUPO INTERVENCIÓN (n=19)	p
Ans espera-ans pre taller	6,14-5,86	0,48 (NS)	Ans pretaller-ans post taller	5,53-1,89	0.000
Dep espera-dep pre taller	3,18-3,86	0,147 (NS)	Dep pre taller-dep postaller	3,26-1,16	0.000

(Test de los rangos de Wilcoxon)

ORIGINAL

¿Qué determina que nuestros pacientes hipertensos alcancen objetivos terapéuticos?

Cáceres Montero ME, Martínez Infantes MA, López Mutuberría MT, Herrera Ibarra RP, Losada Fuentes FJ, Portillo Strempe J

Médicos de Familia. UGC Estepona Oeste. Málaga. Distrito Sanitario Costa del Sol

RESUMEN

Título: ¿Qué determina que nuestros pacientes hipertensos alcancen objetivos terapéuticos?

Objetivo: Valorar el alcance de objetivos terapéuticos en HTA y sus determinantes, conforme a la Guía Europea de HTA 2007.

Diseño: Estudio observacional retrospectivo casos-control con base institucional.

Emplazamiento: Centro de Salud semi-urbano.

Población y muestra: Pacientes cuya presión arterial (PA) fue registrada por enfermería y que al menos presentaran 2 determinaciones a lo largo del periodo de estudio.

Material y método: Durante un año valoramos el alcance de objetivos terapéuticos en función de la patología prevalente, inercia terapéutica (IT) incurrida y uso de medicación antihipertensiva. Comparamos la adecuación a los objetivos terapéuticos mediante X^2 y ANOVA, y calculamos Odds Ratio ($\hat{OR}$) para alcanzar los objetivos mediante regresión logística binaria.

Resultados: N=744. Edad $72,38 \pm 10,53$. Mujeres 54,8%. Número de tomas de PA por paciente: $10,97 \pm 7,3$; 25,3% de determinaciones incurren en IT. 10,2% de determinaciones incurren en IT de intensidad moderada-alta. Promedio de PA anual dentro de objetivos 67,3%. Encontramos mayor probabilidad de alcanzar PA dentro de objetivos entre los/las pacientes no diagnosticados/as de altos FRCV (diabetes, cardiopatía isquémica, accidente cerebro vascular), $\hat{OR}=2,52(1,41-4,48;95\%)$; menor número de fármacos empleados para el control tensional, $\hat{OR}=0,70(0,57-0,87;95\%)$ en los/las que se controlan más veces la PA, $\hat{OR}=1,59(1,44-1,76;95\%)$ y en aquellos/as en los que no se incurre en IT, $\hat{OR}=0,21(0,16-0,28; 95\%)$.

Conclusiones: La comorbilidad cardiovascular predispone a que se incurra en IT y ésta, junto a los FRCV que suponen daño orgánico establecido, y el empleo concomitante de varios fármacos para el control de la HTA condicionan que nuestros/as pacientes no lleguen a alcanzar los objetivos terapéuticos establecidos por la Guía Europea de HTA 2007.

Palabras clave: Hypertension, Medication Errors, Drug Prescriptions, Logistic Models.

SUMMARY

Title: What Determines Whether Hypertensive Patients Meet Their Treatment Goals?

Goal: Assess the coverage of treatment goals in HTN and its determinants, in keeping with the 2007 European HTN Guide.

Design: Institutionally-based retrospective observational case control study.

Correspondencia: Juan Portillo Strempe J
CS Estepona-Oeste
Av. Juan Carlos I, s/n.
29680 Estepona (Málaga)
E-mail: juan.portillo.sspa@juntadeandalucia.es

Recibido el 13-12-2010; aceptado para publicación el 13-06-2011
Med fam Andal 2011; 2: 150-162

Setting: A semi-urban health center.

Population and Sample: Patients whose blood pressure (BP) was registered by a nurse in at least two blood pressure readings during the study period.

Methodology: Over the course of one year we assessed the coverage of treatment goals according to prevailing pathology, therapeutic inertia (TI), and the use of drugs to lower blood pressure. We compared compliance in meeting therapeutic goals through χ^2 and ANOVA, and calculated the Odds Ratio (OR) for meeting goals by using binary logistic regression.

Results: N=744. Age 72.38 ± 10.53 . Women 54.8%. Number of BP readings per patient: 10.97 ± 7.3 ; 25.3% of the encounters showed TI. 10.2% of the encounters showed a moderate-high TI. Average annual BP goals met 67.3%. We found a higher probability of reaching BP goals among patients not diagnosed as high CRF (diabetes, ischemic heart disease, stroke), OR=2.52 (1.41–4.48; 95%); lower number of drugs used to control blood pressure, OR=0.70 (0.57–0.87; 95%); among those whose BP was controlled more frequently, OR=1.59 (1.44–1.76; 95%) and among those who did not show TI, OR=0.21 (0.16–0.28; 95%).

Conclusions: Cardiovascular comorbidity predisposes TI and, combined with CRF that often lead to organ damage and the parallel use of several different drugs to control HTN, condition whether our patients reach the therapeutic goals established in the 2007 European HTN Guide.

Key words: Hypertension, Medication Errors, Drug Prescriptions, Logistic Models.

INTRODUCCIÓN

Actualmente está bien establecida la necesidad de una mayor reducción de las cifras de presión arterial (PA) en la población hipertensa. A pesar de ello, y aunque en las últimas décadas se han constatado mejoras importantes, las investigaciones científicas recogen, de forma reiterada que, en nuestro ámbito, el control de la PA está todavía lejos de un control óptimo.

Las razones del insuficiente control son múltiples y complejas. La literatura científica pone el énfasis en dos problemas fundamentales para conseguir el control de la PA: los problemas determinados por la existencia de factores inherentes al propio individuo y los factores externos a aquel (1).

Entre los primeros son conocidos, entre otros, la edad del individuo, su comorbilidad o el grado de cumplimiento y adherencia al tratamiento (no sólo farmacológico, sino también a las indicaciones sobre seguimiento de estilos de vida saludables), matizadas por las creencias del sujeto, su motivación e implicación personal en el control de su proceso nosológico, etc. Entre los segundos se han descrito algunos de gran interés por su relevancia, como los relacionados con la seguridad y tolerancia de los tratamientos farmacológicos, o la misma inercia terapéutica, factor éste sobre el que confluyen aspectos relacionados con la motivación e implicación de los/las profesionales sanitarios, el grado de formación de éstos, la difusión y adherencia a protocolos unificados para reducir la variabilidad de la atención, problemas organizacionales, incorrecciones en las determinaciones y una larga lista de elementos influyentes. (2)

A caballo entre ambos, hay un importante número de factores determinantes, tales como los aspectos socio-demográficos, educativos, culturales o económicos que pueden llegar a condicionar la accesibilidad o la propia cohesión e integración del sistema, entendidos no solamente en su vertiente meramente asistencial, sino de una manera más global, llegando incluso matizar a la misma relación médico-paciente (3).

El presente trabajo tuvo como objetivo valorar el alcance de objetivos terapéuticos para el control de la hipertensión arterial (HTA), y sus determinantes, conforme al grado de adecuación a las recomendaciones de la Guía de 2007 para el Manejo de la Hipertensión Arterial. Grupo de Trabajo para el Manejo de la Hipertensión Arterial de la Sociedad Europea de Hipertensión (SEH) y la Sociedad Europea de Cardiología (SEC), en adelante Guía Europea de HTA de 2007, de los/las pacientes de nuestra Unidad de Gestión Clínica (4).

SUJETOS Y MÉTODOS

Emplazamiento

Nuestro estudio se enmarcó en un centro de salud semi-urbano, enclavado en la Costa del Sol, dotado con 14 cupos de medicina de familia, 4 de pediatría y un dispositivo de cuidados críticos y urgencias, que atiende a una población de derecho próxima a 30000 personas.

Población y muestra

La población de estudio incluyó a todos los/las pacientes que acudieron a consulta de enfermería y se les tomó la PA por cualquier motivo. Tras descartar las consultas por curas, inyectables, realización de electrocardiogramas y recogidas de muestras diversas estimamos, mediante una sub-muestra de una semana de registros, que acudieron aproximadamente 1000 pacientes mensuales a nuestras consultas de enfermería con estas características, por lo que finalmente la muestra recogió los registros acontecidos durante el primer mes del periodo de estudio (enero 2009), habida cuenta que la bibliografía consultada no especifica claramente cómo precisar el cálculo del tamaño muestral para el tipo de estudio a desarrollar, decantándose por recabar al menos 10 unidades muestrales por cada una de las variables que se pretendan estudiar (5). Se excluyeron aquellos que no estaban incluidos en la base de datos de usuarios/as del centro, los pacientes desplazados, aquellos que no tuvieran visitas o al menos 2 registros de PA en la historia de salud digital durante el siguiente año, los menores de 18 años y las embarazadas.

Diseño del estudio

El escenario de partida fue una gráfica que recogía las tomas de PA de cada uno de los pacientes en el periodo de estudio, extraída de la historia de salud digital. Seguimos durante un año (1 de enero de 2009 al 31 de diciembre de 2009) a todos aquellos pacientes que no cumplieron criterios de exclusión, adscritos al centro, cuya PA se registró de forma programada por enfermería durante el mes de enero de 2009 y que al menos presentaron 2 determinaciones de tensión arterial a lo largo de dicho periodo.

Realizamos un estudio casos-control, asignando al grupo "casos": aquellos pacientes cuya PA promedio anual no estuviera dentro del límite establecido por la Guía Europea de HTA de 2007 como objetivo terapéutico: PA sistólica ≤ 140 mmHg o PA diastólica ≤ 90 mmHg o PA $\leq 130/80$ mmHg si el paciente estuviese diagnosticado de cardiopatía isquémica, ictus o diabetes. Se consignaron en el grupo "control" aquellos pacientes cuyas PA promedios anuales si estuvieran dentro de los objetivos.

Definición de variables

Contemplamos la edad y el sexo como principales variables socio-demográficas y determinamos la presencia o no de los principales factores de riesgo cardiovascular (FRCV): diabetes (DM), hipertensión (HTA), dislipemia, cardiopatía isquémica (C ISQUEM), accidente cerebro vascular (ACV), fibrilación auricular (ACXFA) e insuficiencia renal crónica (IRC), considerando de forma específica al paciente como de alto riesgo cuando al menos presentara alguno de los FRCV considerados mayores por la Guía Europea de HTA de 2007 (al menos presenta DM y/o ACV y/o C ISQUEM).

El uso de fármacos antihipertensivos se cuantificó determinando la presencia de uso de un grupo terapéutico para el control de HTA durante el periodo de estudio (fármaco en uso o de nueva prescripción) de forma individual y su sumatorio, no excluyéndose éste del conteo a pesar de que se suspendiera su prescripción. El aumento de dosis o cambio de principio activo por otro del mismo grupo terapéutico no se consideró como nuevo fármaco.

Se registraron las PA sistólicas y diastólicas al inicio y final del periodo de estudio y se determinaron las PA promedio durante dicho periodo. El sumatorio de registros durante el periodo de estudio se recogió como número de tomas de PA durante el estudio

De forma específica consideramos que se incurrió en inercia terapéutica (IT) en un/una paciente cuando al menos en un registro de las gráficas de controles de PA, no se produjese inicio o cambio en el tratamiento –incrementar dosis, añadir otro fármaco o cambiar de fármaco- ante indicación de cambio, es decir incumplimiento de ob-

jetivos terapéuticos para cada caso conforme a lo establecido en la Guía Europea de HTA de 2007, en el apartado “estrategias de tratamiento”. Determinamos el número de veces que se incurrió en IT durante el periodo de estudio. Consideramos que se incurría en IT moderada-alta cuando se excedían en ≥ 20 mmHg los límites establecidos para PA sistólica y/o diastólica (6).

Establecimos como variable dependiente el alcance de objetivos tensionales conforme a la Guía Europea de HTA de 2007, categorizándola de manera binaria como: 0 = NO, cuando la PA promedio estuvo por encima de los límites establecidos por la Guía, en función del RCV del/de la paciente, ó 1 = SI, en aquellos casos en los que la PA promedio fuera igual o se mantuviera por debajo de los límites establecidos por la referida Guía, en función de su RCV.

Análisis estadístico

Se realizó un estudio descriptivo de la muestra, comparando las medias y porcentajes entre casos y controles mediante ANOVA y X^2 trabajando con una significación del 95%. Para buscar el mejor ajuste de un modelo explicativo de variables independientes que predijeran la probabilidad de ocurrencia de aparición de PA en OBJETIVO = SI se empleó el método de regresión logística binaria con inclusión de variables por pasos hacia delante, utilizando el estadístico de Wald para la comprobación de la significación estadística de cada uno de los coeficientes de regresión del modelo. Los cálculos se realizaron con la aplicación SPSS 15.0 para Windows.

RESULTADOS

Seguimos 744 pacientes, con una media de edad de $72,38 \pm 10,53$ años. El 54,8% fueron mujeres.

Los FRCV más prevalentes fueron HTA (83,3%), DM (40,7%) dislipemia (33,9%) y C ISQUEM (10,3%). ACXFA, ACV e IRC se encontraron en valores inferiores al 10%. El número medio de FRCV acumulados fue de $1,86 \pm 0,98$. La mitad de los/las pacientes se consideraron de alto riesgo (ALTORIESGO=SI, 49,9%).

Entre los grupos terapéuticos utilizados para control de la HTA durante el período de estudio, destacaron el uso de diuréticos (51,7%), ARAII (42,7%), IECAs (30,6%) y calcioantagonistas (27,8%). Los fármacos menos empleados fueron los a-bloqueantes (9,1%), seguidos de los β -bloqueantes (18,4%). En el periodo de estudio, para controlar la HTA en nuestros/as pacientes se empleó una media de $1,91 \pm 1,32$ fármacos; hasta en un 14,9% de pacientes no se emplearon fármacos antihipertensivos y en uno de cada cuatro tan sólo se empleó un único fármaco. Alrededor de la mitad de pacientes emplearon 2 ó 3 fármacos para controlar su PA (47,5%).

Se contrastó la diferencia de medias al inicio ($132 \pm 17 / 72 \pm 11$ mmHg) y al final ($131 \pm 16 / 72 \pm 10$ mmHg) del periodo estudiado encontrando diferencias estadísticamente significativas mediante ANOVA ($p < 0,0000$), con un promedio anual de PA de $130 \pm 11 / 71 \pm 7$ mmHg. El 67,3% de las PA promedios anuales se encontraron dentro de objetivos.

A lo largo de un año de estudio, se objetivaron $10,97 \pm 7,3$ tomas de PA por paciente. El promedio de veces en que se incurrió en inercia terapéutica por paciente a lo largo del año fue de $2,87 \pm 3,9$ (el 25,3% de las determinaciones) mientras que, para el mismo periodo de tiempo, se incurrió en $1,21 \pm 2,3$ de inercia terapéutica moderada-alta por paciente (el $10,2\% \pm 16,9$ de las determinaciones de PA)

En la **tabla 1** mostramos las diferencias de medias y porcentajes entre los grupos de casos y controles.

Los resultados de la regresión logística se muestran en la **tabla 2**. Se obtuvo un modelo que incorpora 4 variables independientes, con significación estadística según el método de Wald, que podría servirnos para predecir la probabilidad de alcanzar PA promedios dentro de objetivos terapéuticos de un individuo, en función de que éste tenga alto RCV (ALTORIESGO, 0=SI, 1=NO), el número de fármacos empleados para controlar su PA en el último año (NUMFARM), el número de determinaciones tensionales anuales registradas por enfermería (NUMTOMA) o que esté sometido a inercia terapéutica (NUMINERCIA) por su médico.

Se determinaron además las Odds Ratios para cada una de las variables incluidas en el modelo, recogidas en la columna Exp (β), que nos permitió cuantificar el riesgo de ocurrencia del fenómeno estudiado (PA en OBJETIVO), entendiendo que aquellas Odds Ratios menores de 1 se comportaron como factores "protectores" de la ocurrencia del fenómeno estudiado.

DISCUSIÓN

Nuestra muestra fue ciertamente algo más anciana que la de otros estudios (72 ± 10 años). La media de edad del estudio multicéntrico realizado en Málaga por Aguiar (7) fue de 64 años, similar a la de otros también realizados en Atención Primaria, como el estudio Controlpres 2003 (8), el multicéntrico de Alonso y colaboradores (9), o el mismo PRESCAP 2006 (10). Además, podrían encontrarse diferencias derivadas del entorno de los estudios, pues en general éstos se desarrollan en ambientes urbanos en su mayoría.

El multicéntrico de Málaga capital, de Aguiar, presentó prevalencias de RCV moderado-alto próximos al 53%, muy similares al nuestro, a pesar que nuestra muestra presentó mayor prevalencia de cardiopatía isquémica y casi dobló la de DM, y en general otros factores de riesgo; pensamos que este hecho podría estar en relación con la mayor edad de nuestra muestra de estudio. A pesar de las diferencias etarias con el estudio CUMAMPA (11), 56 años los varones y 61 las mujeres, el número medio de enfermedades padecidas fue de 2,27, recogiendo nosotros $1,86 \pm 0,98$ procesos por individuos, si bien desconocemos si en el CUMAMPA esta variable incluye solamente a los FRCV, como en nuestro caso. Además, nuestra muestra, incluyó a no hipertensos/as que tenían determinaciones de PA por enfermería (HTA = 83%).

El 32,1% de las PA estuvieron controladas en el estudio de la capital malagueña, un valor relativamente bajo en comparación con otros estudios similares, como el PRESCAP 2006 o el Controlpres 2003 que obtuvieron tasas de control que rondaron el 42%. El 67,3 de nuestras PA promedio anuales se encontraron dentro de objetivos, y por tanto las consideramos como bien controladas.

La IT en nuestro país oscila en un rango de entre el 30% y el 88% dependiendo de que se mida mediante estudios transversales o longitudinales. Los primeros son los más habituales, y son escasos los trabajos longitudinales publicados: en el PRESCAP 2006, incurrieron en IT el 30% de los profesionales. Años antes, el Controlpres 2003 recogió tasas de IT francamente elevadas (en el 84,6% de los hipertensos no controlados/as no se adoptó ningún tipo de medida encaminada a optimizar tal control). Nosotros hemos encontrado un promedio de 25% de IT en el total de determinaciones institucionales anuales por paciente, que rondó las 11 determinaciones. Cuando valoramos simplemente la presencia de alguna IT durante el periodo de estudio, el grupo de pacientes no controlados mostró una ocurrencia del 98,8% respecto al 53,7% del grupo con PA controladas ($p = 0.0000$) (**figura 1**). En Atención Primaria, el retrospectivo Kontrol obtuvo valores de IT en el 70,8% de las visitas realizadas y el prospectivo a 6 meses IHANCU la IT fue del 82,5%, manteniéndose bien controlados/las al finalizar el periodo de estudio el 57,3% de los participantes (12).

El estudio retrospectivo que Okonofua y sus colaboradores realizaron durante el año 2003 en el Sur de Carolina, EEUU (13), determinó que el porcentaje de control de la PA era menor cuanto mayor IT generaran los/las profesionales, llegando a explicar la IT el 19% de la variabilidad del control de PA. Cuando introducimos únicamente la variable número de IT en nuestro modelo, éste fue capaz de explicar hasta el 54,5% de la variabilidad del control de PA (coeficiente de determinación (R^2) de Nagelkerke = 0,545).

Revisando críticamente el modelo logístico de Okonofua observamos que el riesgo de incidencia en IT se relacionó con el grado de HTA y con el mayor número de medicamentos prescritos para controlar la HTA (ambos con IC para la Odds Ratio significativos y sin incluir el valor unitario en su rango de confianza). También se determinó que, cuanto mayor comorbilidad CV -mayor riesgo cardiovascular- mayor riesgo de desencadenar IT, si bien estas variables presentaron IC para el riesgo poco valorables.

Alonso Moreno, del mismo modo, llegó a suponer que el mayor riesgo (CV) de los/las pacientes, habría podido influir en la conducta los pro-

fesionales, en el sentido de ser más estrictos al modificar tratamientos cuando se encontraron ante tensiones no controladas. Nuestro modelo de regresión logística encontró relaciones significativas entre la ausencia de alto riesgo CV (no ser DM, C ISQUEM ni ACV) y la probabilidad de alcanzar objetivos terapéuticos, encontrando en este sentido una Odds Ratio de 2,52 (IC 95% 1,49-4,48) (figura 2).

Por ende, en el descriptivo de Málaga, de Aguiar de 2005, se relacionó significativamente el control de la presión arterial con el número de antihipertensivos que tomaba el paciente, además de con el riesgo cardiovascular y la calidad de vida, alcanzándose peores controles a mayor RCV y mejores controles a mayor número de fármacos prescritos. La media de fármacos antihipertensivos entre los pacientes controlados fue de 1,7 frente a 1,5 entre los no controlados. Nosotros también hemos encontrado relación significativa entre el número de fármacos empleados para controlar la PA y el alcance de objetivos terapéuticos, pero la relación fue inversa (figura 3). En nuestro caso esta relación se invirtió objetivando una prescripción media de 2,3 fármacos antihipertensivos en el grupo de pacientes que no alcanzaron objetivos terapéuticos frente a 1,7 entre los controlados. Hemos explicado estos resultados entendiendo que un mayor número de fármacos para su control se asociaría a HTA más severas, y por ende con mayor probabilidad de ser más difíciles de controlar. De hecho, las PA medias iniciales del grupo que no alcanzó objetivos terapéuticos en nuestro estudio partía de niveles de 144/76 mmHg frente a los 120/71 mmHg del grupo que si alcanzó objetivos terapéuticos. Estos resultados coinciden con los publicados por Alonso Moreno y colaboradores, que encontraron que a mayor número de fármacos se observó un menor porcentaje de control de la PA ($p < 0,001$). Paradójicamente hemos detectado que a aquellos/las pacientes con HTA no controladas con mayor número de FRCV acumulados se les tomó menos la PA, encontrado una inexcusable brecha en nuestra vía clínica que sin duda alguna debemos subsanar (figura 4).

Respecto a la farmacoterapia, en los estudios señalados un porcentaje importante de hipertensos no controlados recibieron regímenes monoterápicos (44-58%), las combinaciones de 2 fárma-

cos se registraron en el 32,7-41,2% de los hipertensos/as no controlados/as.

Bondad de ajuste del modelo

Con el modelo finalmente obtenido (modelo con constante y otras 4 variables NUMIT, NUMTOMA, ALTORIESGO y NUMFARM), mejoramos el ajuste inicial en un 65%. Con todo podemos decir que se ajustó bien a los datos, idea que confirmó el estadístico de Hosmer-Lemeshow, que indicó así mismo que nuestro modelo se ajustaba generosamente a los datos, ya que el valor para la X^2 fue de 2,54, con una significación $p = 0,960$. En la misma idea converge el coeficiente de determinación (R^2) de Nagelkerke obtenido para nuestro modelo de regresión múltiple, que fue de 0,777, y vendría a decir que las variables incluidas en nuestro modelo llegarían a explicar hasta un 77,7% de la variación de la variable dependiente. Además, elaborando la correspondiente tabla de clasificación pudimos comprobar que nuestro modelo clasifica bien a los individuos que tienen PA en objetivos cuando el punto de corte de la probabilidad de ocurrencia de este fenómeno se estableció en 0,5, obteniendo una alta especificidad (83,1%) y una alta sensibilidad (91,0%). Recordemos que un modelo puede considerarse aceptable si tanto la especificidad como la sensibilidad tienen un nivel alto, de al menos el 75%.

Aplicabilidad

La Guía Europea de HTA de 2007 no establece el número de visitas de seguimiento cuando el RCV es alto. Hemos visto que tanto el perfil de alto RCV, en el que debería incluirse a aquellos pacientes que requieren varios fármacos antihipertensivos para controlar la HTA, como el mejor control y seguimiento podría mejorar el grado de alcance de objetivos terapéuticos. Por lo tanto, proponemos consensuar y protocolizar que en aquellos pacientes catalogados/as como de alto riesgo no se espere a realizar controles tensionales programados cada 6 meses como propone la Guía Europea de HTA de 2007 y que éstos se hagan con mayor frecuencia, ¿tal vez bimensualmente, trimestralmente al menos? El Grupo de Hipertensión de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria, en su manual de práctica clínica, al desarrollar los planes individualizados de automonitorización de

la presión arterial (AMPA) propone controles trimestrales (14).

Creemos que es muy importante conseguir la complicidad y la participación del paciente en su propio control. Las estrategias encaminadas a conseguir la implicación de los pacientes con alto RCV -insistimos que en este perfil deberían incluirse los que precisan varios fármacos para el control tensional- en su autocontrol se consiguen una vez más de enorme interés, máxime si se les adiestra en la consecución de objetivos terapéuticos concretos, que como vemos pueden llegar a ser reales siempre que éstos no se valoran de manera puntual sino de manera promedial a lo largo de períodos preestablecidos, y advirtiéndoles que cuando constaten auto-determinaciones consecutivas fuera de objetivos, acudan a los servicios asistenciales para corregir las desviaciones.

Pensamos que merece la pena establecer y/o revisar los canales protocolizados de comunicación médico-enfermería para lograr una mejora de la consecución de objetivos terapéuticos, fundamentalmente haciendo hincapié en aquellos pacientes catalogados como de alto RCV y politratados. El adiestramiento e implicación de los profesionales de enfermería en aspectos relativos a cifras diana se considera primordial, pues son los profesionales que con mayor frecuencia pueden captar pacientes fuera de objetivos. En la misma línea situamos las intervenciones sobre la disminución de la inercia terapéutica si pretendemos mejorar el control de nuestros pacientes. Esta línea estaría, a nuestro parecer, en consonancia con lo que proponen García-Ortiz (15), Vallès-Fernández (16) o Rodríguez Ledo (17), en el sentido que las estrategias de mejora de la calidad de los procesos asistenciales han demostrado mejoras en los objetivos de los pacientes hipertensos respecto a controles.

Limitaciones

A pesar de velar por que los sesgos sean los mínimos, la construcción de modelos de relación mediante métodos multivariados inevitablemente está sometida a interpretación por los investigadores, siendo éstos los que en suma determinan el sentido del modelo elaborado: ello puede constituir una de las mayores barreras a la hora de generalizar los resultados.

No hemos valorado la influencia de los factores intrínsecos al paciente en el momento de establecer el grado de consecución de objetivos terapéuticos, centrándonos fundamentalmente sobre la vertiente extrínseca, la que depende directamente de nuestra actuación. Ello limita, sin dudas, el estudio. Puras y colaboradores, en 2001, ya aportaron datos sobre la asociación entre IT y cumplimiento terapéutico a la hora de valorar el grado de control de la HTA (18), observando que los pacientes cumplidores presentaban mal control de la HTA en el 27,3% de los casos, mientras que los incumplidores mostraban buen control el 22,5%. En el mismo sentido se pronuncia Márquez en su extraordinaria publicación del estudio CUMAMP, encontrando diferencias significativas en el control de la HTA tras 6 meses de seguimiento, entre pacientes cumplidores o no cumplidores en los que se ha incurrido IT o no: la IT explicó un 35% la falta de control, y el incumplimiento un 35%; el 75,5% de los pacientes sin IT se controlaron, por el contrario sólo el 41% de los aquejados de IT controlaron sus cifras de presión arterial. Nos preguntamos si la inclusión del cumplimiento terapéutico en el modelo propuesto conseguiría mejorar la variabilidad no explicada del control de tensiones de nuestro modelo predictivo.

No hemos valorado la AMPA como método de determinación tensional. La adscripción del paciente a programas individualizados del uso de AMPA supervisados por profesionales sanitarios permiten aumentar el número de oportunidades para comentar y tomar decisiones conjuntamente con el paciente, mejorando la IT (19) a la par de ejercer cierto efecto alarma sobre el propio paciente al evidenciar las desviaciones de los objetivos terapéuticos, como señala el Grupo de HTA de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria en su manual de práctica clínica. Tampoco hemos tenido en consideración la estandarización de las determinaciones de PA, ni hemos valorado los aspectos de formación y tipo de práctica profesional.

Alonso reconoce que una de las limitaciones de su trabajo es el hecho de que la medida de la PA en una visita puntual al azar puede no representar la situación tensional habitual de un individuo concreto. Los estudios PRESCAP, el mismo Controlpres 2003, o el más próximo a nuestro entorno, como el multicéntrico de Aguiar de

2005 son estudios transversales que usan medidas puntuales de la PA para determinar sus conclusiones. Hemos optado por valorar la PA promedio en el periodo de estudio de un año; hay escasos estudios en nuestro medio que valoren el control de la HTA o la actuación profesional de forma longitudinal, lo que Suárez determina la IT en los pacientes, en oposición a la IT por visita. Los anteriores pueden constituirse como limitaciones y aspectos criticables de nuestro trabajo. Somos conscientes de ello.

Podemos resumir que:

La comorbilidad cardiovascular predispone a que se incurra en Inercia Terapéutica y ésta, junto a los FRCV que suponen daño orgánico establecido, condicionan que nuestros pacientes mantengan sus PA dentro de los objetivos terapéuticos establecidos por la Guía Europea de HTA de 2007. Los pacientes con alto riesgo cardiovascular, que toman mayor número de fármacos tienen más probabilidad de no alcanzar objetivos terapéuticos.

Es imprescindible aumentar la frecuencia de la visitas en pacientes con HTA y RCV alto, que no está estipulado en la Guía Europea de HTA de 2007 para el manejo de la hipertensión arterial, sin embargo, y sin embargo sí viene recogida la frecuencia de la visitas en dicha guía cuando el RCV es no alto (una visita /6 meses).

Tomamos menos la PA a los pacientes con mayor número de FRCV que no tienen cifras de presión arterial en objetivos. Los pacientes que están más observados, bien sea por una adecuada intervención de enfermería, bien sea por un adecuado seguimiento por parte de los facultativos, pueden llegar a tener la PA en objetivos, por lo que es fundamental un intercambio continuo de información entre ambos estamentos profesionales.

Se comete más Inercia Terapéutica en los/las pacientes que no tienen PA en objetivo.

La estimulación del uso de la automedida domiciliar de la presión arterial (AMPA), la mejora del cumplimiento terapéutico por los pacientes implicándolo/la en el control de su enfermedad, la actuación de profesionales de enfermería como detectores de incumplimiento, y la con-

tribución a su optimización o la necesidad de modificar los hábitos profesionales de inercia en inercia clínica, son algunas posibles soluciones para mejorar el control actual de la PA, repetidamente sugeridas por grupos de expertos desde hace muchos años (20).

BIBLIOGRAFÍA

1. De Rivas B. ¿Controlamos de forma adecuada a los pacientes hipertensos en atención primaria? JANO 2009; 1.738: 17-20.
2. García Puig J. Control de la Hipertensión Arterial: ¿En qué fallamos? [Editorial]. Boletín de la Sociedad Española de Medicina Interna. 2007; 13: 4. URL: http://www.fesemi.org/publicaciones/boletines/boletin_13.pdf. (ultimo acceso 12 mayo 2011)
3. Ceitlin J. Inercia clínica: otra cara del fracaso terapéutico. Evid Actual Práct Ambul. 2003; 4: 98-100.
4. Mancia G. Guía de 2007 para el Manejo de la Hipertensión Arterial. Grupo de Trabajo para el Manejo de la Hipertensión Arterial de la Sociedad Europea de Hipertensión (SEH) y la Sociedad Europea de Cardiología (SEC). Journal of Hypertension. 2007; 25: 1105-1187.
5. Ortega Calvo M, Cayuela Domínguez A. Regresión logística no condicionada y tamaño de muestra: una revisión bibliográfica. Rev Esp Salud Pub. 2002; 2: 85-93.
6. Suárez C. ¿Cómo se puede medir la inercia terapéutica? IT. 2009; 1: 6-7.
7. Aguiar García C. Control tensional de pacientes hipertensos en Atención Primaria. Med fam Andal. 2008; 1: 26-36.
8. Coca Payeras A. Evolución del control de la hipertensión arterial en atención primaria en España. Resultados del estudio CONTROLPRES 2003. Hipertensión. 2005; 22: 5-14.
9. Alonso Moreno FJ. Conducta del médico de atención primaria ante el mal control de la presión arterial. Aten Primaria. 2005; 36:204-10.

10. Alonso-Moreno FJ, et al. Conducta del médico de atención primaria ante el mal control de los pacientes hipertensos. Estudio PRESCAP 2006. *Rev Clin Esp.* 2008; 208: 393-400.
11. Márquez Contreras E. La inercia clínica profesional y el cumplimiento farmacológico: ¿Cómo influyen en el control de la hipertensión arterial? Estudio CUMAMPA. *Hipertension (Madr).* 2008; 25: 187-93.
12. Márquez Contreras E. Magnitud de la inercia terapéutica en España. *IT.* 2009; 1: 4-5.
13. Okonofua EC, Simpson KN, Jesri A, Rehman SU, Durkalski VL, Egan BM. Therapeutic inertia is an impediment to achieving the Healthy People 2010 blood pressure control goals. *Hypertension* 2006; 47: 345-51.
14. Márquez Contreras E. Automedicación domiciliar de la presión arterial (AMPA). En: Molina Díaz R, García Matarín L (Coords). Manual de hipertensión arterial en la práctica clínica de atención primaria. Grupo de hipertensión. Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria. [internet] 2006. URL: http://www.riesgovascular.org/pre/Archivos/Manual_HTA_SAMFYC/10_AMPA.pdf (ultimo acceso 12 mayo 2011)
15. García-Ortiz L. Los ciclos de mejora de calidad en la atención al paciente hipertenso. (Ciclo-RISK STUDY). *Rev Esp Salud Pública.* 2008; 1: 57-68.
16. Vallès-Fernandez R. A quality improvement plan for hypertension control: the INCOTECA Project (INterventions for CONtrol of hypertension in Catalonia). *BMC Public Health.* 2009; 9: 89.
17. Rodríguez Ledo MP, Ortiz Sánchez F, Carballal González, Gallego Valdeiglesia. Inercia clínica en hipertensión. *Medicina General.* 2007; 100: 692-697.
18. Puras A, Massó J, Artigao LM, Sanchís C, Carbayo J, Divisón JA. Cumplimiento del tratamiento farmacológico y grado de control en la hipertensión: estudio epidemiológico. ¿Quién cumple menos: el paciente o el médico? *Med Clin (Barc).* 2001; 116: 101-4.
19. Márquez Contreras E. Estrategias para disminuir la inercia terapéutica. Estudio EFEDIS. *IT.* 2009; 1: 13.
20. Coca A. Estrategias para un control eficaz de la hipertensión arterial en España. Documento de Consenso. *SEMERGEN.* 2006; 32: 330-3.

Tabla 1. Diferencias de medias y porcentajes entre los grupos de casos y controles.

Variables	Casos	Controles	(ANOVA, χ^2 , 95%)
	PA en Objetivo = no	PA en Objetivo = si	
N (%)	244 (32,7%)	500 (67,3%)	
Edad	73.1 $\pm$ 10,5	72,01 $\pm$ 10,54	NS
DM	160 (65%)	143 (28,4%)	0,0000
HTA	221 (89,8%)	404 (80,3%)	0,0010
Dislipemia	90 (36,6%)	165 (32,8%)	NS
C ISQUEM	35 (14,2%)	43 (8,5%)	0,0170
ACV	16 (6,5%)	22 (4,4%)	NS
ACXFA	9 (3,7%)	55 (10,9%)	0,0010
IRC	14 (5,7%)	20 (4%)	NS
ALTORIESGO CV	186 (75,2%)	180 (35,8%)	0,0000
NumFRCV	2,21 $\pm$ 0,8	1,70 $\pm$ 0,99	0,0000
Calcioantagonista	87 (35,4%)	122 (24,3%)	0,0010
IECA	95 (36,8%)	136 (27%)	0,0010
ARA II	120 (48,8%)	201 (40%)	0,0200
β-bloqueante	45 (18,3%)	92 (18,3%)	NS
Diuretico	147 (59,8%)	243 (48,3%)	0,0030
α-bloqueante	36 (14,6%)	33 (6,6%)	0,0000
NumFarmacos	2,32 $\pm$ 1,42	1,73 $\pm$ 1,22	0,0000
PAs inicial	144,11 $\pm$ 17,16	126,80 $\pm$ 13,86	0,0000
PAd inicial	76,85 $\pm$ 11,64	70,16 $\pm$ 10,04	0,0000
PAs final	140,49 $\pm$ 15,33	126,51 $\pm$ 14,23	0,0000
PAd final	75,26 $\pm$ 10,15	71,56 $\pm$ 10,23	0,0000
PAs promedio	141,66 $\pm$ 8,47	124,78 $\pm$ 8,90	0,0000
PAd promedio	75,21 $\pm$ 7,6	69,24 $\pm$ 7,05	0,0000
Num tomas PA	11,79 $\pm$ 8,22	10,72 $\pm$ 7,04	0,0230
Num IT	6,29 $\pm$ 4,92	1,29 $\pm$ 2,28	0,0000
% IT	55,03 $\pm$ 21,92	10,62 $\pm$ 13,62	0,0000
Num IT mod-alta	2,96 $\pm$ 3,22	0,36 $\pm$ 0,84	0,0000
% IT mod-alta	25,54 $\pm$ 21,17	2,74 $\pm$ 6,27	0,0000
Inercia	243 (98,8%)	270 (53,7%)	0,0000
Inercia mod-alta	205 (83,3%)	114 (22,7%)	0,0000

IT: Inercia Terapéutica

NS: No Significativo

Tabla 2. Resultados de la regresión logística. Modelo para predecir la probabilidad de alcanzar PA promedio anual dentro de objetivos terapéuticos.

Variables en la ecuación	Coeficientes regresión (β)*	Error Estándar	χ² de Wald	gl	Sig.	Exp(β)	I.C. 95,0% para Exp(β)	
							Inferior	Superior
ALTORIESGO*	,925	,293	9,941	1	,002	2,521	1,419	4,480
NUMFARM**	-,346	,109	10,035	1	,002	,708	,571	,876
NUMTOMA***	,468	,050	86,076	1	,000	1,598	1,447	1,764
NUMIT****	-1,525	,135	127,699	1	,000	,218	,167	,284
Constante	,924	,314	8,679	1	,003	2,518		

$$P(\text{TA en OBJETIVO} = \text{SI}) = \frac{1}{1 + \exp^{-(.924 + .925 \times \text{ALTORIESGO} = \text{NO} - .346 \times \text{NUMFARM} + .468 \times \text{NUMTOMA} - 1.525 \times \text{NUMIT})}}$$

★ El punto de corte del modelo para la estimación de la probabilidad de PA en Objetivo = SI/NO es 0,5.

Exp(β): Odds ratio.

I.C.: Intervalo de Confianza para la Odds Ratio

*Alto riesgo cardiovascular = NO (ausencia de DM y/o C ISQUEM y/o ACV).

** Número de fármacos diferentes empleados para controlar su PA durante el último año.

*** Número de determinaciones tensionales por su enfermero en el último año.

**** Número de inercia terapéutica soportado durante el último año.

EJEMPLO: Un individuo DM (ALTORIESGO CV=SI), que toma 2 fármacos para controlar su PA, al que su enfermero le ha tomado la PA 15 veces este pasado año, y en el que su médico ha incurrido en inercia terapéutica 6 veces (% IT = 40%), tendrá una probabilidad de que su PA promedio esté dentro de objetivos de:

$$P(\text{TA en OBJETIVO} = \text{SI}) = \frac{1}{1 + \exp^{-(.924 - .346 \times 2 + .468 \times 15 - 1.525 \times 6)}} = 0,13$$

(Como P < 0,50, se clasifica como PA objetivo = NO)

Figura 1. Presencia de alguna Inercia Terapéutica a lo largo de un año.

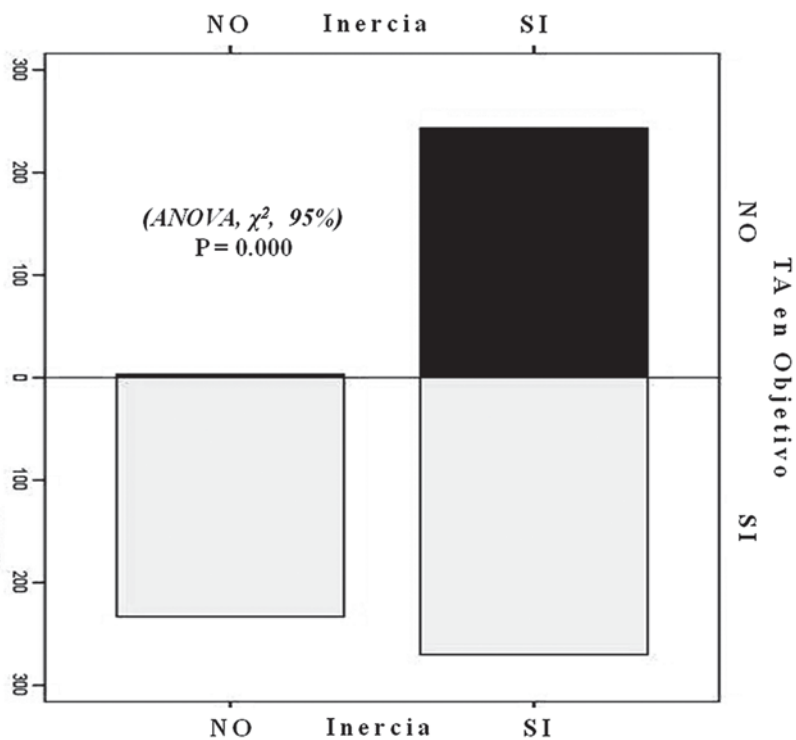
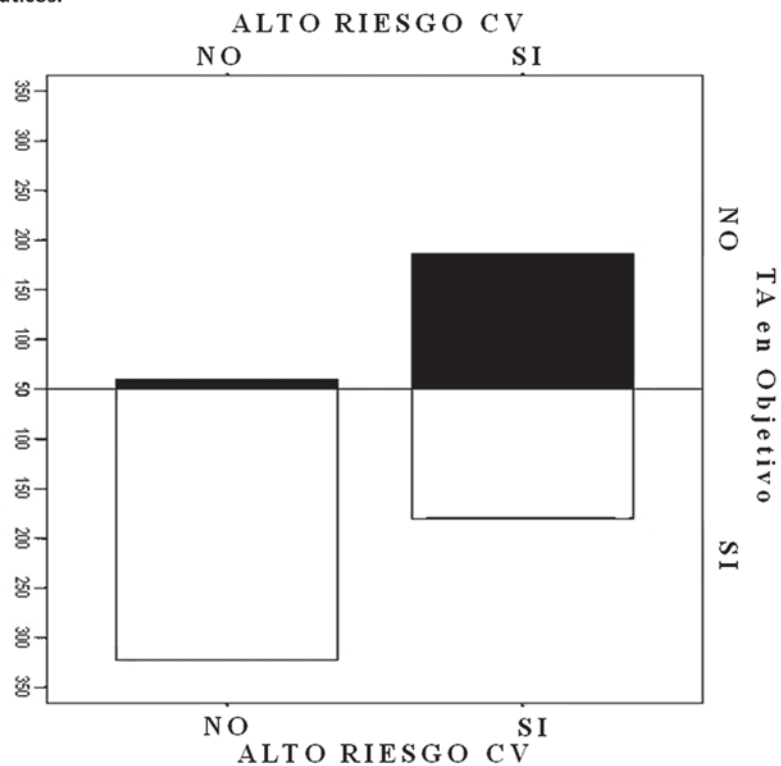


Figura 2. Relaciones entre la presencia de alto riesgo CV y la probabilidad de alcanzar objetivos terapéuticos.



Alto riesgo CV (presencia de DM y/o C ISQUEM y/o ACV).

Figura 3. Relación entre el número de fármacos antihipertensivos empleados para controlar la PA y el alcance de objetivos terapéuticos.

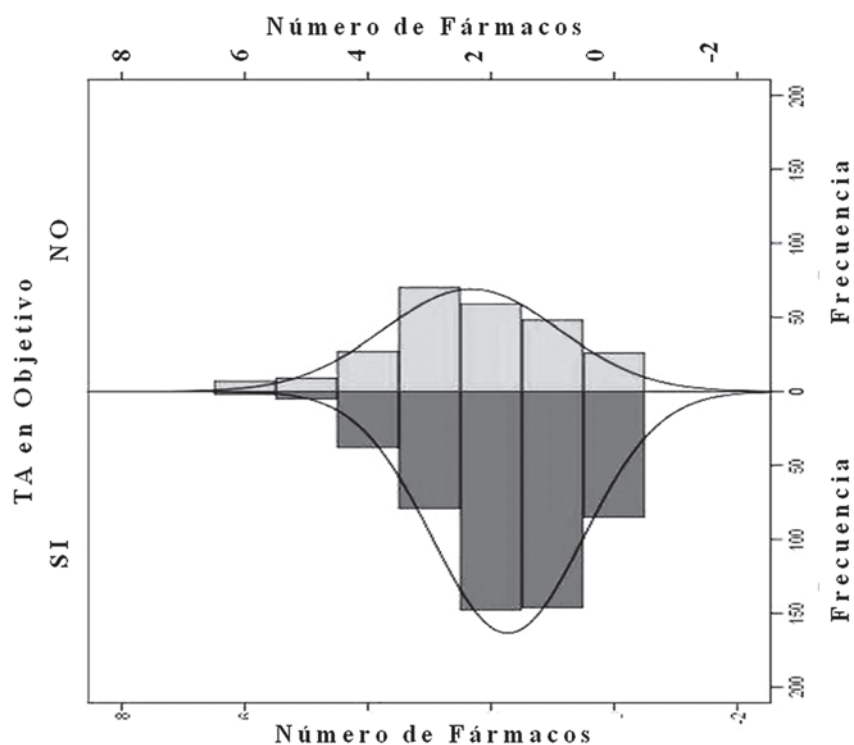
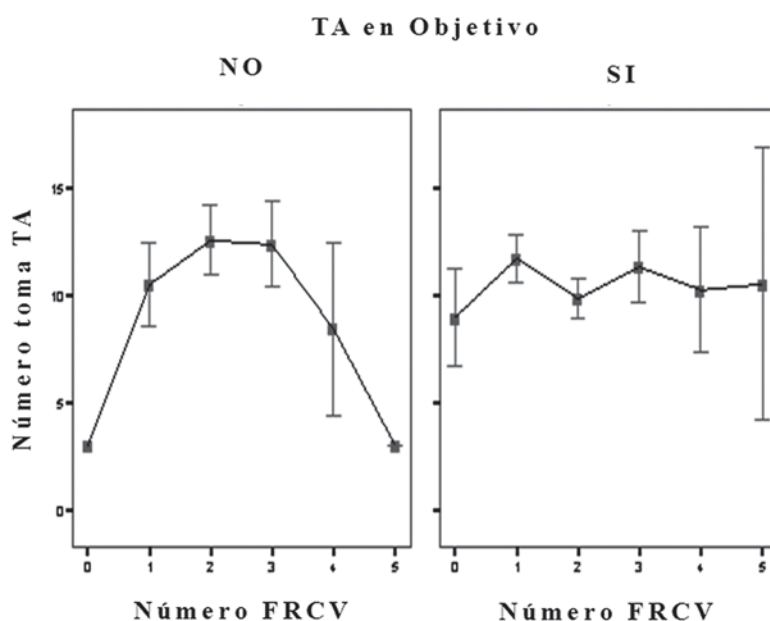


Figura 4. Relación entre el número de tomas de PA en el periodo de un año y el número de FRCV presentes, desagregados en función de que la PA promedio anual se encuentre o no dentro de objetivos terapéuticos.



Los intervalos muestran un IC de la media al 95%. Los puntos muestran medias.

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Notificación de sospechas de reacciones adversas. Alertas de seguridad a medicamentos. Tarjeta amarilla

Gertrudis Diez MA¹, Canalejo Echeverría A¹, Arrabal Pérez V², Santa Cruz Talledo JM¹, Manteca González A¹, Gálvez Alcaraz L¹

¹ Médico de Familia. UGC El Palo. Málaga

² Enfermero de Familia. UGC Victoria. Málaga

La notificación de reacciones adversas en España comenzó en el año 1982 con la instauración de un programa de notificación voluntaria en Cataluña. En 1985 se incorporaron Navarra y Cantabria comenzando un programa piloto que sería el origen de la red de Centros de Farmacovigilancia que existe actualmente.

En esta red participan todas las Comunidades Autónomas y con el Centro Coordinador ubicado en la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, forman el Sistema Español de Farmacovigilancia (SEFV).

Coordinada por el Ministerio de Sanidad y Consumo integra las actividades que las Administraciones Sanitarias realizan para recoger y elaborar la información sobre reacciones adversas a medicamentos.

El Sistema Español de Farmacovigilancia forma parte del Programa Internacional de la OMS (Programa de Notificación Espontánea de Sospechas de Reacciones Adversas a Medicamentos), que funciona en sesenta y cinco países y que tiene su Centro Coordinador Internacional en Suecia.

La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), como coordinador del SEFV de medicamentos de uso humano (SEFV-H), todos los profesionales de la salud (médicos, odontólogos, farmacéuticos, veterinarios, enfermeros, ópticos, fisioterapeutas, podólogos y otros sanitarios según Ley 44/2003) debe notificar las sospechas de reacciones adversas de medicamentos (RAM), incluidos los biológicos (vacunas, sueros, hemoderivados, biotecnológicos, etc.), radiofármacos, plantas medicinales, medicamentos publicitarios (EFP) y gases medicinales.

La Farmacovigilancia es la actividad de salud pública que tiene por objetivo la identificación, cuantificación, evaluación y prevención de los riesgos del uso de los medicamentos una vez comercializados.

Orientada a la toma de decisiones que permitan mantener en el mercado medicamentos con una relación beneficio-riesgo adecuada, o bien suspender su uso cuando esto no sea posible.

Es una actividad de responsabilidad compartida entre todos los agentes que utilizan el medicamento: el titular de la autorización de comercialización, las autoridades sanitarias, el médico, el farmacéutico, el enfermero y el paciente, así como el evaluador de las notificaciones de sospecha de reacciones adversas. Todos deben compartir la máxima información sobre los medicamentos para alcanzar una utilización óptima y poder identificar lo más rápidamente posible reacciones adversas graves o no conocidas en el momento de su autorización, para así poder prevenirlas o reducir su frecuencia y gravedad.

Correspondencia: María Ángeles Gertrudis Diez
UGC El Palo
Avda. Salvador Allende, s/n
29018 Málaga
E-mail: mariaa.gertrudis.sspa@juntadeandalucia.es
mariaangelesgertrudisdiez@hotmail.com

Recibido el 08-04-2011; aceptado para publicación el 08-08-2011
Med fam Andal 2012; 2: 163-167

La legislación vigente (Ley 29/2006 de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, Ley General de Sanidad de 1986, Real Decreto 1344/2007 sobre farmacovigilancia humana) obliga a colaborar a todos los profesionales sanitarios: la notificación de sospechas de RAM, que observen durante su actividad clínica diaria.

Los medicamentos que llegan a comercializarse pasan por estudios exhaustivos de eficacia y seguridad (estudios preclínicos y ensayos clínicos). No obstante existen reacciones adversas a fármacos que, ya sea por su baja incidencia o por que ocurren en grupos especiales de población (niños, ancianos, embarazadas, etc.), no han sido detectadas durante el periodo de estudio de precomercialización de un fármaco.

Conocer la verdadera incidencia de las reacciones adversas a los medicamentos es prácticamente imposible, porque no podemos conocer la población expuesta a un determinado fármaco (excepto en el método de farmacovigilancia intensiva, delimitando la población).

"La morbilidad relacionada con los fármacos es una manifestación biosocial de los problemas sin resolver con respecto a las drogas, sin embargo podrían ser resueltos si son reconocidos y representa una complicación dentro de la terapéutica."

- Los profesionales de la salud deben incluir en su rutina diaria de trabajo la declaración de reacciones adversas.
- Los pacientes. Es muy importante la participación activa del paciente en su relación con los medicamentos, en especial al comienzo de un nuevo tratamiento, si se trata de un fármaco nuevo, es fundamental que el paciente comunique la aparición de cualquier efecto no deseado a los profesionales sanitarios.
- En algunos países, existe un sistema de declaración directa del paciente a la administración pública responsable, aunque en España, al menos de momento, no es posible.

El profesional sanitario desempeña un papel fundamental en la identificación, cuantificación, evaluación y prevención de los riesgos asociados al uso de medicamentos. Por ello, la nueva

legislación española de Farmacovigilancia reconoce un papel más activo del profesional en esta materia.

Todo lo cual nos llevará a un "USO RACIONAL DE LOS MEDICAMENTOS".

Todas aquellas acciones planificadas y sistemáticas que se establecen a fin de asegurar que las actividades de farmacovigilancia se realizan y se documentan de acuerdo con las Normas de Buenas Prácticas en Farmacovigilancia (BPF) y los requisitos reguladores pertinentes.

Una de las herramientas más eficaces de la farmacovigilancia es la notificación espontánea de sospechas de reacciones adversas: RAM, que se definen (RD 1344/2007, artículo 2.c). (Art. 2 del Real Decreto 711/2002, BOE 20/07/2002) con la: TARJETA AMARILLA (TA)

IMPLEMENTACION EN CENTRO DE SALUD: actividades a desarrollar

1. TARJETA AMARILLA (TA).

- Es el formulario para la notificación de sospechas de recogida de sospechas de reacciones adversas, editada en color amarillo, y distribuida por los Centros Autonómicos de Farmacovigilancia a los profesionales sanitarios de su Comunidad Autónoma, para permitirles la notificación.
- Llevan impresa la dirección del Centro y su franqueo es en destino, para facilitar su envío.
- Recoge información relativa:
 1. Al paciente (identificación, edad, sexo, peso).
 2. Al fármaco sospechoso (nombre, dosis, vía, frecuencia, fecha de inicio y final, indicación terapéutica).
 3. a la reacción adversa (descripción, fecha de comienzo y final, desenlace, efecto de la reexposición si ha existido, etc.).
 4. Al profesional notificador (nombre, dirección, teléfono, profesión, nivel asistencial, etc.).

2. Instrucciones escritas y detalladas para llevar a cabo una actividad específica:

- El establecimiento y mantenimiento de un sistema satisfactorio de garantía de calidad.
- Todas las personas que participen deben conocer las Buenas Prácticas de Farmacovigilancia del Sistema Español de Farmacovigilancia de Medicamentos de Uso Humano. Documento aprobado por el Comité Técnico del SEFV el 23 de marzo del 2000, y actualizado el 17 de septiembre de 2002 y recibir formación inicial y continuada.
- Entrevistas personales o mediante cuestionarios a los sanitarios sobre el nivel de conocimientos de las notificaciones.
- Cada persona debe comprender claramente las responsabilidades que le son atribuidas y estas responsabilidades deberán figurar en instrucciones escritas.
- Información sobre la seguridad de los medicamentos que utilizan (RD 1344/2007, artículo 7).
- Disponer de la Ficha técnica de la gran mayoría de medicamentos en uso en consulta y en DIRAYA (Vademécum) y de Guía de Prescripción Terapéutica (Información de medicamentos autorizados en España).
- Cuando se registra en DIRAYA una RAM debería aparecer en alergias y contraindicaciones (actualmente el sistema no realiza este registro, solo queda registrado en modulo de prescripción) mejora de la infraestructura de registro.
- Facilitar la recepción de las notas informativas, la AEMPS ofrece la suscripción a las listas de distribución, aportando un correo electrónico al que enviará las notas.
- Desarrollo de métodos para valorar la incidencia y la significación de las reacciones adversas con el fin de obtener señales de aviso precoces.
- Cualquier notificación expeditiva de una sospecha de reacción adversa debe cumplir los requisitos establecidos en la legislación vigente en lo que concierne a plazos de notificación, formularios e información.

- Debe existir un registro del Centro en el que figurará el número correlativo de la notificación, fechas de notificación y entrada, datos del origen de la notificación y descripción somera de la reacción adversa y de los medicamentos.

- Esta documentación: copias de informes médicos, copias de pruebas complementarias, correspondencia relacionada con la notificación, informes de evaluación, informes de codificación, informes de expertos debe mantenerse archivada junto a la notificación original en el mismo expediente durante todo el tiempo que éste se conserve. En formato papel y electrónico.

- La confidencialidad de los datos relativos al paciente y al notificador debe preservarse mediante la utilización de códigos electrónicamente deben protegerse mediante copias de seguridad, de manera que pueda accederse fácilmente a los datos durante el período que se conserven.

- Valorar la implementación de la actividad como objetivo del contrato programa.

3. Responsable de las notificaciones en el centro.

4. Recogida y transmisión de la información :

- Recepción de notificaciones.
- Validación de la información.
- Documentación de la reacción adversa.
- Obtención de información complementaria.
- Transmisión de notificaciones.

5. Actividades de carácter administrativo:

- Carga de datos en las bases de datos.
- Archivo de la documentación.
- Protección de los registros informáticos.
- Modificación de datos.

6. Evaluación de notificaciones y elaboración de informes:

- Aceptación y rechazo de notificaciones.
- Evaluación y codificación de notificaciones.
- Elaboración de informes.
- Prevención de duplicidades.

- Detección y manejo de señales de alerta. Disminución de la variabilidad de prácticas de riesgo en la prescripción de medicamentos y Seguridad del paciente.

Facilitar a los profesionales sanitarios y a la población en general información relativa a la seguridad de los medicamentos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ley General de Sanidad 14/1986 de 25 de abril. Boletín Oficial del Estado 1986; 102: 15220.
2. Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. Boletín Oficial del Estado 2006; 178: 28162-28165.
3. AMPS. Instrucciones sobre la inclusión de pictograma: "triángulo amarillo" en el material promocional de los medicamentos. URL: <https://sinaem.agedmed.es/trianguloamarillo/>
4. Real Decreto 414/1996 de 1 de marzo de regulación de los productos sanitarios. Boletín Oficial del Estado; 99: 14670-14702.
5. Reglamento (CE) No 726/2004 del Parlamento Europeo y del Consejo de 31 de marzo de 2004, 12 del 30 de abril, por el que se establecen procedimientos comunitarios para la autorización y el control de los medicamentos de uso humano y veterinario y por el que se crea la Agencia Europea de Medicamentos. Boletín oficial de la Unión Europea. URL: <http://www.ub.edu/legmh/disposici/reg726.htm>
6. Directiva 2001/83/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 6 de noviembre, 12 del 28, por la que se establece un código comunitario sobre medicamentos para uso humano. Boletín Oficial de la Unión Europea. URL: <http://www.ub.edu/legmh/disposici/direc83.htm>
7. Directiva 2004/27/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 31 de marzo de 2004, 12 del 30 de abril, que modifica la Directiva 2001/83/CE por la que se establece un código comunitario sobre medicamentos de uso humano. Boletín Oficial de la Unión Europea. URL: http://www.cedimcat.info/html/ca/dir1540/directiva%202004_27_ce.pdf
8. Agencia Española del Medicamento y productos sanitarios. Subdirección general de Medicamentos de uso humano. Ministerio de Sanidad, Igualdad y Política Social. URL: <http://www.msps.es/organizacion/ministerio/home.htm>
9. EMEA: Agencia europea del medicamento OMS: Comité asesor mundial sobre seguridad de medicamentos. URL: www.emea.europa.eu
10. Buenas Prácticas de Farmacovigilancia del Sistema Español de Farmacovigilancia de Medicamentos de Uso Humano. Documento aprobado por el Comité Técnico del SEFV. www.aemps.es/.../farmacovigilancia/docs/BPFV-SEFV-oct08
11. Buenas Prácticas de Farmacovigilancia para la Industria Farmacéutica. Medicamentos de Uso Humano. Documento aprobado por el Comité Técnico de Inspección el 19 de junio de 2002. www.icf.uab.es/icbdigital/docs/Buena_practica www.icf.uab.es/icbdigital/docs/Buena_a.pdf
12. Directorio de Centros Autonómicos del Sistema Español de Medicamentos de Uso Humano (SEFV-H) (3 marzo 2009) Subdirección General de Medicamentos de Uso. División de Farmacoepidemiología y Farmacovigilancia. www.aemps.es/actividad/alertas/docs/dir-serfv
13. Alertas. Agencia española de Medicamentos y productos Sanitarios. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. URL: <http://www.aemps.es/actividad/alertas/home.htm>
14. Medicamentos. Agencia española de Medicamentos y productos Sanitarios. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. URL: <http://www.aemps.es/actividad/sgInspeccion/home.htm>
15. Directrices para la aplicación del Sistema de vigilancia por los Centros y Profesionales Sanitarios. Ref.: AEMPS/CTI-PS/Octubre 2010. Este documento se ha elaborado de forma conjunta con las Comunidades Autónomas en el seno del Comité Técnico de Inspección de la AEMPS. www.hma.eufvigilancia@agedmed.es

16. García del Pozo J, Lázaro E, Abajo FJ. Observatorio del uso de medicamentos: finalidad de los informes técnicos y método utilizado. Agencia española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) y Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios (DGFPs). 2007. URL: <http://www.msc.es>.
17. Consumo de Drogas en Noruega 2006-2010. Departamento de Farmacoepidemiología de la División de Epidemiología, Instituto Nacional de Salud Pública <http://www.legemiddelforbruk.no/english/>
18. Proyecto financiado por la comisión Europea (DG Salud y Protección del Consumidor). Estadísticas sobre medicamentos en Europa. Elaboración de indicadores de seguimiento de precios, gasto y utilización de los medicamentos bajo un punto de vista sanitario. Construcción de una base de datos Europea de medicamentos con licencia. [Http://www.euromedstat.cnr.it/](http://www.euromedstat.cnr.it/)
19. El Sistema Español de Farmacovigilancia de Medicamentos de Uso humano: datos del programa de notificación espontánea 2005 y 2006. Agencia española de Medicamentos y Productos Sanitarios. URL: http://www.aemps.es/actividad/documentos/infoInteres/docs/SEFV_2005-2006.pdf
20. Sistema Español de Farmacovigilancia (SEFV). Información para los pacientes sobre seguridad de medicamentos. URL: <http://www.aemps.es/ciudadanos/farmacovigilancia/alertas-pacientes.htm>
21. Instrucciones para la Industria Farmacéutica. 24 noviembre 2005 (versión 2; 09-02-2006) Transmisión electrónica de sospechas de reacciones adversas de medicamentos de uso humano con la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). URL: http://www.aemps.es/actividad/documentos/infoInteres/docs/transmi_electronicaRA-feb06.pdf
22. Guía de Prescripción Terapéutica. Información de medicamentos autorizados en España. URL: <http://www.imedicinas.com/GPTage/Home.php>

A DEBATE

Vengo por la baja, doctor Barella. Problemas en el manejo de las bajas laborales y habilidades para intentar solucionarlos

Barella Balboa JL¹, Luciani Huacac LA², Martínez Mejía A³

¹ Médico General. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Tutor de Especialistas en formación de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Úbeda

² Médico Residente de 4º año de formación en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Úbeda

³ Médico Residente de 1er año de formación en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Úbeda

Todos los días el médico de familia se topa con esta cuestión de las bajas laborales y el manejo de la Incapacidad Transitoria (IT) y tiene que afrontarlas de la mejor manera posible, sin que se haya formado expresamente en esta cuestión ni durante la carrera ni en el postgrado, de modo que tiene que improvisar y actuar basándose en su buen criterio y experiencia o en lo que ha podido aprender de los compañeros al comentar los casos difíciles. Se presentan algunos casos especialmente problemáticos pero no por ello menos frecuentes que se dan habitualmente en la consulta de atención primaria. Son casos reales y complicados que han tenido que afrontarse no sin merma de la integridad emocional del médico y a veces de la relación médico-paciente. Explicamos cómo deben manejarse para que la relación médico-paciente pueda preservarse dentro de lo posible y el médico no sufra la experiencia desmotivadora y frustrante que la gestión de estos procesos a veces desencadena.

INTRODUCCIÓN

La gestión de la IT es un acto médico que implica, además de una compleja valoración clínica, la consideración de los aspectos sociales, laborales, familiares, personales y por supuesto económicos y exige al médico no sólo un seguimiento clínico continuo, sino también dar respuestas a los conflictos éticos que con frecuencia se plantean en el manejo de las bajas laborales¹. Se trata, por tanto, de un acto complejo que excede al simplemente administrativo, aunque en ocasiones es considerado por los médicos como un acto puramente burocrático que nada tiene que ver con la labor sanadora que la sociedad les encomienda. Sin embargo, todas las sociedades científicas, y la legislación al respecto, consideran que la atención al trabajador enfermo es una prestación más de la cartera de servicios de los equipos de atención primaria, de modo que por criterios clínicos y sociales es el médico de familia el profesional mejor cualificado para evaluar la situación de IT de un trabajador². Es pues, competencia del médico de familia decidir el inicio, el seguimiento y la finalización de esta prestación. Otra cosa es la excesiva burocratización de las bajas laborales, que sobrecarga el sistema y es causa de no pocos conflictos³.

Correspondencia: José Luis Barella Balboa
CS Úbeda
C/. Explanada, s/n.
23400 Úbeda (Jaén)
E-mail: barellab@terra.es

Recibido el 06-04-2011; aceptado para publicación el 17-05-2011
Med fam Andal 2011; 2: 168-179

Para empezar, la falta de tiempo con la que se trabaja en atención primaria, con cuatro minutos de consulta por paciente en nuestro medio, que no permite una mínima reflexión y adecuada valoración del caso, así como la incertidum-

bre en la que no movemos (muchos pacientes vienen con síntomas mal definidos o inespecíficos, o subjetivos, difíciles de objetivar en la exploración física o en las pruebas complementarias) hace que muchos médicos sientan la gestión de las IT como una experiencia desagradable, vivenciando un escaso dominio de la situación que no pueden o no saben controlar. Además, tradicionalmente, el paciente siempre ha pensado que es él el que se toma la baja, de ahí el título de estas reflexiones “Vengo por la baja...” cuando en realidad la baja no se toma ni se pide, la baja se da o es indicada por el médico; es el médico el único que puede decidir sobre su pertinencia. Y mal comenzamos si el paciente acude sólo para que se le de la baja laboral, despreciando la labor terapeuta del profesional, minusvalorando su capacitación para el manejo de su patología y no requiriendo sus servicios para solucionarla.

CASOS

CASO 1

- 44 años. Trabaja en un almacén de refrigeradores.
- Presenta una bronquitis aguda con importante afectación del estado general.
- El médico indica la baja pero el paciente la rechaza por problemas laborales (“si me cojo la baja me echan”).

Nuestra responsabilidad como médicos no es dar pocas bajas, sino dar las bajas necesarias con el tiempo necesario. Incurrimos en igual responsabilidad cuando no damos una baja que era objetivamente necesaria. Por otro lado podemos preguntarnos ¿hasta qué punto tienen cabida los deseos del paciente en la gestión de las bajas laborales?, ¿dónde está el límite entre la satisfacción de los deseos del paciente y la pasividad ante situaciones de alta responsabilidad? En la situación comentada el médico no puede imponer una baja que el paciente rechaza, so pena de incurrir en un paternalismo intolerable⁴. Pero las cosas pueden ir mal, imaginemos por un momento que el paciente hace una neumonía que lo lleva al hospital y sufre una importante mer-

ma de su estado de salud o incluso puede morir. Si él o sus familiares hicieran una reclamación por negligencia médica, alegando no haber tenido conocimiento del peligro de seguir trabajando, algún juez pudiera darles la razón. El médico tiene que explicar con claridad los peligros de no aceptar la baja y por supuesto registrar exhaustivamente el rechazo del paciente en el historial, ya que es la única arma que podemos alegar en nuestra defensa.

CASO 2

- 29 años. Trabaja de limpiadora en el Ayuntamiento.
- En baja por dolor abdominal inespecífico (el mismo dolor fue catalogado anteriormente por el especialista de aparato digestivo como colon irritable), desde hace tres semanas.
- El médico considera que ya debe ser dada de alta, sobre todo desde que la ha visto bailando en una discoteca a la que eventualmente ha ido.
- El día de la revisión la paciente acude con intenso dolor abdominal rechazando cualquier posibilidad de alta. La acompaña el marido que se muestra muy enfadado por la escasa mejoría de su señora.

Esta situación es tremendamente irritante y humillante para el médico que, sabiendo la impertinencia de seguir confirmando la baja laboral, tiene que andarse con cuidado dada la presión a la que es sometido y más teniendo en cuenta la incertidumbre de que bien pudiera tratarse de algo serio que no ha sabido o no ha podido valorar (a pesar de la información extra que obtuvo al ver bailando a la paciente), y se encuentra ahogándose en el mar de la incertidumbre sin que nadie le eche un flotador. Situación muy desmotivadora y desagradable para el médico.

En este caso caben dos soluciones extremas:

- Una, tras explorarla concienzudamente, si no hay abdomen patológico, darle inmediatamente de alta refiriendo, aunque sea de paso, lo bien que bailaba el otro día... En este caso es posible que se pierda la relación terapéutica.

- Otra es hacer como que no se ha visto nada, posiblemente acceder a la exigencia del marido y derivar nuevamente al especialista de aparato digestivo, manteniendo la baja hasta la mejoría.

Es posible decidirse por la primera opción, siempre que nos cercioremos que la paciente no tiene verdaderamente nada agudo que requiera derivación al hospital. Posiblemente sea la más recomendable para la salud mental del médico y para su satisfacción profesional. ¿Habría que denunciar el fraude a la inspección? La posibilidad de perder la relación terapéutica en este caso es un mal menor, pues el médico, si no se posiciona como profesional responsable, puede llegar a ser minusvalorado en su trabajo como médico digno y consecuente.

- Pero también se puede adoptar una tercera opción *negociadora* donde se expongan qué expectativas y necesidades tiene el paciente, sus opiniones respecto a su problema y reconvertir las ideas que pudieran ser erróneas, explicando la naturaleza benigna del proceso y los medios de que se dispone para manejarlo, intentando llegar a un acuerdo que contente a ambas partes. Este tema, la negociación, del que hablaremos en la discusión, es la piedra angular de la gestión de las bajas laborales y en la mayoría de los casos nos procurará la solución a los conflictos que pudieran darse.

CASO 3

- 54 años. En baja por depresión desde hace 18 meses. Ha agotado el plazo de incapacidad temporal. La inspección le deniega la invalidez permanente y da el alta.

- El paciente no se ve capaz de reincorporarse al trabajo. Ha reclamado a la inspección.

- El médico es presionado a darle una nueva baja por otro motivo.

Dado que tras el dictamen de la inspección, el paciente no puede ser dado de baja por el mismo motivo en los 6 meses siguientes^{5,6}, el médico podría verse tentado, ante la presión del paciente, a dar una nueva baja con otro diagnóstico, lo que sería una más que errónea interpretación del *princ*

*cipio de beneficencia*⁷. En ningún caso se debe consignar un diagnóstico falso para dar la baja laboral a un paciente. El médico deberá explicar al paciente que ha de incorporarse a su trabajo, independientemente de las reclamaciones que haya interpuesto, y que no le va a dar la baja por otro motivo, si éste no existe, utilizando para ello las técnicas de negociación que luego veremos. No obstante, si existiera verdaderamente un motivo para mantenerlo en baja laboral sería la inspección la que tendría que dar la baja, dado que en estos casos en el plazo de 6 meses y en relación con la misma causa, los partes de baja sólo podrán ser expedidos por la Inspección Médica⁸; por ello el facultativo deberá ponerse en contacto con la inspección para exponer la nueva situación a fin de encontrar una solución.

CASO 4

- 56 años. Casada. Tres hijos. Trabaja desde hace dos años y medio en una empresa de limpieza.

- Desde que trabaja, cada 2-3 meses se ha dado de baja por lumbalgia, durando cada episodio varias semanas.

- Acude con un nuevo episodio de lumbalgia sin repercusión funcional solicitando una nueva baja laboral. Rx sin hallazgos significativos.

- “Yo no estoy para trabajar, a otras con menos le han dado la invalidez”.

En esta situación el médico puede adoptar tres posturas:

1. No dar la baja, lo que sería lógico, dada la nula repercusión funcional que muestra la exploración, pues ¿hasta qué punto es *justo* dar una baja no justificada?

2. Darla con reparos, pues podemos sopesar la dureza del trabajo para su edad, la posibilidad de deteriorar o incluso perder la relación terapéutica, con las dificultades posteriores para contener el perfil de paciente difícil con el que podemos etiquetar a la paciente... todo ello enunciado en el contexto de una negociación, o

3. Dar la baja sin más.

La mejor, como venimos diciendo, es la segunda opción, la negociadora. De ceder en dar la baja es mejor darla con condiciones, planteando previamente los días por los que se está dispuesto a darla, formalizando un contrato que, si no se cumple, siempre se puede esgrimir en otra ocasión como argumento: “no puedo darle la baja porque en otras ocasiones no ha cumplido o aceptado los periodos acordados”.

En el transcurso de la negociación, esto es un caso real, la paciente reconoce que “se pide la baja porque necesita esas semanas para cuidar a su madre que le toca ahora tener en casa”; ¿hasta qué punto se pueden considerar los aspectos sociales en la gestión de la IT?, ¿no sería más procedente que la paciente se pidiera unos días de asuntos propios o de permiso sin sueldo u otra solución consensuada con la empresa, para dedicarlos a cuidar a su madre, en lugar de forzar una baja injustificada?.

CASO 5

- 43 años. Trabaja como funcionario público.
- En baja por esguince de tobillo desde hace tres semanas (accidente no laboral).
- El médico se entera de que también es autónomo (regenta una tienda de ropa) y ha estado ayudando a vender en la tienda desde la semana siguiente a la baja laboral.

En este caso caben dos soluciones extremas:

– Una sería dar la baja automáticamente en el régimen de autónomo, con la misma fecha en que se dio para el régimen general. Así se respecta la unicidad de los periodos en los diferentes regímenes de la Seguridad Social en que el paciente está dado de alta. No obstante, al aplicar la normativa de esta forma, se estaría favoreciendo aún más a un paciente que, supuestamente, ha estado estafando a la Seguridad Social, ya que durante las tres semanas que ha estado de baja en el régimen general, ha continuado trabajando como autónomo, con sus consiguientes ingresos, y percibiría además un 60% de la base reguladora. Esto vulneraría el *principio de justicia*.

– La otra opción sería darle al paciente inmediatamente el alta, solución que, aunque sea la más drástica, quizás sea la más ajustada desde un punto de vista técnico, ético y de sentido común. Habría que comunicar la situación irregular al propio paciente, haciéndole ver que no sólo está cometiendo una irregularidad grave que le puede acarrear consecuencias como la suspensión del derecho al subsidio, sino que también puede marcar una mala evolución de su patología, y acordar con él el alta laboral desde ese mismo día. En caso de no poder reconducir la situación o sospechar un claro abuso por parte del paciente, se valoraría el contactar con la inspección.

CASO 6

- 55 años. AP: Hipotiroidismo (Tiroxina), Síndrome ansioso-depresivo (Paroxetina).
- Trabaja como limpiadora en unas oficinas.
- Hay historia de abuso de bajas laborales
- En IT desde hace 4 meses por cefalea. Vista en Neurología: cefalea tensional (exploración neurológica y RMN normal).
- Se plantea el alta laboral que la paciente rechaza.

Según nuestro criterio se encuentra apta para el trabajo y así se lo hacemos saber. La paciente nos dice que prefiere seguir de baja pues sigue muy nerviosa y teme que se le repita el cuadro de cefalea. Le argumentamos que en el tiempo transcurrido desde la consulta de Neurología ya se ha podido recuperar de esa ansiedad, y que no ha tenido más episodios de dolor. La interrogamos sobre las características del trabajo, y sobre el entorno en que lo realiza, y la paciente nos comenta una mala relación con su encargada, que según relata, la minusvalora, la obliga a trabajar demasiado y la presiona. Nos confiesa que con la baja cree que le puede devolver el mal trato recibido. Le comentamos que la baja laboral no debería usarse como arma frente a conflictos laborales, diciéndole que acuda a los sindicatos. Le indicamos que le vamos a dar el alta laboral pero que siempre tiene la posibilidad de acudir de nuevo si vuelve el dolor, y entonces podre-

mos valorar la necesidad o no de otra nueva baja y su duración. Imprimimos el parte de alta que la paciente recoge y se marcha sin saludar.

En este caso lo de menos es que se haya ido enfadada. Hemos actuado en consecuencia sin dejar-nos llevar por paternalismos ni manipulaciones, y hemos hecho una cosa muy importante: dejar claro que no la vamos a abandonar, explicando nuestra disposición a seguir llevando su proceso. El problema puede plantearse si de nuevo acude e intenta forzar otra baja. En este caso prima la negociación, en la que debemos plantear nuestro criterio dejando claro nuestro dintel de negociación, explicando a la paciente hasta donde estamos dispuestos a llegar, qué días de baja estamos dispuestos a dar, dado el contexto de abuso de la baja laboral; en caso de no llegar a un acuerdo nos negaremos a darle la baja, sin entrar en más consideraciones.

CASO 7

- 32 años. Trabaja (contratos eventuales) en el servicio de limpieza del Ayuntamiento.
- El paciente acude a recoger el parte de confirmación nº 40 (ansiedad). Su médico está saliente de guardia y lo citan con nosotros.
- La valoración que hacemos no sugiere que haya necesidad de continuar de baja laboral.
- Se plantea el alta laboral que el paciente rechaza.

En principio estamos perfectamente capacitados y es lícito que, si pensamos que el paciente puede trabajar, le demos el alta. Pero nos puede entrar la duda, ya que el paciente no es de nuestro cupo, de si habrá otras motivaciones que recomendarían seguir manteniendo la baja. *El principio de beneficencia y no maleficencia* pesa sobre el médico que en caso de duda prefiere beneficiar al paciente. Pero el *principio de justicia* debe imponerse a estos anteriores, y el médico, obligado a gestionar racional y equitativamente los recursos sanitarios, tiene la obligación de evitar todo fraude.

Tenemos tres opciones:

1) darle de alta, ya que así lo hemos considerado en nuestra valoración;

2) darle un parte de confirmación ante la duda de si habrá algún aspecto que no controlemos, pues su médico -que seguro tiene más conocimiento del caso- es otro; tengamos en cuenta que no hay razón para que no demos un voto de confianza al paciente, primando en este caso el *principio de beneficencia*, o

3) dejar la toma de decisiones a su médico, con lo que recomendaríamos al paciente acudir a su médico en el momento en que este vuelva.

Esta última decisión no suele ser aceptada de buena gana por el paciente, y tiene el inconveniente de que si su médico falta más de tres días pueden llamarle la atención en la empresa por no entregar el parte durante los tres días de margen que tiene para entregarlos. El paciente en estos casos suele buscar otro médico que le de el parte sin más.

¿Hay que dar necesariamente el parte de confirmación a un paciente que no es de nuestro cupo, aunque no estemos de acuerdo, pues se trata sólo de un acto meramente administrativo? ¿En este caso, merece la pena entablar un proceso de negociación para darle el alta?

Hay que dejar claro que la firma del parte de confirmación supone estar de acuerdo con que el paciente siga de baja, y que si no se está de acuerdo no se debe firmar (nunca firmemos nada con lo que no estemos de acuerdo).

CASO 8

- 30 años. Trabaja de auxiliar de clínica en un hospital.
- Presenta un resfriado común de carácter leve sin afectación del estado general.
- Solicita la baja laboral.
- No hay historia de abuso de bajas laborales

En este caso podemos conceder la baja siguiendo el aforismo de que un paciente que no abu-

sa de las bajas y nos la pide, siempre tendrá nuestro voto de confianza. De todas maneras debemos explicar que en estos casos de resfriado común sin afectación del estado general no se recomienda la baja laboral y si cedemos dejaremos bien claro que estamos haciendo una excepción. También se deben delimitar con claridad las reglas del juego, diciendo los días que se está dispuesto a ceder y ni uno más. (Algoritmo 1)

CASO 9

- 55 años. Acude a consulta muy postrado, con ansiedad.
- Refiere una situación muy agobiante en el trabajo (carga y descarga), con sensación de estar siendo explotado y no puede más.
- Aqueja también síntomas somáticos como opresión precordial y cifras tensionales altas.
- TA 170/100. Exploración física normal. EKG normal
- Se acuerdan unos días de baja, pero tras cinco semanas es refractario al alta (se derivó al cardiólogo y se está a la espera de los resultados).

Los deseos del paciente y la tendencia del médico a procurar el mayor beneficio chocan con la responsabilidad que tiene el médico que maneja fondos públicos de procurar una distribución justa de los recursos que la sociedad pone a su alcance. Si no existe indicación clara para mantener la baja, el *principio de justicia*, que busca el bien común, debe prevalecer y por tanto no debemos dar una baja por motivos sociales. Podríamos considerar que no parece que, en el caso planteado -una vez evaluadas las posibles consecuencias que puede desencadenar el alta- existan razones de peso que justifiquen hacer una excepción a un principio de tan alto rango moral como es el de justicia. Por consiguiente, una vez controlada la crisis de angustia, el médico si considera que debe ser dado de alta, debe explicar al paciente que piensa que el proceso por el que se le dio la baja ha mejorado y permite su reincorporación al trabajo dándole el alta.

Sin embargo, parece existir una duda diagnóstica, dado que el paciente ha sido remitido al cardiólogo y éste le ha solicitado un estudio del cual está pendiente. En este caso, ¿se deben agotar todas las posibilidades diagnóstico-terapéuticas antes de tramitar el alta, aunque haya mejoría clínica? Por norma, no se considera necesario agotar las pruebas diagnósticas o los tratamientos para dar un alta, simplemente basta con la valoración de que el paciente tiene la capacidad suficiente para desarrollar su trabajo. Si el médico tiene realmente dudas sobre si el cuadro que presenta el enfermo es una angina de esfuerzo, dar el alta podría empeorar el cuadro ya que el trabajo que desempeña el paciente (carga y descarga) exige esfuerzo físico. En este caso, lo correcto sería mantener la baja.

¿Sería justo en estos casos agilizar la realización de pruebas diagnósticas creando listas especiales con menos tiempo de espera? Desde luego que no, pues se atentaría contra la equidad y la igualdad en el uso de las prestaciones. Lo que sí se podría hacer es agilizar la comunicación con la atención especializada, recabando de ella su impresión diagnóstica que sirva de ayuda en la toma de decisiones.

En este complejo caso, el médico se encuentra prácticamente solo, pues, a pesar de estar implicados en este tema la institución a la que pertenece en el sistema Nacional de Salud, las Mutuas, las empresas, etc., tiene que decidir exclusivamente él en los escasos minutos de consulta de que dispone y intentando dar una respuesta que no perjudique ni al enfermo ni a la sociedad, manejando la incertidumbre, probablemente improvisando y procurando no equivocarse. Precisamente la falta de tiempo con la que se trabaja en la consulta obliga a tomar decisiones sin poder hacer una correcta reflexión, lo que hace más complejo aún la solución de este caso.

Como vemos, es difícil adoptar una solución exenta de inconvenientes, de modo que sólo con una profunda reflexión y valoración exhaustiva del caso podremos estar en condiciones de adoptar la decisión acertada. Todo ello contando con las opiniones del paciente y mostrando una actitud respetuosa tanto con el principio de justicia como con el *principio de beneficencia/no maleficencia*, lo que no es fácil.

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

Nos hemos referido a los PRINCIPIOS BIOÉTI-COS que inspiran este tema sin comentarlos... pues bien, son los mismos que trata la bioética general de la relación médico-paciente. Sin embargo, en el caso concreto de la gestión de las bajas laborales, los más implicados son los de *beneficencia/no maleficencia* y *justicia*, siendo este último el más importante. El médico usa el principio de *beneficencia* entroncado con el de *no maleficencia*, de modo que está obligado por ellos a favorecer, en lo posible, al paciente y no proponer ni desarrollar acciones que puedan derivar en un acto lesivo para él. En este sentido, el acto médico por el cual se determina que una persona no se encuentra en condiciones de afrontar su trabajo habitual, o que su salud puede empeorar si lo sigue realizando y, por tanto, necesita estar de «baja», es un acto presidido en gran parte por el principio de *beneficencia/no maleficencia*. El principio de *justicia*, y su forma de expresión, la distribución de recursos, es el que vela por el “bien común”, que está por encima de los derechos individuales. De entre los distintos sentidos del término *Justicia*, el que nos interesa aquí es el de *Justicia Social*, con el que se valoran los criterios de distribución de recursos escasos como son los sanitarios y las prestaciones económicas. Por esto es difícilmente sostenible hoy en día la afirmación de que los médicos deben hacer todo lo posible por *beneficiar* al paciente sin tener en cuenta consideraciones de índole social y económicas, de equidad y justicia. El principio *justicia* está por encima y debe primar sobre los de *autonomía* y *beneficencia/no maleficencia*⁹.

Dicho esto, lo que más comentarios merece es el tema de la NEGOCIACIÓN, que como dijimos es la piedra angular para la resolución de los conflictos que pueden darse. La *negociación* es una herramienta fundamental de la entrevista clínica en la relación médico paciente. Como hemos visto, en la mayoría de las ocasiones hemos de echar mano de la *negociación* para preservar, en la medida de lo posible, nuestro criterio y de paso nuestra estabilidad emocional, y atender, también en lo posible, las necesidades del paciente. Con la *negociación* facilitamos el mantenimiento de una buena relación clínica: mostrando empatía, haciendo ver los perjuicios que se derivarían de continuar trabajando o los

posibles beneficios de la incorporación al trabajo, expresando nuestra disposición a apoyar al paciente y reevaluar el proceso si realmente se produce un empeoramiento tras su incorporación a la vida laboral, etc. Con ella, además, podemos preservarnos de posibles reclamaciones ya que las decisiones se toman compartidas, hay un diálogo de ida y vuelta y una llegada a un acuerdo consensuado que satisface, en la medida de lo posible, a ambas partes. La negociación incluye, por tanto, el contraste de opiniones por ambas partes, el persuadir y ser persuadido, el pacto y la llegada a acuerdos. ¿Tienen alguna cabida, en la gestión de la IT, los deseos del paciente?; por supuesto que sí, el paciente tiene derecho a que se respete su autonomía y su criterio. Todos los pacientes tienen opiniones sobre lo que les pasa y sobre lo que habría que hacer con lo que les pasa. Se trata de saltar, de un modelo de relación paternalista, en el que el médico intenta persuadir al paciente y convencerlo, a una relación en la que el flujo de la información es bidireccional y la responsabilidad se comparte entre el médico y el paciente.

Al dar la baja (Tabla 1) hemos de registrar el grado de incapacidad que produce la enfermedad en relación con el puesto de trabajo concreto, indagando sobre sus características, de modo que conozcamos el puesto y el tipo de actividad que realiza y la repercusión que pueda tener la IT no solo en la vida laboral, sino también en la vida familiar, personal... exponiendo nuestro criterio y pactando con el paciente la duración de la baja. Debemos explorar las opiniones y expectativas del paciente sobre lo que le supone estar de baja, cómo lo vivencia, mediante frases del tipo “¿cómo se ve para trabajar?”, indagando al mismo tiempo el tipo de trabajo y la sobrecarga que el mismo puede producir en su salud, con preguntas como “¿qué tipo de actividad lleva en el trabajo?...” “¿cree que podrá trabajar tal como se encuentra?...” planteando los días para los que se da la baja, “voy a darle la baja para... días. Si antes se encontrara bien, venga por el alta...”, “si el día... no estuviera para trabajar, tiene que venir a la consulta, porque la baja ya no le cubrirá...”. A veces el paciente es reacio a coger la baja porque supone una merma en sus ingresos o ser mal considerado en la empresa como trabajador irresponsable... o por el contrario, considerar la baja y pedirla como la única fuente de ingresos o como medio para canalizar

ante la familia o la empresa un malestar psicosocial o laboral... Al dar la baja es también muy importante conocer el historial de bajas y sus características, que nos puede poner sobre aviso de un abuso o manipulación, y de una posible posterior resistencia al alta; p. ej. requerimientos repetidos de IT por motivos banales o negativas a reincorporarse al trabajo en procesos de IT previos, procesos de IT múltiples, con patologías de poca entidad que no los justifican. De todas formas, siempre hay que tratar cada caso de una manera individualizada, pues hasta los pacientes rentistas pueden tener bajas justificadas.

En la tabla 2 se exponen los *aspectos comunicacionales* y de *negociación* a tener en cuenta en la gestión de la IT. En el caso de observar resistencias, podemos abordarlas con frases como “entiendo que coger la baja le resulte complicado, pero si no la coge se arriesga a las siguientes complicaciones”... ¿entiende cuál es la situación?... de acuerdo, registraremos en su historial que no ha querido aceptar la baja” en los casos de resistencia a coger una baja justificada o bien con frases como “es posible que tenga estas molestias durante meses, sin embargo eso no le debería impedir trabajar” ó “debería mentalizarse que algo de molestias tendrá, por eso le daré el alta por mejoría”... si es refractario a que se le de alta. A veces, tras la exploración de las ideas del paciente, si esas ideas son erróneas, se hace necesario hacer lo que en comunicación se llama *reconversión* de ideas, es decir, argumentarlas o rebatirlas, exponiendo otro punto de vista al que nos adherimos (“muchas personas trabajan con similares o peores molestias”) o corrigiendo errores o contradicciones (“precisamente en su situación el reposo es contraproducente...”) y mostrando nuestros sentimientos (“aunque siga teniendo alguna molestias, en esta situación me es difícil seguir manteniéndolo de baja más tiempo”).⁴

Entrando de lleno en las técnicas de negociación propiamente dichas (Tabla 2), en la gestión de las bajas laborales es posible *imponer nuestro criterio* si en la discusión previa con el paciente no hemos llegado a un acuerdo. En este caso manifestaremos nuestro criterio con frases del tipo “lo siento pero no puedo darle la baja por esto. Si no acaba de encontrarse bien puede volver...” o “ahora es peor seguir de baja, porque

tanto desde un punto de vista psicológico como de la enfermedad lo mejor que podemos hacer es que empiece a trabajar para acabar de recuperarse...”. A veces se necesita cierta habilidad para parafrasear lo que el paciente nos ha dicho, como es su deseo de mejorar... “buenas noticias: lo veo muy recuperado, ha llegado el momento de darle el alta, que es en definitiva lo que deseaba...”. En otras ocasiones apelaremos a nuestros sentimientos o a las dificultades de seguir manteniendo una baja improcedente... “no me queda más remedio que darle el alta, porque si no llamaremos la atención del Inspector...”.

La técnica de la cesión es útil cuando diferimos la decisión de la baja o el alta a la espera de alguna prueba o evento por llegar (cesión diferida) o a condición de que tal o cual prueba salga positiva (condicional), “le daré la baja si las pruebas resultan positivas...” o “le daré la baja si no mejora en tantos días...”.

Una técnica muy útil, sobre todo en pacientes reacios al alta, es la que se ha denominado *gota malaya*, que consiste en anunciar la necesidad y procedencia del alta, o ir anunciando que el alta debe ser dada, para que el paciente vaya haciéndose el cuerpo a una pronta reincorporación al trabajo. Bastan unas cuantas “gotas”, dos o tres, quizás menos, para dar el alta después de haberla anunciado previamente... “bueno, lo mantendré una semana más, aunque de hecho le tendría que dar el alta hoy mismo, pero vamos a dejar que se recupere un poco más y se adapte a la idea de volver al trabajo” y repetir la estrategia en la siguiente si hay mucha resistencia al alta, o a la siguiente... pero no más, forzando un alta que ya veníamos anunciando en las semanas previas.

Cuando pensamos que la baja se debe dar sólo en ciertas condiciones, es posible forzar un contrato o pacto de modo que, si no lo suscribe el paciente, no se da la baja... “le doy la baja con las siguientes condiciones... ¿acepta?”, si no lo hace no se le da la baja, si acepta pero luego no está de acuerdo o incumple el acuerdo previo, podemos usar este hecho para justificar el alta.

Al dar el alta laboral (tabla 3) hay que documentar todo, registrándolo en la historia; como mínimo se hará y se registrará una correcta exploración física y las pruebas complementarias que

dispongamos, así como los informes de los especialistas y las recomendaciones y prevenciones que hagamos. Cuando decidimos forzar un alta, hay que buscar apoyo de otros profesionales, aunque ya sabemos lo poco sensibilizados que están los especialistas del segundo nivel en este tema, raramente conscientes del problema cuando se les pide opinión. El paciente debe saber los motivos del alta, tanto clínicos, como socio-laborales o éticos... A veces no habrá curación completa, pero es posible dar el alta por mejoría si en la valoración que hacemos del paciente lo consideramos con capacidad para volver al puesto de trabajo sin merma de su salud. Por supuesto, como se vio en el caso 6, tenemos que explicitar nuestra disposición a seguir proporcionando nuestros servicios y nuestro apoyo al paciente, ofreciéndonos al seguimiento y revisión de su proceso.

Si una baja laboral se prolonga indebidamente (tabla 4), puede deberse a motivos derivados del propio *paciente*, derivados del sistema sanitario o del profesional. Respecto de los motivos derivados del propio paciente, casi siempre son por problemas laborales (insatisfacción laboral o problemas con la empresa -cierre, reajustes de plantillas o conflictividad laboral-, desempleo prolongado, cercanía de la jubilación...) o personales (problemática socio-familiar, cuidado de hijos o familiares enfermos, rentismo, conflictos...). A veces el responsable de una prolongación indebida de una baja laboral es el mismo *sistema sanitario*, cuando hay listas de espera o dificultad en el acceso a la atención especializada, con demoras en las pruebas diagnósticas, o masificación y falta de comunicación eficaz entre la atención primaria y especializada o con la inspección de IT... En ocasiones la prolongación indebida de una baja laboral es causada por el *profesional*, por falta de concienciación en la repercusión real de una IT indebida, por tener poca experiencia en comunicación y en estrategias de negociación, o estar desmotivado, con sobrecarga laboral, insatisfacción profesional o visión burocrática de la IT¹⁰.

CONCLUSIONES

A modo de conclusiones nos gustaría terminar con los aforismos que presentamos en la tabla

5, que resumen en cierto modo lo dicho hasta ahora.

- Los casos difíciles tiene que estar documentados antes de forzar un alta: como mínimo una exploración física registrada correctamente en el historial, y a veces exploraciones complementarias y la opinión de otro colega o especialista.
- El paciente que no abusa de la baja y la solicita de manera puntual, debe tener un voto de confianza.
- Ante todo somos médicos, no inspectores. Por ello no debemos dar un alta a un paciente que no acabemos de ver claro. En caso de dudas beneficiaremos al paciente.
- Cuando está claro que el paciente abusa de la baja, forzaremos el alta por respeto al resto de ciudadanos que confían en cómo administramos esta prestación sanitaria, y porque es de *justicia* hacerlo así.
- Algunos pacientes deben ser derivados al especialista no tanto porque supongan una duda diagnóstica, sino para compartir el riesgo de una evolución desfavorable.
- En caso de discrepancia con un especialista en los plazos de alta, nosotros somos los últimos responsables, ya sea a efectos de alargarlos o reducirlos.
- Cada episodio de enfermedad tiene que juzgarse de manera independiente a los anteriores. Podemos equivocarnos fácilmente en pacientes que abusan de la baja, pero que en un momento determinado tienen un padecimiento grave. ¡Incluso un rentista acaba muriéndose de enfermedad orgánica! Los que abusan de las bajas también pueden tener bajas justificadas.
- La baja no se pide, se indica. Nada peor que pensar que un paciente viene para pedirnos la baja, pues no daremos crédito a los síntomas que nos cuente. Este tiene que ser un juicio final, jamás al inicio del acto médico.
- Todo el equipo debe tener los mismos criterios. Todo el equipo debe actuar con una pauta similar, para evitar diferencias de trato, que nos llevaría a situaciones injustas³.

BIBLIOGRAFÍA

1. Zarco Montejó J, Moya Bernal A, Júdez Gutiérrez J, Pérez Domínguez F, Mgallón Botaya R. Gestión de las bajas laborales. *Med Clin (Barc)*. 2001; 117: 500-509.
 2. Gervás Camacho V, Ruiz Téllez A, Pérez Fernández M. La incapacidad laboral en su contexto médico: problemas clínicos y de gestión. Documento de trabajo 85/2006. Ministerio de Sanidad y Consumo.
 3. Lopez-Lazaro L. Incapacidad temporal: por el conocimiento hacia la superación de los conflictos. *Aten Primaria*. 2006; 37:437-8.
 4. Borrel F. Aprendiendo a tomar decisiones: ¿me da la baja doctor? *Tribuna Docente*. 2001; 2: 9-18.
 5. Orden de 19 de junio de 1997 por la que se desarrolla el Real Decreto 575/1997, de 18 de abril, que modifica determinados aspectos de la gestión y del control de la prestación económica de la Seguridad Social por incapacidad temporal. *Boletín Oficial del Estado* 1997; 150: 19361-84. URL: <http://www.boe.es/boe/dias/1997/06/24/pdfs/A19361-19384.pdf>. Último acceso: 25 de febrero de 2011..
 6. Real Decreto 1117/1998 de 5 de junio por el que se modifica el Real Decreto 575/1997, en desarrollo del apartado 1, párrafo segundo, del artículo 131 bis de la Ley General de la Seguridad Social. *Boletín Oficial del Estado* 1998; 145: 20089-90. URL: <http://www.boe.es/boe/dias/1998/06/18/pdfs/A20089-20090.pdf>. Último acceso: 25 de febrero de 2011.
 7. Gracia D. La deliberación moral. *Med Clin (Barc)*. 2001; 117:18-23
 8. Vázquez Castro J. Gestión de la Incapacidad Temporal. Guía práctica para el Médico de Familia. Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista. Organización Médica Colegial; 2003.
 9. Beauchamp JF, Childress. Principios de ética biomédica. Barcelona: Editorial Masson; 1999.
 10. Calleja Pascual JM, Pérez Urrutia E, Iturralde Irioso J, Ruiz de Galarreta Zubilaga M. Paciente asintomático que rechaza el alta laboral. Entrevista clínica: a propósito de un caso. *El Médico interactivo*. URL: www.semergen.es/semergen/contentFiles/10910/es/9.pdf. Último acceso: 25 de febrero de 2011.
-

** Este trabajo tiene una presentación power point que puede ser descargada de la red en la siguiente dirección: <http://www.carrefourtelecom.com/web/barellabalboa/bajait3.ppt>

**También se puede descargar junto a otras presentaciones en la dirección del Centro de Salud de Úbeda: <http://www.centrodesaluddeubeda.objectis.net/formacion-continuada>.

Algoritmo 1 (modificado de ³)

El paciente pide la baja

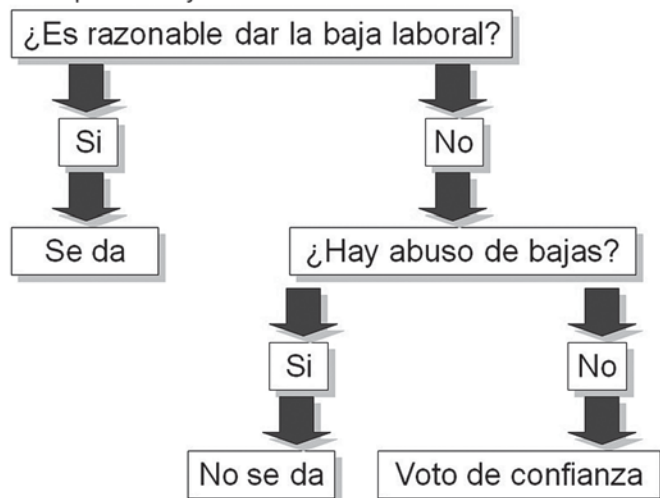


Tabla 1.- La Incapacidad Temporal. Recomendaciones al dar la baja

- Registrar el grado de incapacidad que produce la enfermedad
- Pactar con el paciente la duración de la baja
- Conocer los aspectos laborales, familiares, sociales...
- Conocer las expectativas del paciente
- Conocer el historial de bajas

Tabla 2.- la Incapacidad Temporal. Aspectos comunicacionales y de negociación

- Propuesta de baja/alta laboral
- Valoración de resistencias y expectativas
- Reconversión de ideas
- Mostrar nuestros sentimientos
- NEGOCIACIÓN:
 - Imposición
 - Cesión condicional, diferida, intencional.
 - Gota Malaya
 - Contrato o pacto

Tabla 3.- La incapacidad temporal. Recomendaciones al dar el alta

- Registrar la exploración física y pruebas complementarias e informes (documentar)
- Intentar tener el apoyo de otros profesionales en la decisión de forzar el alta
- Explicar los motivos del alta (clínicos, socio-laborales, éticos...)
- Distinguir entre curación y mejoría
- Ofrecer un seguimiento de su proceso

Tabla 4.- La Incapacidad Temporal- Motivos para la prolongación indebida de la IT

- Del paciente:
 - Problemas laborales.
 - Problemas personales
- Del Sistema Sanitario
 - Listas de espera
 - Masificación de consultas en AP
 - Mal funcionamiento de la Inspección
- Del médico
 - Sobrecarga laboral, desmotivación...
 - Visión burocrática, falta de concienciación

Tabla 5.- La Incapacidad Temporal. Aforismos

- Los casos difíciles tienes que estar documentados antes de forzar un alta.
- El paciente que no abusa de la baja y la solicita de modo puntual tendrá nuestro voto de confianza.
- En caso de duda beneficiaremos al paciente.
- Si está claro que procede el alta, la daremos por respeto al resto de los ciudadanos (Justicia Social).
- Los que abusan de las bajas también pueden tener bajas justificadas.
- La responsabilidad siempre es nuestra.
- La baja no se pide, se indica.
- Todo el equipo debe tener los mismos criterios.

SIN BIBLIOGRAFÍA

Diraya y familia: las herramientas para el abordaje familiar en Diraya

González Roa G

Médico de Familia

Centro de Salud Vélez-Málaga Norte

A pesar de los problemas con que a diario nos encontramos en el uso de la aplicación DIRAYA, lo cierto es que es el instrumento básico de nuestro trabajo asistencial cotidiano. Dentro de las múltiples posibilidades de registro que DIRAYA brinda, el apartado dedicado a la familia es uno de los menos utilizados en la consulta diaria. Se pretende en esta breve aproximación hacer un recordatorio básico sobre algunas herramientas, limitadas pero útiles, que podemos aprovechar.

¿Dónde están? En el menú desplegable de usuario (click con el botón derecho sobre el icono "cabeza", opción "grupo familiar". Nos aparece un cuadro para introducir los miembros de la unidad familiar. Pinchando en "añadir familiar" accedemos a la pantalla general de selección de usuarios, que ya conocemos. Una vez seleccionado, sus datos aparecerán también en la pestaña "situaciones históricas". No es imprescindible rellenar todo el cuadro de relaciones familiares cruzadas, ya que esa información la obtendremos de forma gráfica al dibujar el genograma en una fase posterior. Es conveniente saber que el genograma que dibujaremos va a aparecer en todas las historias de las personas que incluyamos en ese cuadro general, por lo que no tendremos

que repetirlo posteriormente. Eso es importante de cara a la auditoría del proceso de acreditación de calidad ACSA (evidencia 03.06_00, nivel 2). No es posible quitar personas de este cuadro una vez introducidas, lo que complica las cosas en caso de variaciones en la composición familiar.

Una vez completado el cuadro, podemos definir la estructura familiar en el menú desplegable situado arriba (familia nuclear, ampliada, reconstituida, etcétera), y pasar a dibujar el genograma (botón "genograma" y aceptar en la pantalla de presentación).

La aplicación no permite añadir familiares "hacia atrás", por lo que tendremos que comenzar por la generación anterior al paciente (padres). No voy a recordar las normas generales de construcción (hombre a la izquierda, mujer a la derecha). Pinchando en el símbolo "hombre" de la barra de la izquierda con el botón izquierdo, lo colocamos en el lugar adecuado de la pantalla central con otro "click". Repetimos el proceso con el símbolo "mujer". (Incidentalmente, comentaré que posteriormente podemos cambiar el sexo de la pareja en caso necesario, pero no podemos establecer de entrada una pareja homosexual). Seleccionamos ambos con "click" y tecla Mayus. Y establecemos la relación entre ambos pinchando el símbolo correspondiente en la columna izquierda (matrimonio, separación, pareja de hecho, etcétera).

Para añadir hijos, pinchamos en la barra de relación que los une, que se activará mostrando un cuadradito en el extremo, y añadiremos los símbolos correspondientes (hijo biológico, adoptado, aborto, embarazo en curso...) que iremos seleccionando de la barra izquierda.

Correspondencia: Gabriel González Roa
CS Vélez-Málaga Norte
C/. San Isidro esquina c/. Refidero, 7
29700 Vélez- Málaga (Málaga)
E-mail: gagoro@telefonica.net

Recibido el 08-04-2011; aceptado para publicación el 25-07-2011
Med fam Andal 2011; 2: 180-181

Completado el árbol, pasamos a identificar los distintos elementos. Pulsando con el botón derecho sobre un símbolo, elegimos la opción “identificar” en el menú desplegable, con lo que entramos de nuevo en la pantalla general de selección de usuarios que ya conocemos. En este caso es muy importante hacer la búsqueda por el NUSSA y/o año de nacimiento para evitar errores de identificación. Una vez identificados los distintos elementos, ese mismo desplegable nos permitirá acceder directamente a los datos administrativos o sociales del sujeto, a su hoja de problemas y otras informaciones de interés sin necesidad de abrir su historia clínica. Pulsando dos veces sobre el símbolo de un individuo, nos aparece un pequeño cuadro de texto en el que podemos anotar cualquier información que consideremos relevante (fecha o causa de fallecimiento, patología, o condiciones especiales como la de cuidador, por ejemplo). El cuadro de texto puede ampliarse todo lo necesario.

Para agrupar las personas que conviven en el hogar, las seleccionamos en conjunto (click + Mayús) y pulsamos el icono “agrupar” en la barra superior. La línea de agrupación es cuadrada, por lo que tendremos que hacer algunos ajustes. Podemos suprimirla pinchando su contorno y pulsando Supr. Incidente crítico: si agrupamos a una persona con otra que tiene su domicilio fuera de nuestra zona (puede ser desplazado o inmigrante, por ejemplo), el programa interpreta que esta persona se ha marchado de Andalu-

cía... y lo da de baja automáticamente en la BDU, por lo que no puede ni siquiera sacar cita, con el trastorno consiguiente.

Posteriormente podremos añadir las barras de estructura relacional (bastante limitadas por cierto), seleccionándolas en el menú de la izquierda por el procedimiento habitual.

Antes de cerrar y guardar el genograma, podemos añadir notas generales utilizando el menú superior (opción “mostrar/ocultar notas”). En ese mismo menú hay una opción para imprimir nuestro genograma (aunque es difícil ajustarlo a tamaño DIN A4), o para exportarlo a otro documento.

Una vez guardado el genograma (menú superior, botón “guardar”), volvemos a la pantalla de “grupo familiar”. En la pestaña “ciclo vital” podemos anotar la fase del ciclo vital familiar en que se encuentra la familia, con los datos recogidos anteriormente, y en “apoyo social” completaremos los datos, identificando en su caso al cuidador o cuidadora principal.

En resumen, aunque la aplicación DIRAYA es manifiestamente mejorable en muchos aspectos, como sabemos por experiencia diaria, existen algunas herramientas en su seno que, aunque limitadas, pueden ser de utilidad en el abordaje de una atención integral a nuestros pacientes y que en líneas generales son poco utilizadas.

ARTÍCULO ESPECIAL

Trabajando con la queja (I): escuchar, connotar y esperar

Boxó Cifuentes JR, Alcaine Soria FL

*Médicos de Familia. Terapeutas de Familia. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria
Distrito Sanitario Málaga*

En una anterior publicación intentamos aproximarnos a los modos de la consulta sobre problemas de fondo psicosocial de acuerdo a una diferencia dependiente de la expectativa y grado de implicación que el paciente quisiera realizar. Diferenciamos entonces entre queja, la condición más habitual en la consulta, y demanda. Nuestra intención fue dotar de profundo significado al modo de la queja atribuyéndole una solicitud de atención por parte del paciente sobre su discurso como el único hecho de que es capaz en ese momento para su afirmación personal (1). La queja, por tanto, puede ser un estadio intermedio en esa afirmación o, por el contrario, un momento final. El modelo de actuación que desarrollaremos a continuación tiene en cuenta la dimensión comunicacional que hemos atribuido a la queja.

Este modelo se fundamenta en el desarrollo y puesta en práctica de tres habilidades por parte del profesional de la salud:

- I. Habilidad lectora: la acción de escuchar.
- II. Habilidad identificadora: la acción de reconocer.
- III. Habilidad hermenéutica: la acción de comprender.

La posición relacional del profesional

Estas tres habilidades forman un entramado comunicacional que se centrará en acoger la intención del paciente respetando su grado de participación, el alcance de su actual capacidad de maniobra en los acontecimientos, y su ritmo temporal. Todos hemos observado cómo el hacer de los profesionales para investigar los problemas varía mucho: frente a una cervicalgia unos compañeros se centrarán en descartar una lesión orgánica, otros pueden dirigir su enfoque hacia problemas emocionales, otros hacia el entorno laboral y/o familiar. Lo importante será conseguir una buena historia al margen de las inclinaciones de cada uno, seguir con las sospechas y tratar de confirmar o rechazar nuestras hipótesis, sin confundir las sospechas con la verdad.

Como hemos comentado, el modelo biomédico no invita a discernir si el motivo de consulta es una queja o una demanda, porque no necesita conocer en qué fase de los estadios del cambio se encuentra el paciente para dictar el tratamiento una vez establecido el diagnóstico, ya que éste será objetivo (Figura 1). Cuando no podemos encontrar ningún problema físico, el modelo biomédico tiene grandes limitaciones para admitir que la realidad que valora el clínico no es totalmente independiente de éste (Figura 2), y que atendiendo al posicionamiento que pueda adoptar, la comunicación que se establezca permitirá construir una relación con mayor o menor poder terapéutico. La formación y el estilo de entrevista de cada clínico será un ingrediente muy importante en cada consulta. El contenido y la forma de nuestra pregunta puede influir en qué y cómo responde el paciente y/o la familia, esta respuesta retroalimentará la siguiente pregunta y así sucesivamente: el clínico y el paciente se convierten en un sistema interactivo.

Correspondencia: José Ramón Boxó Cifuentes
CS Puerta Blanca
Av. Gregorio Diego, 26
29004 Málaga
E-mail: jrboxo@gmail.com

Recibido el 31-05-2011; aceptado para publicación el 25-07-2011
Med fam Andal 2011; 2: 182-188

Al formar el clínico un *sistema terapéutico* con el paciente y/o la familia y considerando que la teoría de sistemas nos dice que cualquier cambio en uno de los elementos que forma el sistema va a repercutir en el resto, nos interesará desplegar el máximo de recursos que se puedan desprender del desarrollo de la entrevista en sí misma, convirtiendo ésta en una intervención. Con este enfoque se transforman los distintos procedimientos desarrollados en la consulta:

- La recogida de información que normalmente se realiza para el uso del clínico, en este enfoque, pondremos un énfasis especial para que la entrevista permita obtener información que haga al paciente y/o la familia verse de una forma diferente, de una forma más constructiva.
- Persiguiendo transformar el proceso de diagnóstico y tratamiento en un trabajo conjunto, donde se compartirá la responsabilidad, aunque sea el profesional quien lo dirija (diseño y prescripción de tareas para llegar a ese diagnóstico).
- Frente a la necesidad que tiene el modelo biomédico de dar una respuesta rápida a la queja, en este modelo se busca que la respuesta la construya el propio paciente y/o familia y aunque tengamos una interpretación de todo lo que ocurre, la guardamos y vamos a la *velocidad del paciente*. Siempre resultará más terapéutico avanzar lentamente *por detrás del paciente*.
- Frente a la petición de explicaciones que nos pide el paciente, transformar las respuestas fáciles, que nos permitiría resolver rápidamente este tipo de quejas, en preguntas que posicionen en un lugar activo al paciente para cuestionarse los síntomas/problemas y pueda contestarse a sí mismo.
- La consideración de la función que está cumpliendo el síntoma dentro del sistema familiar y también dentro del sistema terapéutico, nos permite trabajar con mayor comodidad a la hora de tratar de ayudar al paciente: si el síntoma desaparece se queda el paciente sin la *carta de presentación* que tiene para acudir a la consulta (Cuadros 1 y 2)

Incorporar otros modelos que complementen nuestro potente y eficaz modelo biomédico, para

dar respuestas a estos problemas psicosociales, conlleva como requisito previo un cambio en el posicionamiento del profesional (Cuadro 3). Estas actitudes requieren una cierta retirada de lo que acontece en la historia del paciente para poder conocer y comprender lo que se ofrece y en esta contemplación poder aportar algo más: un intento de significación de lo que el paciente ha experimentado. La distancia con lo acontecido se complementa con la cercanía al narrador afectado por los acontecimientos en la cual se sienta acompañado ya que la posibilidad de dar sentido no se adapta al aislamiento sino a la comunicación. Esta dialéctica de distancia y proximidad son esenciales en el manejo terapéutico de cualquier encuentro humano.

I. La habilidad lectora: la acción de escuchar

Dedicamos, en una publicación anterior, algunas reflexiones sobre los componentes que creemos de importancia a la hora de argumentar el valor terapéutico de la acción de escuchar (2). Vamos a ampliar algunas consideraciones no recogidas allí.

Recogemos algunas reflexiones de autores referenciales en distintos campos sobre la acción de escuchar:

Para Carkhuff, la escucha es activa (3). Escuchar es una acción consciente, voluntaria, que necesita de preparación: es necesario aprender a callar interior y exteriormente. No es espontánea, requiere esfuerzo por lo que tiende a entrar en el ámbito de la actividad profesional.

En Bonhoeffer la escucha se nos presenta como servicio (4). Es el primer servicio que damos al paciente. Callamos antes de escuchar porque nuestros pensamientos ya están dirigidos hacia el mensaje. Callamos después de oír porque la palabra aún resuena en nosotros. Es un silencio que está en comunicación con la palabra del otro. Un silencio reflexivo que implica una segunda mirada escrutadora de significados. Existe en el silencio de la escucha un poder de clarificación y de comprensión de lo esencial. Se hace necesario sofocar activamente los pensamientos condenatorios y clasificatorios que dificultan entender para comprender.

La escucha se plantea como acción terapéutica en Gendlin (5). Escuchar es una posición experiencial de reconocimiento del otro. Escuchar en sí mismo es sanador. La escucha amigable es prerequisite de la respuesta empática: reconocemos al otro, lo validamos y le entregamos nuestra presencialidad.

Rowan entiende la escucha en su dimensión holística (6). Escuchar es una experiencia donde valores, actitudes e intereses se integran en una percepción totalizadora del otro. La escucha de calidad cuenta con nuestra ignorancia sobre el otro y abre la posibilidad de conocerlo. Se escucha el acto de expresión de la persona, su existencia. Como nada sabemos del otro, nos lo tiene que contar.

Para Rogers (7) la escucha es una experiencia vital fundante donde se disfruta escuchando y siendo escuchado. Por tanto debe ser una escucha libre donde el ser se construye en el encuentro a través del lenguaje. La escucha es el fundamento inicial e insustituible del diálogo.

Basten estas consideraciones para que podamos afirmar que escuchar pertenece a los actos sumamente complejos en los cuales existen muchos elementos puestos en juego, no siempre de forma consciente pero habitualmente con unos objetivos que podemos definir tras su estudio. La escucha, al estimular la acción y el discurso es, en este sentido, ilimitada por su tremenda capacidad para establecer relaciones, por su inherente productividad. De este modo posibilita los cambios, la aparición de cosas nuevas que sustituyan a las anteriores.

Si bien el paciente toma la iniciativa en el encuentro al escoger al profesional como el depositario de su confidencia, para que un proceso de escucha se realice necesita que alguien le pregunte. La persona como hablante solo puede actualizarse mediante un tú. Nadie se convierte en un interlocutor por su cuenta, requiere alguien que se interese por ¿quién eres tú? Gracias a esa pregunta que viene del profesional, el paciente tendrá que iniciar un proceso de conocerse y reconocerse en la historia que aporta (8). Por tanto no se trata de una función menor, pues la escucha tratará de suplir las carencias que por la racionalización del sufrimiento que organiza el discurso del paciente, afectan al sentido, sentimiento e identidad emanados de la narración.

II. La habilidad identificadora: la acción de reconocer

No existe nada ni nadie en este mundo cuya misma existencia no presuponga un espectador. Nadie existe en singular. Desde el momento en que hace su aparición; está destinado a ser percibido por alguien. La apariencia muestra un máximo poder de expresión en comparación con lo interno. Aparecer en el mundo de los seres humanos implica siempre parecerle algo a otros, y este parecer cambia según el punto de vista y la perspectiva de los espectadores (9). Una consecuencia de la apertura a la relación interpersonal es el *self*. En toda comunicación existe una propuesta de relación sobre la base de una identidad. El *self* es la totalización de la idea que tengo de mí mismo en esa esfera de mis acciones concretas de ahora, más la idea que los demás tienen de mí, más la idea que yo me formo de lo que los demás piensan de mí (10). El *self*, la identidad de uno, quién es el que uno es, cómo se valora y cómo lo valoran a uno, constituye un complejo de circunstancias surgidas de las infinitas interacciones habidas en el curso de cada existencia. La identidad no debe ser considerada de modo absoluto, sino como una formación mental imaginaria y funcional de la que deriva un juicio de valor sobre sí mismo. Por tanto es una imagen que no puede ser tenida sin ser de inmediato valorada positiva o negativamente, es decir, sin realizarle un juicio estimativo. El modo de la imagen se proyecta en cuatro direcciones: erótica, corporal, actitudinal e intelectual. Toda conducta es siempre un mensaje de solicitud o evitación de validación del *self* en alguna de estas esferas, una propuesta de compromiso con su estabilidad. La ansiedad y la depresión expresan la alarma o la herida en el *self* y, en última instancia, remiten a él (11). La comunicación es el interminable proceso de construcción y validación del *self* de cada sujeto. La traducción de los códigos digital y analógico no tiene una regla de conversión, está sujeta a incertidumbre, y por tanto, da angustia en el *self* y conflicto. La escucha es el primer instrumento de reducción de la incertidumbre y por ende, de la angustia.

Un instrumento lingüístico que tenemos a nuestro alcance para plasmar la habilidad identificadora en una expresión concreta es la **connotación positiva**. La connotación positiva es un juicio positivo de valor, una interpretación favorable de un rasgo de la persona. Surge de una apreciación aparecida en la escucha clínica, en el despliegue de la histo-

ria. Si se priva a los seres humanos y al mundo de elogios, su belleza pasa desapercibida. El profesional en su calidad de espectador cercano al sufriente tiene numerosos pensamientos de admiración que se expresan en palabras. Es capaz de reconocer una armonía que pasa desapercibida al actor de la historia y que se descuidaría si no la rescata del olvido mediante el lenguaje. No es una adulación ni un consuelo. *Realza un valor de la persona puesto en acción como consecuencia de la crisis.* No se da valor a la crisis misma sino a la persona agente o sufriente de la crisis. Pretende un reconocimiento y validación positiva del self. En todo esto debiera quedar claro que la admiración no surge nunca de algo concreto, sino que siempre la suscita el todo, que, al contrario de la suma de entidades, nunca se manifiesta. Este todo sería la belleza del juego del mundo, el significado y la cualidad significativa de todas las cosas concretas actuando juntas. Como tal, sólo se manifiesta al que observa, en cuya mente están unidas de manera invisible las secuencias e instancias particulares (12). Las fuentes de la connotación positiva difieren hasta el punto de ser opuestas. De un lado hemos visto que se encuentra el asombro admirativo ante el espectáculo de la vida, pero no olvidemos otra fuente quizá más oscura, el terrible extremo de haber sido arrojado a un mundo cuya hostilidad resulta abrumadora, del que el ser humano hace todo lo posible por escapar. Hemos de ser cuidadosos con la elección de la connotación que hacemos. Aconsejamos que nos centremos especialmente en connotar el self actitudinal, el carácter ético de la persona.

Tiempo de espera

Una vez finalizado el tiempo de escucha y tras haber recogido suficiente información sobre el agente que emerge del proceso comunicativo, estamos en condiciones de cerrar el encuentro mediante la connotación positiva y el ofrecimiento personal de un nuevo espacio si fuese requerido. Este tiempo de espera es fundamental y no hemos de precipitarnos llenándolo de contenido o de plazos. Es el tiempo del paciente fuera de la consulta, en sus circunstancias reales, es el tiempo suyo. La ansiedad del profesional tiende a precipitar nuevas consultas o seguimientos infructuosos las más de las veces o, peor aún, llegar a la intromisión en esferas no queridas por el paciente y que están dentro de la misma definición que hemos formulado para la queja.

Nuestra experiencia nos enseña que pocas veces un nuevo espacio es requerido y que en numerosas ocasiones el tema de queja no se vuelve a tocar. Sin embargo hay algunas ocasiones en las que el tiempo de escucha no se ha cerrado, no ha concluido con la detección de algunos de los indicadores que mencionábamos en otro lugar (1). Si se extiende el trabajo con la queja a un nuevo espacio, podemos utilizar otras herramientas que exploraremos en la siguiente publicación.

Bibliografía

1. Boxó Cifuentes JR, Alcaine Soria FL. Caracterizar la consulta sobre problemas psicosociales: ¿Queja o demanda? Med fam Andal. 2011; 1: 74-81.
2. Boxó Cifuentes JR. La acción de escuchar. Med fam Andal. 2010; 2: 178-183
3. Carkhuff R. The art of helping in the 21th century. Massachusetts: HRD press; 2000. p. 74-87.
4. Bonhoeffer D. Vida en comunidad. Salamanca: Ediciones Sígueme; 1995. p. 103-105.
5. Gendlin E. Experiencing and the creation of meaning. Illinois: Northwestern University press; 1997. P. 65-9.
6. Rowan J. The transpersonal. London: Routledge; 1993. p. 51-67.
7. Rogers C. El proceso de convertirse en persona. Barcelona: Paidós; 1982. p. 46-62.
8. Mate R. Memoria de occidente. Actualidad de pensadores judíos olvidados. Barcelona: Anthopos; 1997. p. 21-22.
9. Arendt H. La vida del espíritu. Barcelona: Paidós Básica; 2007. p. 43-54.
10. Castilla del Pino C. La culpa. Madrid: Alianza Editorial; 1979. p. 84.
11. Castilla del Pino C. Introducción a la psiquiatría.1 Problemas generales. Psicopatología. Madrid: Alianza Editorial; 1980. p. 142-186.
12. Arendt H. La vida del espíritu. Barcelona: Paidós Básica; 2007. p. 166-167.

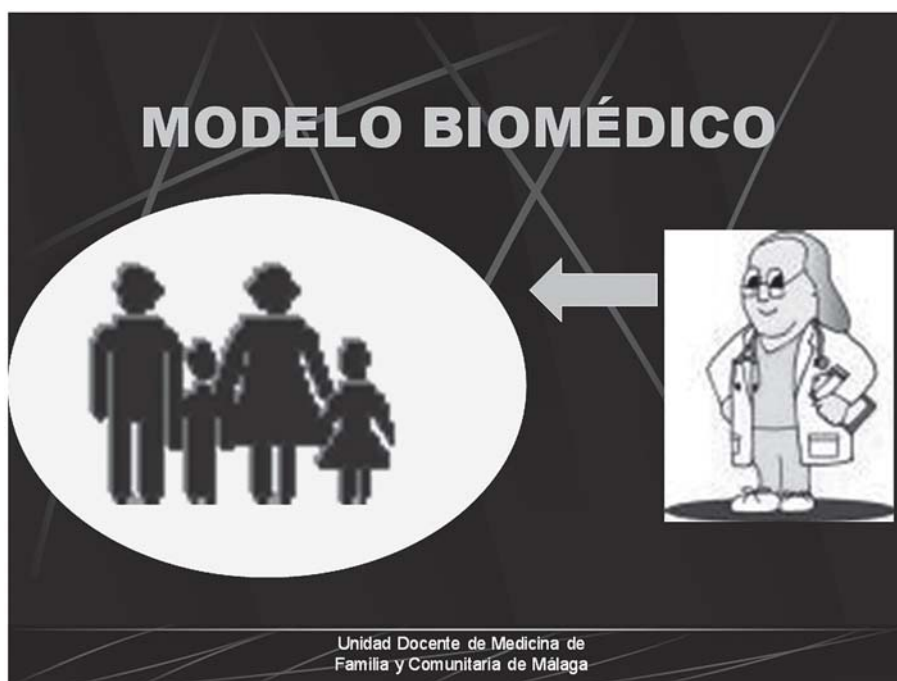


Figura 1: El modelo objetivo unidireccional.

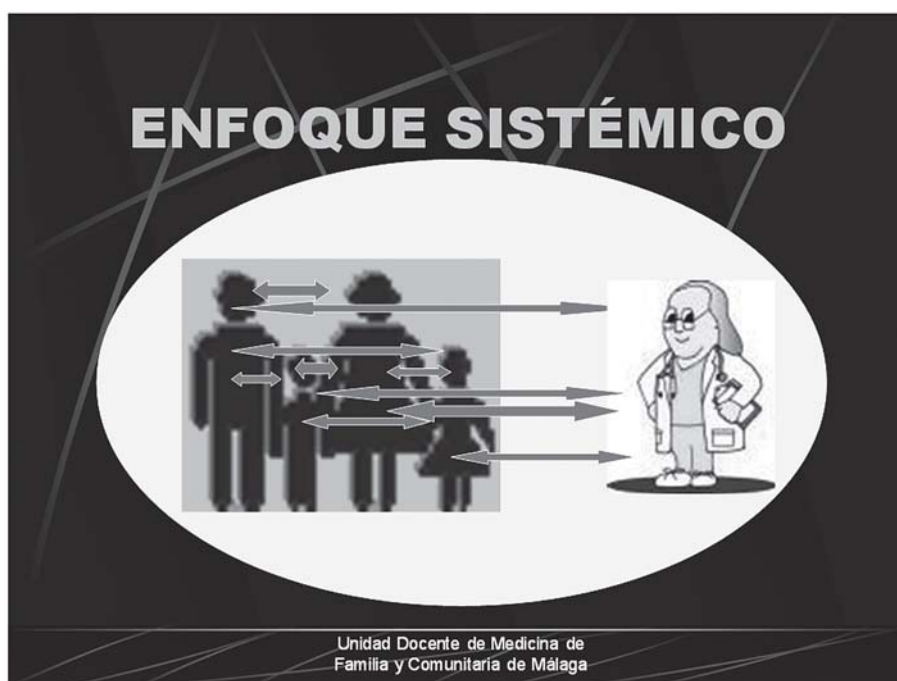
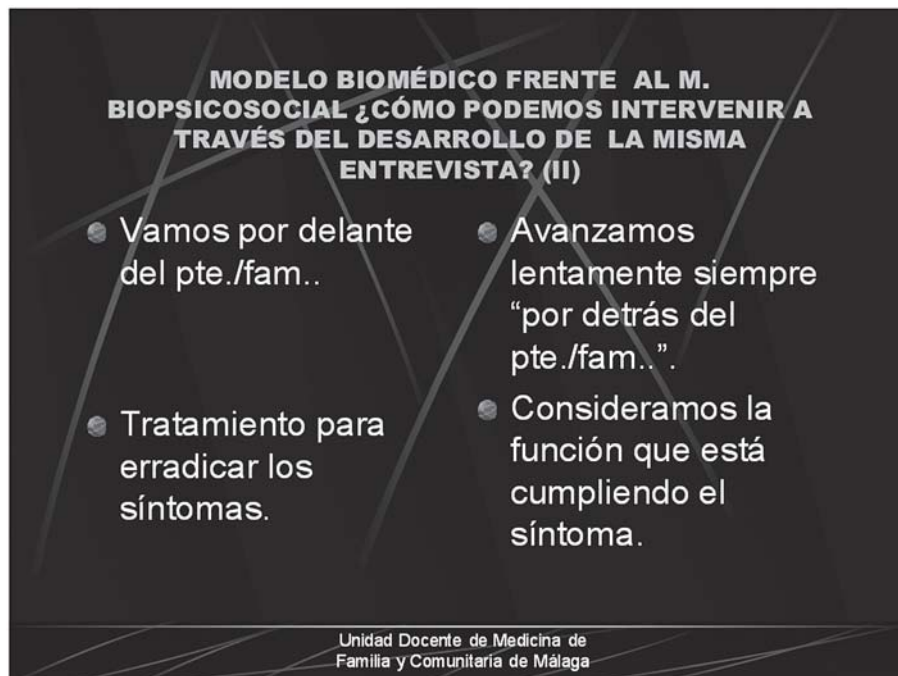


Figura 2: El modelo interactivo.



Cuadro 1: La entrevista como intervención.



Cuadro 2: La entrevista como intervención.

1. Que el profesional sea lo más empático que pueda permitir el contexto asistencial transmitiendo al paciente “te atiendo”, “te entiendo” y “trato de imaginar lo que debe estar sintiendo”
2. Que sea flexible, adaptándose al perfil de respuesta de dicho usuario.
3. Respetuoso con las creencias del paciente/familia.
4. Ampliando cualquier cambio mínimo
5. Atribuyendo las mejorías a los recursos y trabajo del paciente/familia.
6. Permitiendo que la iniciativa sea del paciente/familia; tratará de no imponer los cambios, avanzando siempre por detrás del consultante.

Cuadro 3. Actitudes del profesional ante el paciente

ARTÍCULO ESPECIAL

Guía de actuación en reanimación cardiopulmonar en atención primaria orientada a la organización y coordinación del equipo asistencial

Morillo Vázquez A¹, Labrador García M^aJ², Domínguez López JA³, Moreno Ramírez F⁴

¹ Médico de Familia. Consultorio de Umbrete. Distrito Sanitario Aljarafe (Sevilla)

² Enfermera. CS Castilleja de la Cuesta. Distrito Sanitario Aljarafe (Sevilla)

³ Celador-Conductor. CS Castilleja de la Cuesta. Distrito Sanitario Aljarafe (Sevilla)

⁴ Enfermero. Dispositivo de Apoyo. Distrito Sanitario Aljarafe (Sevilla)

INTRODUCCIÓN

En España, según diferentes estudios¹ se estima que cada año unas 50.000 personas presentan una parada cardíaca extrahospitalaria pero menos de la mitad recibe asistencia y en menos del 10% se aplican con éxito las maniobras de resucitación cardiopulmonar (RCP)².

En cuanto al lugar de presentación del paro cardíaco extrahospitalaria, en el 72,2% de los casos fue el hogar de las víctimas donde se presentó, seguido de un lugar público en el 21,3% y de centros sanitarios de atención primaria en un 6,5%³. Por lo tanto, de cada diez paradas cardiorespiratorias que tengamos que asistir en Atención Primaria, unas 7 será en el domicilio del paciente, dos en la vía pública y una en el Centro de Salud.

Los principales factores que influyen en la tasa de supervivencia son: la presencia de testigos de la parada, la existencia de Sistemas Medicalizados de Emergencias Extrahospitalarias, el intervalo de tiempo transcurrido entre la parada cardíaca y el inicio de las maniobras de resucitación y el ritmo electrocardiográfico (ECG) inicial^{4,5,6}.

Por otra parte, la supervivencia tras una parada cardíaca extrahospitalaria es muy baja, oscilando en Estados Unidos entre el 3% y el 16% según diferentes estudios⁷. En España no existen apenas datos, refiriéndose en uno de ellos una tasa de supervivencia del 2,2%⁸.

ORGANIZACIÓN Y COORDINACIÓN DEL EQUIPO ASISTENCIAL

Cuando nos enfrentamos a una parada cardiorespiratoria en el ámbito de la Atención Primaria uno de los aspectos más importantes para realizarla adecuadamente además del reciclaje del personal sanitario, la formación continuada y la experiencia previa, es la *organización y coordinación* del equipo asistencial durante la reanimación cardiopulmonar ya que si no son las adecuadas corremos el riesgo de asistir a un pequeño caos en el que varios profesionales llevan a cabo acciones más o menos bienintencionadas, de dudosa eficacia.

El entrenamiento periódico del equipo asistencial en cuanto a la *organización y coordinación* del mismo es esencial para automatizar las decisiones y las acciones que llevemos a cabo, si bien somos conscientes de la limitación que supone no formar equipos estables de modo habitual en las guardias de atención primaria y la baja frecuencia con la que atendemos una parada cardiorrespiratoria (afortunadamente) en nuestro ámbito.

Correspondencia: Álvaro Morillo Vázquez
Consultorio de Umbrete
C/. Francisco Pacheco, 2
41806 Umbrete (Sevilla)
E-mail: amorillo2000@telefonica.net

Recibido el 03-03-2011; aceptado para publicación el 04-08-2011
Med fam Andal 2011; 2: 189-194

Por el presente documento no queremos repasar los algoritmos de actuación en una RCP, los miligramos de medicación que tenemos que administrar ni cuándo está indicado desfibrilar, sino que proponemos una guía de actuación de un equipo de atención primaria en una reanimación cardio-pulmonar orientada a la *organización y coordinación* de los actuantes, describiendo las funciones, responsabilidad y la secuencia de actuación de cada uno de los componentes del equipo adaptándolas a las dos situaciones en las que con más frecuencia tenemos que abordar una RCP extrahospitalaria: en un domicilio (o vía pública) y en el Centro de Salud.

1. DOMICILIO O VÍA PÚBLICA: 3 REANIMADORES

Recordemos que el 93.5% las paradas cardíacas extrahospitalarias tienen lugar en el domicilio (73%) o en la vía pública (21%), por lo tanto es en este ámbito donde realizaremos la inmensa mayoría de RCP, precisamente en las que menos personal sanitario está presente, con la limitación que supone no trabajar siempre en las guardias con un equipo estable (salvo algunos equipos del Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias en Andalucía) y sin saber la formación específica que en este campo tiene cada miembro del equipo.

Al encontrarnos en un medio extraño, lo primero que debemos hacer es constatar la seguridad del equipo asistencial:

- Señalizar adecuadamente el lugar de un accidente de tráfico.
- Vigilar posibles escapes de gas o CO₂ en un domicilio.
- Esperar a la actuación de los Bomberos si son necesarios.
- Reclamar la presencia de las Fuerzas de Seguridad del Estado si encontramos un ambiente hostil.

En segundo lugar, el lugar en el que actuaremos puede ser tan variado como una cuneta, un as-

censor o un cuarto de baño estrecho, por lo que debemos adecuar nuestra organización al espacio físico y procurar trabajar lo más cómodamente posible.

Así pues, nos encontraremos habitualmente con tres reanimadores: médico (M), enfermero (E) y celador-conductor (CC).

Las funciones de cada miembro del equipo y la secuencia de actuación de cada uno de ellos debe ser la siguiente:

MÉDICO

Dirige la reanimación cardiopulmonar y coordina al resto del equipo.

Es quien confirma la situación de parada cardio-respiratoria (PCR) y recuerda a cada reanimador su función inicial. Se encarga de la vía aérea (con ambú y guedel), del desfibrilador mientras se obtiene la vía venosa y posteriormente intubará.

- Confirmar la PCR: "ver, oír y sentir"
- Avisar al 061 de la situación
- Ventilar con guedel y ambú conectado a fuente de O₂
- Recordar a cada reanimador su función inicial
- "CC Masaje, E monitorización"
- Decidir si el ritmo es desfibrilable o no
- Decir con qué energía se desfibrila
- Llevar la cuenta de cuántos ciclos de 30:2 se dan
- Vigilar la calidad del masaje cardíaco: 100 compresiones/minuto
- Cada 2 minutos, comprobar el ritmo en el monitor
- Una vez monitorizado, manejar el desfibrilador mientras el enfermero coge la vía

- Ordenar la medicación y dosis cuando corresponda

- Intubar cuando se pueda (si no es posible, ambú)

ENFERMERO

Se encargará inmediatamente de monitorizar al paciente, de la primera desfibrilación si procede y posteriormente canalizará la vía venosa.

- Monitorizar al paciente con las palas

- Si es desfibrilable, poner el gel en las palas

- Seleccionar la energía y anunciar la descarga

- Asegurarse de que nadie toque al paciente/camilla

- Desfibrilar y soltar la palas sin comprobar el ritmo

- Durante los ciclos de 30:2, monitorizar con electrodos

- Si no es desfibrilable, monitorizar con electrodos

- Canalizar una vía venosa con S. Fisiológico

- Anunciar en voz alta cuando esté accesible la vía

- Cargar la medicación que le indique el médico

- Adrenalina 1 mg, se necesitarán varias ampollas

- Amiodarona 300 mg (2 ampollas de 150 mg)

- Tras cada dosis de medicación, embolada de Suero Fisiológico

CELADOR-CONDUCTOR

Se encargará de iniciar el masaje cardíaco cuanto antes, contando en voz alta las 5 últimas compresiones para coordinar la ventilación.

- Iniciar masaje cardíaco cuanto antes

- Recomendaciones 2010: 100 compresiones por minuto

- Minimizar las interrupciones en el masaje cardíaco

- Tras cada desfibrilación, masaje cardíaco sin comprobar el ritmo

- Cuando el paciente esté monitorizado y con la vía venosa accesible, será relevado por el enfermero

2. EN EL CENTRO DE SALUD: 3 + 1 REANIMADORES

En los Centros de Salud se producen el 6.5% de las paradas cardíacas extrahospitalarias; aquí "jugamos en casa", dominamos el espacio, la distribución del material, contamos con más personal sanitario para realizar la RCP y en principio nos podremos organizar mejor.

Si es posible formaremos el equipo asistencial con cuatro reanimadores: médico 1(M1), médico 2 (M2), enfermero 1(E1) y enfermero 2 (E2).

MÉDICO 1

Dirige la reanimación cardio-pulmonar (RCP) y coordina al resto del equipo; por lo tanto, será el médico de mayor experiencia/formación en Soporte Vital Avanzado (SVA).

Es quien confirma la parada cardiorrespiratoria y recuerda a cada reanimador su función inicial. Se encarga de la vía aérea (con ambú y guedel) y posteriormente intubará.

- Confirmar la PCR: " ver, oír y sentir"

- Al celador: avisar al 061 de la situación

- Ventilar con guedel y ambú conectado a fuente de O2

- Recordar a cada reanimador su función inicial

- "M2 Masaje, E1 monitorización y vía venosa, E2 ayuda"

- Decidir si el ritmo es desfibrilable o no
- Decir con qué energía se desfibrila
- Vigilar la calidad del masaje cardíaco: 100 compresiones/minuto
- Llevar la cuenta de cuántos ciclos de 30:2 se dan
- Cada 2 minutos, comprobar el ritmo en el monitor
- Ordenar la medicación y dosis cuando corresponda
- Intubar cuando se pueda (si no es posible, ambú)

MÉDICO 2

Se encargará de iniciar el masaje cardíaco cuanto antes, contando en voz alta las 5 últimas compresiones para coordinar la ventilación y después se alternará con E1 en el masaje cardíaco y el manejo del desfibrilador.

- Iniciar masaje cardíaco cuanto antes
- Recomendaciones 2010: 100 compresiones por minuto
- Minimizar las interrupciones en el masaje cardíaco
- Tras cada desfibrilación, masaje sin comprobar el ritmo
- Cuando esté monitorizado, será relevado con E1 en el masaje cardíaco
- Alternar con éste masaje cardíaco-desfibrilación

ENFERMERO 1

Se encargará inmediatamente de monitorizar al paciente con las palas, posteriormente con los electrodos y después canalizará la vía venosa.

- Monitorizar al paciente con las palas

- M1 le indicará si el ritmo es desfibrilable o no
- Si es desfibrilable, poner el gel en las palas
 - Seleccionar la energía que le indique M1
 - Anunciar la descarga
 - Asegurarse de que nadie toque al paciente/camilla
 - Desfibrilar y soltar la palas sin comprobar el ritmo
 - Durante los ciclos de 30:2, monitorizar con electrodos
- Si no es desfibrilable, monitorizar con electrodos
- Canalizar una vía venosa periférica con S. Fisiológico
- Anunciar en voz alta cuando esté accesible la vía
- Administrar la medicación que le indique M1
- Una vez monitorizado y con la vía accesible, se relevará con M2 en el masaje cardíaco
- Alternar con éste masaje cardíaco-desfibrilación

ENFERMERO 2

Se encargará de ayudar a E1 con la vía venosa y a M1 en la intubación orotraqueal.

- Conectar el ambú a la fuente de oxígeno
- Preparar el material necesario para la vía venosa
- Asistir a E1 en la canalización de la vía venosa
- Cargar la medicación que le indique M1
 - Adrenalina 1 mg, se necesitarán varias ampollas
 - Amiodarona 300 mg (2 ampollas de 150 mg)

- Preparar el material necesario para intubar
- Asistir a M1 en la intubación oro-traqueal

REVISIÓN Y REPOSICIÓN DEL MATERIAL. CONTENIDO DEL CARRO DE PARADA

Por último queremos recalcar la importancia de tener el material necesario para realizar una reanimación cardiopulmonar revisado y repuesto en todo momento, para lo cual debemos incluir en nuestra rutina de trabajo:

- La revisión sistemática del carro de parada (tabla 1) y de las mochilas al comienzo de cada turno de trabajo.
- Un circuito de reposición del material usado.
- Un registro de caducidades de fármacos y fungibles.
- Un protocolo que establezca claramente la frecuencia de las revisiones y los profesionales responsables de realizarlas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Álvarez-Fernández JA, Gazmuri RJ. Mortalidad evitable por parada cardíaca extrahospitalaria. *Med Clin (Barc)*. 2008; 130: 710-4.
2. López Messa JB, Andrés de Llano JM, Garmendia Leiza JR, Alonso Fernández JI, Ardura Fer-

nández J, Gil González JM. Variaciones temporales del Paro Cardíaco Súbito Extrahospitalario [Simposio]. 6º Congreso Internacional de Cardiología por internet. URL: <http://www.fac.org.ar/6cvc/llave/c340/lopezmj.php>

3. Álvarez-Fernández JA, Álvarez-Mon M, Rodríguez-Zapata M. Supervivencia en España de las paradas cardíacas extrahospitalarias. *Med Intensiva*. 2001; 25: 236-43.
4. Characteristics and outcome amongst young adults suffering from out-of-hospital cardiac arrest in whom cardiopulmonary resuscitation is attempted. *J Intern Med*. 2006; 260: 435-41.
5. Pell JP, Sirel JM, Marsden AK, Ford I, Walker NL, Cobbe SM. Presentation, management, and outcome of out of hospital cardiopulmonary arrest: comparison by underlying aetiology. *Heart*. 2003; 89: 839-42.
6. Tuchsmidt JA, Mecher CE. Predictors of outcome from critical illness. Shock and cardiopulmonary resuscitation. *Crit Care Med*. 1994; 10: 179-195.
7. Nichol G, Thomas E, Callaway CW, Hedges J, Powell JL, Aufderheide TP, et al; Resuscitation Outcomes Consortium Investigators. Regional variation in out-of-hospital cardiac arrest incidence and outcome. *JAMA*. 2008; 300: 1423-31.
8. Uriarte Itzazelaia E, Alonso Moreno D, Odriozola Aranzabal G, Royo Gutiérrez I, Chocarro Aguirre I, Alonso Jiménez-Bretón J, et al. Supervivencia de la parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria en Guipúzcoa: cuatro años de seguimiento. *Emergencias*. 2001; 13: 381-6.

Tabla 1. Contenido mínimo del carro de parada en Atención Primaria

VÍA AÉREA	1 MANGOS DE INTUBACIÓN ADULTO/PEDIÁTRICO PALAS DE INTUBACION ADULTO Y PEDIATRICO 1 TUBO ENDOTRAQUEAL DE CADA Nº 1 GUIA DE INTUBACION ADULTO Y PEDIATRICA 1 PINZA DE MAGUILL ADULTO Y PEDIATRICA 1 CANULA OROFARINGEA DE CADA Nº 1 SONDA DE ASPIRACION DE CADA Nº	1 LLAVE EN "Y" 1 VENDA 10 CM 1 VENDA 5 CM 1 JERINGA 10 CC 1 JERINGA 5 CC PILAS Y LAMPARAS LARINGOSGOPIO 1 LLAVE EN "Y"
MEDICACIÓN	3 ADENOSINA 6 mg 15 ADRENALINA 1 mg 5 AMIODARONA 150 mg 15 ATROPINA 1 mg 1 BICARBONATO SÓDICO 1 M 2 BIPERIDENO 5 mg 3 CLORPROMAZINA 25 mg 1 CL CALCICO 10% 2 CL MORFICO 10 mg 4 DIGOXINA 0,25 mg 1 DOBUTAMINA 250 mg 2 DOPAMINA 200 mg 1 FENTANILO 0,15 mg 2 FITOMENADIONA 10 mg 3 FLUMAZENILO 0,5 mg	8 FUROSEMIDA 20 mg 1 GLUCOSA 50 % 100 ml 2 HIDRALACINA 20 mg 2 METILPREDNISOLONA 250 mg 3 MIDAZOLAM 15 mg / 7 NALOXONA 0,4 mg 1 NEOSTIGMINA 1 mg 5 NITROGLICERINA 5 mg 1 OMEPRAZOL 40 mg 1 PETIDINA 100 mg 4 PIRIDOXINA 300 mg/ 4 TIAMINA 100 mg 2 PROPANOLOL 5 mg 5 SALBUTAMOL 0,5 mg 1 SULFATO MAGNESIO 1,5 gr 2 VERAPAMILO 5 mg
	10 cp NITROGLICERINA 0.4 mg/ 10 cp AAS 500 mg/ 10 cp CAPTOPRIL 25 mg	
VÍA VENOSA Y MONITOR	3 SISTEMAS DE SUERO 1 REGULADOR DE FLUJO 3 LLAVES DE 3 VIAS 3 PALOMITAS 3 ANGIOCATÉTERES DE CADA Nº 2 LIGADURAS ADULTO Y PEDIATRICA 2 JERINGAS DE CADA Nº	2 JERINGAS DE CADA Nº 2 AGUJAS DE CADA Nº GASAS ESPARADRAPOS VARIOS PALAS PEDIATRICAS DESFIBRILADOR GEL CONDUCTOR, RASURADORA ELECTRODOS, PAPEL

ARTÍCULO ESPECIAL

Caso clínico de abordaje integral

Quel Collado M^aT¹, García López P², Gallo Vallejo FJ³

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad Docente de MFyC de Granada. 2010-2011

² Médico de Familia. Jefe de Estudios de la Unidad Docente de MFyC de Granada

³ Médico de Familia. Tutor del Centro de Salud Zaidín Sur. Unidad Docente de MFyC de Granada

INTRODUCCIÓN

Los problemas a los que se enfrenta el médico de familia son con frecuencia de gran complejidad. Los problemas clínicos se imbrican con problemas sociales y familiares. Además, la familia y la comunidad son relevantes como factores desencadenantes o condicionantes de problemas de salud y también pueden ser facilitadores para la resolución de los mismos.

La Medicina de Familia se caracteriza por la comprensión del paciente y de su enfermedad, basándose no sólo en los síntomas y signos, sino en los factores psicológicos y sociales que relaciona al sujeto con su contexto (1). Esto significa que la atención individual, familiar y comunitaria (y la bio – psico – social) son un todo indivisible y así debe de ser la atención bien hecha cuando tenga en cuenta simultáneamente todas esas caras de la misma moneda (2). Por tanto, para abordar estos problemas es necesario realizar un enfoque integral de los mismos.

La realización de un “caso clínico” que refleje y describa el proceso de enfermar en toda la gama de eventos que constituye la medicina de familia se convierte, tanto en una herramienta asistencial, como en un método de aprendizaje para los médicos especialistas en formación.

El presente artículo describe de manera resumida un caso clínico de abordaje integral que ha sido elaborado por un médico residente de cuarto año, con el objetivo de mostrar un ejemplo de este modelo de atención.

La tabla I explicita la estructura y etapas que se consideran necesarias para la realización de este trabajo.

A continuación se desarrolla como ejemplo este caso clínico.

Caso Clínico: **ABORDAJE DE UN ANCIANO FRÁGIL. CUIDADOS A RAÍZ DEL FALLECIMIENTO DE UN FAMILIAR. DESARROLLO DE SU RED SOCIAL.**

1.- Justificación de la elección del caso:

Se decidió el abordaje de este caso por la situación emocional y social de la paciente, así como por la morbilidad asociada.

La paciente consultó por mareo y pérdidas de memoria, síntomas de una gran magnitud en atención primaria, por su alta prevalencia y morbilidad asociada (caídas frecuentes, con el consiguiente riesgo de fractura, y dependencia para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria), además de los costes socioeconómicos derivados de los tratamientos farmacológicos, ayudas domiciliarias, etc.

El mareo es uno de los motivos de consulta más frecuente en atención primaria. También es una

Correspondencia: Pablo García López
Unidad Docente de Medicina Familiar y comunitaria
Hospital de San Juan de Dios, 15, 3ª planta
18001 Granada
E-mails: pablog@samfyc.es
pablof.garcia.sspa@juntadeandalucia.es

Recibido el 17-06-2011; aceptado para publicación el 22-08-2011
Med fam Andal 2011; 2: 195-205

de las principales causas de frustración para el médico y el paciente.

En cuanto a la pérdida de memoria hay que destacar la posición de privilegio que ocupa el médico de familia para afrontar los trastornos cognitivos de la población que atiende, derivada de la accesibilidad y de la continuidad asistencial, así como de la atención integral al paciente y su entorno. Estas características facilitan el diagnóstico diferencial de los diversos cuadros de deterioro cognitivo.

2.- Definición esencial y sucinta del caso:

Se inicia el estudio de una mujer de 77 años cuyos principales motivos de consulta son el mareo y la pérdida de memoria, así como el temblor, la sensación de inestabilidad y los despiertes frecuentes (Tabla II).

La paciente está separada de su marido. Actualmente vive con su nieto, adicto a drogas de abuso. Recientemente su segundo hijo y su amiga fallecieron.

3.- Descripción del caso:

3.1.- Anamnesis:

La mujer refería los siguientes antecedentes: cardiopatía hipertensiva, fibrilación auricular paroxística, dislipemia pura, artrosis primaria generalizada, cataratas bilaterales que no requerían cirugía por el momento, duelo por su hijo y amiga, carcinoma basocelular intervenido. No tenía hábitos tóxicos.

Se encontraba en tratamiento con enalapril 20 mg/24 horas, amlodipino 10 mg/24 horas, flecainida 100 mg/24 horas, ácido acetilsalicílico 100 mg/24 horas, omeprazol 20 mg/24 horas, beta-histina 16 mg/12 horas y analgésicos a demanda.

3.2.- Exploración Física:

Exploración general, cardíaca, respiratoria y abdominal sin signos destacables de mención.

Exploración ORL: la otoscopia bilateral mostraba tímpano deslustrado. Orofaringe normal. Cuello sin adenopatías palpables y bocio grado II.

Miembros inferiores sin hallazgos significativos.

Exploración neurológica: consciente, orientada en tiempo, espacio y persona. Funciones superiores conservadas. Pupilas isocóricas normoreactivas a la luz y a la acomodación, motilidad ocular extrínseca conservada, resto de pares craneales normales. Nistagmo izquierdo en el ojo derecho grado I/III. Campimetría por confrontación normal. Fondo de ojo normal. Fuerza 5/5 (Miembro superior derecho 4+/5), tono y sensibilidad simétrica y conservada. No dismetría. No disdacocinesia. Micrografía. Romberg negativo. Marcha en tándem inestable, de puntillas y talones sin inestabilidad. Reflejos osteotendinosos y musculares abolidos, sobre todo en el hemicuerpo derecho. Reflejo cutáneoplantar flexor bilateral. No se objetiva temblor en el momento de la exploración.

3.3.- Pruebas complementarias:

Analítica general normal. Perfil tiroideo (TSH 0.03, FT4 1.56); serologías (VIH y lúes) negativas; metabolismo óseo (PTHi 95, vitamina 25(OH) D 15, calcio y fosforo normales). Resto normal.

Electrocardiograma: ritmo sinusal a 70 latidos por minuto, eje izquierdo, PR de 0.12s, BRIDHH con Hemibloqueo anterior izquierdo. No alteraciones en la repolarización, ni en la despolarización.

Radiografía de tórax: no se aprecian condensaciones, ni derrames, ni alteraciones pleurales. Cardiomegalia a expensas de cavidades izquierdas. Elongación aórtica y calcificación del botón aórtico.

Ecografía tiroidea: tiroides aumentado de tamaño, con zonas hipoecogénicas en su interior de pequeño tamaño y múltiples nódulos en ambos lóbulos; uno en el lóbulo derecho de 32 x 31 mm de diámetro mayor.

3.4.- Escalas de estadificación y de valoración integral (3, 4, 5): Ver la Tabla III.

3.4.1.- Genograma: Ver figura 1.

Estructura familiar: familia monoparental con parientes próximos ampliada. Hace 15 años, la paciente se separó de su marido. Actualmente y tras el fallecimiento de su segundo hijo, su nieto se fue a vivir con ella.

Ciclo vital familiar: se encuentra en la etapa de contracción V (período centrífugo). Al tratarse de una familia monoparental se produce una dislocación del ciclo. Esta es la causa más frecuente de disrupción del ciclo vital, que afecta de forma importante a la dinámica familiar.

Acontecimientos vitales estresantes: hace siete meses falleció su segundo hijo por un carcinoma de pulmón con metástasis cerebrales, y posteriormente su mejor amiga. La muerte de un familiar es un acontecimiento vital estresante de primera magnitud, esta familia se enfrentó a una pérdida y reaccionó ante ella mediante un proceso circular, en el que participaron todos sus miembros, influyéndose y fortaleciéndose mutuamente, pero además toda la familia en duelo pasó por una crisis donde los roles se modificaron, donde su nieto se fue a vivir con ella para hacerle compañía. En este caso, el curso del duelo se está prolongado durante meses, y su intensidad es tal, que se siente sobrepasada, triste, apática, y con dificultad para disfrutar de las cosas cotidianas, bien porque se trató de una muerte repentina, o bien porque estaba más preocupada de atender las demandas de sus familiares, que de las propias. Además, padece los problemas de salud propios y de su familia (drogadicción de su nieto). Otro dato relevante es la acumulación de acontecimientos vitales estresantes, que tienen un efecto negativo, que pueden prolongarse con el tiempo. Sin embargo, estamos ante una familia con capacidad de adaptación y experiencia para afrontar situaciones de crisis; se encuentran en condiciones para modular el efecto negativo de los acontecimientos.

3.4.2. Valoración del grado de dependencia.

3.4.2.1.- Índices de KATZ y BARTHEL: la paciente es dependiente para el control de esfínteres, presentando incontinencia urinaria de esfuerzo.

3.4.2.2.- Índice de LAWTON Y BRODY: traduce una independencia total, aunque con limitación en el uso del transporte público.

3.4.3.- Valoración de la red social y el apoyo familiar:

3.4.3.1.- Escala de valoración sociofamiliar de Gijón: vive sola y tiene hijos próximos, que no le ayudan en las tareas del domicilio, ocupándose además del cuidado de sus nietos. La vivienda no tiene ascensor. Se relaciona y tiene apoyo solo con su familia. Tiene una pensión no contributiva, que gestiona ella sola. Presenta un riesgo social leve-moderado.

3.4.3.2.- Escala de evaluación de reajuste social (HOLMES Y RAHE): la paciente obtiene una puntuación superior a 250 UCV, es decir, una acumulación de acontecimientos vitales estresantes, que pueden producir problemas psicosociales, físicos o psíquicos, o incluso agravar sus patologías y alterar la función familiar.

3.4.3.3.- Evaluación de la red social a través del cuestionario APGAR II: en este caso, la paciente pide ayuda con frecuencia a su hija, que le oferta un apoyo emocional y afectivo.

3.4.4.- Valoración del deterioro cognitivo.

Minimental cognitivo o MEC (Lobo et al, 1979). No se identifica ningún deterioro cognitivo en el momento de la exploración.

Según la Escala Global de Deterioro, la paciente presenta un déficit cognitivo muy leve, ya que presenta olvidos frecuentes, pero normales para su edad, sin repercusiones negativas en el trabajo ni en otras situaciones sociales.

3.4.5.- Escala de depresión geriátrica de YESAVAGE reducida: existe una probabilidad alta de que se encuentre en estado depresivo. Se debe valorar la intensidad y la influencia en su vida cotidiana, antes de iniciar el tratamiento farmacológico.

3.4.6.- Escala de Tinetti: el resultado del cuestionario es de 17 de 28 puntos posibles (equi-

librio: 10 y marcha: 7). Presenta un riesgo elevado de caídas. Sin embargo no ha tenido caídas en el último año.

4. Impresión diagnóstica o identificación de problemas de salud:

4.1.- Temblor (6, 7, 8). En este caso, se trata de un temblor postural bilateral, que afecta a zonas distales y que no empeora en situaciones estresantes. Asocia bradicinesia (micrografía) e inestabilidad en la marcha.

Como causas secundarias del temblor, se descartaron las farmacológicas e infecciosas; de las posibles causas metabólicas destacaría el hipertiroidismo subclínico. Por tanto, el diagnóstico más probable sería de temblor fisiológico exaltado, secundario al hipertiroidismo. En la tabla IV se describen las causas más frecuentes de temblor.

4.2.- Mareo e inestabilidad (9). En la tabla V se muestran las entidades que pueden producir mareo.

El vértigo que presenta la paciente es de inicio súbito, e intensidad leve, desencadenado por los cambios posturales bruscos, acompañado de náuseas y vómitos. Las crisis son limitadas, con una duración de 10-20 segundos y recurrentes, durante meses. Niega acúfenos. Presenta hipoacusia estable, no fluctuante. No refiere síntomas neurológicos acompañantes. Ante la sospecha diagnóstica de un vértigo posicional paroxístico benigno, se le realizó la maniobra de Dix-Hallpike, que resultó positiva, apareciendo el nistagmo horizontal izquierdo grado I/III y sensación rotatoria.

La paciente diferencia la sensación de giro de objetos, recurrente, que se desencadena con los movimientos cefálicos, que controla con sedantes vestibulares (vértigo) de la inestabilidad sin mareo durante la marcha (desequilibrio), que mejora en decúbito y en reposo. Ésta última puede deberse a déficit sensoriales (cataratas bilaterales, hipoacusia bilateral), gonartrosis bilateral y polifarmacia, sin poder descartar una fase inicial de un parkinsonismo, al asociar bradicinesia.

4.3.- Deterioro cognitivo (10). En la tabla VI se presentan las causas de deterioro cognitivo y en la VII el diagnóstico diferencial de este.

Al evaluar las quejas de pérdida de memoria, no se objetivan defectos en el trabajo o situaciones sociales, siendo la paciente independiente para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. No afecta a otras funciones corticales. Estas circunstancias orientan hacia una alteración de memoria asociada a la edad, exaltada por la situación emocional de la paciente y las alteraciones metabólicas, que dificultarían su capacidad de concentración.

4.4.- Trastorno de adaptación versus duelo patológico (11).

La paciente refiere ánimo triste, dificultad para afrontar nuevos proyectos, apatía, anhedonia, falta de concentración, preocupaciones, de intensidad suficiente para limitar sus actividades sociales (ha dejado de salir sola, de viajar...), pero no afecta a otras esferas de su vida diaria. Al interrogar sobre la existencia de acontecimientos estresantes un mes antes del comienzo de los síntomas, explica que hace seis meses falleció su hijo tras una corta enfermedad, y cuatro meses después falleció una de sus mejores amigas, con la que compartía sus aficiones y tiempo libre.

La DSM- V diferencia entre duelo prolongado y trastorno adaptativo. Para identificar si estamos ante un duelo patológico pueden servir de ayuda los criterios diagnósticos del "Trastorno por Duelo Prolongado" de Prigerson, Vanderwerker & Maciejewski (2007) propuestos para el DSM-V. Según la CIE-10, en los trastornos adaptativos, los pacientes se sienten sobrepasados por los acontecimientos y son incapaces de adaptarse a las circunstancias. Presentan alteraciones emocionales que interfieren con su actividad social y aparece tras un cambio biográfico significativo o un acontecimiento vital estresante. El acontecimiento guarda una relación clara con la circunstancia estresante, de modo que el trastorno suele iniciarse en el mes posterior y los síntomas rara vez exceden de los 6 meses. La predisposición y vulnerabilidad personal desempeñan un papel importante en el desarrollo del cuadro, aunque siempre es necesario que exista el acontecimiento estresante. Dichas manifestaciones acaban generando

do cierta incapacidad para la actividad social o laboral. Por tanto, el diagnóstico más probable de la situación actual es un duelo patológico, por su intensidad, por su duración y su repercusión social. El diagnóstico diferencial, se realizó con el trastorno disociativo, depresión, trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno somatomorfo. Se descartaron, porque sus síntomas son de intensidad leve y su evolución no está siendo tórpida.

4.5.- Hipertiroidismo subclínico. En la tabla VIII se exponen las causas de hipertiroidismo (12,13). Para el estudio de déficit cognitivo y las alteraciones del estado de ánimo, se solicitó el perfil tiroideo. En este caso, coexisten niveles normales de FT4 y FT3, con TSH suprimida, luego correspondería a un hipertiroidismo primario subclínico. Además, en la exploración se detectó un bocio con múltiples nódulos, sin evidencia de oftalmopatía, ni dermopatía. La paciente no tomaba fármacos causantes del hipertiroidismo. Por lo tanto, el diagnóstico más probable sería un Bocio multinodular tóxico. No obstante para confirmar el diagnóstico y descartar otras causas, se pidieron los anticuerpos TSI, que resultaron ser negativos. De igual modo se solicitó una interconsulta al servicio de Endocrinología, para continuar estudio (gammagrafía tiroidea y paratiroidea).

4.6.- Hiperparatiroidismo secundario a déficit de vitamina D (14,15).

Se solicitó el metabolismo óseo en el contexto de la paciente (edad, riesgo elevado de caídas...). Se detectó una Paratrina (PTHr) elevada y un déficit de 25(OH) vitD3. Tanto los niveles de calcio, como los de fósforo sérico, calciuria y la albúmina estaban dentro de los rangos de la normalidad. Para continuar su estudio se solicitó densitometría ósea.

Todos los datos anteriores, junto con los síntomas de debilidad y fatigabilidad, cansancio intelectual y alteraciones psíquicas, así como los acontecimientos vitales estresantes, pueden ser causantes de su estado de ánimo.

4.7.-Incontinencia urinaria (16-19). En la tabla IX se despliegan los tipos de incontinencia urinaria. La paciente refiere pérdidas urinarias diurnas, ante mínimos esfuerzos, sobre todo al

toser o coger objetos pesados, sin deseo repentino e incontrolable de orinar, ni escapes de orina cuando tiene ganas de orinar. Presenta nicoturia (3 ocasiones). No asocia polaquiuria, disuria, hematuria, ni fiebre. Por lo tanto, el diagnóstico más probable es la incontinencia de esfuerzo. Los riesgos más importantes para el desarrollo de incontinencia son la paridad (cuatro gestaciones y tres partos vaginales), la obesidad, el déficit estrogénico y la edad. Tanto el tratamiento con calcioantagonistas como el prolapso uterino grado II pueden favorecer la incontinencia.

4.8.- Polimedicación: ingiere de 7 a 8 fármacos a diario con adecuada adherencia terapéutica. El elevado consumo de fármacos en el anciano genera importantes problemas, entre los que se encuentran el aumento de reacciones adversas y de las interacciones entre fármacos, así como el mayor incumplimiento terapéutico; es este último factor uno de los más importantes que suele comprometer el éxito del tratamiento. Se evaluaron las implicaciones de la polimedicación en la sintomatología que expresaba la paciente. Así se puso de manifiesto su influencia en el desequilibrio y la incontinencia urinaria.

4.9.- La presbiacusia constituye una de las causas más frecuentes de sordera en nuestra sociedad. Es el envejecimiento de la función auditiva que conlleva un deterioro en la discriminación de la palabra, y por ello, se asocia a problemas psicológicos y de comunicación.

4.10.- Juicios clínicos:

- Cardiopatía hipertensiva. Fibrilación auricular paroxística.
- Dislipemia pura. Obesidad troncular grado I.
- Carcinoma basocelular intervenido.
- Deterioro cognitivo leve: alteración de la memoria asociada a la edad.
- Trastorno adaptativo con predominio de alteraciones de otras emociones (Duelo patológico).
- Acumulación de acontecimientos vitales estresantes. Red social y familiar alterada.

- Hiperparatiroidismo secundario al déficit de vitamina D. Riesgo de caídas elevado.
- Hipertiroidismo subclínico: Bocio multinodular tóxico. Temblor fisiológico exaltado.
- Vértigo posicional paroxístico benigno. Desequilibrio multifactorial. Presbiacusia.
- Incontinencia urinaria de esfuerzo.
- Polimedicación.
- Cataratas bilaterales.

5.- Plan de actuación. Posibles cursos de actuación.

Se detectaron varios problemas clínicos y sociales en la paciente objeto de estudio. Parte de ellos eran conocidos y tratados por su médico de atención primaria (cardiopatía hipertensiva, fibrilación auricular, dislipemia), el resto se identificaron durante la elaboración del presente "caso clínico". De estos, se seleccionaron aquellos que se pueden abordar con las herramientas disponibles en atención primaria.

Tanto el hipertiroidismo subclínico como el hiperparatiroidismo requieren un seguimiento hospitalario.

A. Duelo complicado. La actitud al intervenir en un duelo complicado se puede resumir con el acrónimo R E F I N O, siendo Relación (R), Escucha (E), Facilitación (F), Informar (I), Normalizar (N) y Orientar (O).

Se realizaron una serie de visitas programadas y acordadas con la paciente (dos veces en semana de quince minutos de duración cada una), donde se valoraron los progresos obtenidos, los cambios y la consecución de los tareas prescritas en la visita anterior, y se plantearon nuevos retos accesibles, para las visitas sucesivas. No se planteó iniciar tratamiento farmacológico, debido a que la intensidad de los síntomas no lo requería.

B. Vértigo posicional paroxístico: la paciente controlaba las crisis de vértigo con sedantes vesti-

bulares, y se negó a otras medidas terapéuticas (maniobras de recolocación de partículas). Por tanto, continuó con tratamiento conservador de forma intermitente según sintomatología y se acordó con la paciente que en el caso de producirse una exacerbación de la sintomatología se valoraría la realización de una interconsulta al servicio de otorrinolaringología.

C. En el desequilibrio del anciano es conveniente corregir los déficits sensoriales (cataratas, presbiacusia) y eliminar barreras arquitectónicas en el domicilio (vive en un primero sin ascensor).

Se disminuyó el número de fármacos al retirar los sedantes vestibulares y los analgésicos. Se aconsejó el uso de bastón o andadores. También se le explicaron ejercicios de rehabilitación del equilibrio y se le enseñó a levantarse del suelo.

D. Bocio multinodular tóxico: en estos casos raramente se produce una resolución espontánea con tratamiento antitiroideo prolongado, por lo que el tratamiento definitivo debe hacerse con cirugía ó con yodo-131. En casos muy severos o en gente mayor está indicado el tratamiento antitiroideo inicial para conseguir el estado eutiroideo. Éste se mantiene hasta tres días antes de administrar el yodo y se reintroduce después hasta que se inicie el efecto del mismo. La elección posterior del tipo de tratamiento debe hacerse de forma conjunta con el paciente valorando los riesgos y beneficios.

E. Alteración de la memoria asociada a la edad: se realizará una reevaluación a los 3-6 meses.

F. Incontinencia urinaria de esfuerzo: las estrategias terapéuticas iniciales son los métodos no invasivos, como cambios en el estilo de vida (pérdida de peso, limitar la ingesta de líquidos a dos litros por día, evitar cafeína, alcohol y tabaco) y la realización de ejercicios del suelo pélvico o KEGEL; si no se consiguieran los resultados deseados se propondría el tratamiento quirúrgico.

G. Presbiacusia: no existe un tratamiento médico ni quirúrgico eficaz para la presbiacusia, siendo la adaptación protésica a veces difícil por los acúfenos y por la disminución de la inteligibilidad. En este caso se desestimo.

6.- Tareas pendientes:

La realización de pruebas complementarias como la Densitometría ósea y la Gammagrafía (tiroidea y paratiroidea).

La interconsulta a Endocrinología.

Dentro de las recomendaciones terapéuticas, continuación con el programa de visitas sucesivas, semanales, de quince minutos de duración, para el control y seguimiento de los síntomas, abordaje de las barreras o dificultades encontradas por la paciente, los logros obtenidos, y planificar tareas nuevas.

Favorecer la utilización de los programas implantados y subvencionados por el patronato del Ayuntamiento de Granada para aumentar su red social. Fomentar la asistencia a los talleres de Pintura.

Realización de control multidisciplinar estricto del peso. Se recomendó la pérdida de peso, a través de ejercicio de intensidad leve y regular y dieta adecuada a su comorbilidad.

Se le prescribe la realización supervisada de ejercicios de suelo pélvico o ejercicios de Kegel, de manera regular, durante dos meses, y evaluación posterior. Se valorará la posibilidad de tratamiento quirúrgico si no existe mejoría sintomática.

En relación con los vértigos posicionales, se mantendrá un periodo de tiempo de observación durante seis meses, si la intensidad, la duración y la limitación funcional aumentase, se derivará al Servicio de Otorrinolaringología para realizar las maniobras de recolocación de partículas.

Seguimiento y reevaluación trimestral del deterioro cognitivo.

Se realizará una intervención familiar, con citas programadas con la familia, para abordar preocupaciones relacionada con las relaciones familiares, la sobreprotección de sus hijos....

7.- Dificultades encontradas en el enfoque/resolución del caso:

Las principales dificultades encontradas en la resolución del problema dependen de la falta de

accesibilidad a determinadas pruebas o exploraciones por parte del médico de familia, como la gammagrafía tiroidea.

Se realizaron cambios en la orientación de la batería inicial de pruebas complementarias, de tal modo que en lugar de solicitar un TAC craneal y una cita con Neurología, se solicitó una Ecografía tiroidea-paratiroides y una interconsulta a Endocrinología, debido a que en el diagnóstico diferenciar del temblor, inicialmente, se interpreto como un síndrome parkinsoniano de inicio, en lugar de un temblor fisiológico exaltado secundario a un hipertiroidismo.

Existe dificultad en contactar con los familiares con regularidad.

Tiempo necesario para abordar este tipo de problemas con la suficiente seriedad.

Falta de conocimiento de los planes de ayuda social y de la función precisa de los servicios sociales. Consecución progresiva de una relación de confianza con el paciente.

8.- Autoevaluación del residente:

La utilización de un caso clínico como método didáctico, resulta de gran utilidad para nuestra formación debido a que requiere una revisión de la bibliografía para realizar un abordaje completo, aumentando así los conocimientos sobre un determinado tema en concreto, su manejo diagnóstico y terapéutico. También fortalece la relación del médico con el paciente y su contexto. Produce una satisfacción personal al dar respuesta a los problemas de sus pacientes.

Es cierto que resulta muy beneficioso para el paciente, aunque hay que reconocer que es muy laborioso, por el tiempo que requiere. Pero merece la pena.

9.- Bibliografía:

1. Turabián JL, Perez Franco B. El médico con tres cabezas. Aten Primaria. 2006; 38: 570-3.

2. Gervás J, Pérez Fernandez F, Albert Cuñat V, Martínez Pérez JA. El Caso Clínico en Medicina General. Aten Primaria. 2002; 30: 405-10.
3. De La Revilla L, De los Ríos A. Abordaje familiar de los problemas psicosociales. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, Editores. Atención Primaria: Conceptos, organización y práctica clínica. 6 ed. Barcelona: Elsevier; 2008. p. 105-7
4. Servicio Canario de Salud. Guía de actuación en las personas mayores en atención primaria: Test, escalas y cuestionarios en atención primaria. Consejería de Sanidad y Consumo del Gobierno de Canarias; 2002. p. 51-66.
5. Espinàs Boquet J, Vilaseca Canals J. Guía de tests y criterios diagnósticos en Atención Primaria. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Barcelona; 2007: 15-98.
6. Mahlon R, DeLong JL. Enfermedad del Parkinson y otros trastornos del movimiento. En: Harrison, Principios de Medicina Interna. 16 ed. Madrid: McGraw-Hill, Interamericana; 2006. p. 2648-61.
7. Smaga S. Temblor. Am Fam Physician. 2003; 68: 1545-52.
8. Casabells Abril B. Temblor. En: Guía de Actuación en Atención Primaria. 3 ed. Barcelona: semFYC; 2006. p. 387-93
9. Salazar Scheiffer MJ. Mareo y vértigo. En: Guía de Actuación en Atención Primaria. 3 ed. Barcelona: semFYC; 2006. p. 369-77.
10. Espinàs Boquet J. Pérdida de la memoria y demencia. En: Guía de Actuación en Atención Primaria. 3 ed. Barcelona: semFYC; 2006. p. 419-27.
11. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Plan Nacional para el SNS del Ministerio de Sanidad y Consumo. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Madrid: Agencia Laín Entralgo; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS Nº 2006/10.
12. Biondi B, Palmieri EA, Klain M, Schlumberger M, Filetti S, Lombardi G. Subclinical hyperthyroidism: clinical features and treatment options. Eur J Endocrinol. 2005; 152: 1-9.
13. Pearce EN. Diagnosis and management of thyrotoxicosis. BMJ. 2006; 332: 1369-73.
14. Martínez Díaz-Guerra G, Hawkins Carranza F. Concepto, etiología y epidemiología del hiperparatiroidismo primario. Endocrinol Nutr. 2009; 56: 2-7.
15. Quesada Gómez JM. Evaluación diagnóstica y diagnóstico diferencial del hiperparatiroidismo primario. Endocrinol Nutr. 2009; 56 (Supl 1): 14-9.
16. National Institute for Health and Clinical Excellence. Urinary incontinence: the management of urinary incontinence in women. NICE clinical guideline 40; 2006.
17. Du Beau CE. Clinical presentation and diagnosis of urinary incontinence. UpToDate; 2009.
18. Espuña Pons M, Rebollo Álvarez P, Puig Clo- ta M. Validación de la versión española del International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form. Un cuestionario para evaluar la incontinencia urinaria. Med Clin (Barc). 2003; 122: 288-92
19. Litago MC, Sada MJ. Tratamiento de la incontinencia urinaria en mayores de 65 años. BIT. Boletín de Información Terapéutica de Navarra 2007; 15: 36-47.

Tabla I. Etapas del caso clínico de abordaje integral

- 1.- *Justificación de la elección del caso.*
- 2.- *Definición esencial y sucinta del caso.*
- 3.- *Descripción del caso.*
 - 3.1.- *Anamnesis.*
 - 3.2.- *Exploración física.*
 - 3.3.- *Pruebas complementarias.*
 - 3.4.- *Escalas de estratificación y valoración integral.*
- 4.- *Impresión diagnóstica o identificación de problemas de salud. Juicios clínicos.*
- 5.- *Plan de actuación/posibles cursos de actuación.*
- 6.- *Tareas pendientes.*
- 7.- *Dificultades encontradas en el enfoque/resolución del caso.*
- 8.- *Autoevaluación.*
- 9.- *Bibliografía.*
- 10.- *Anexos.*

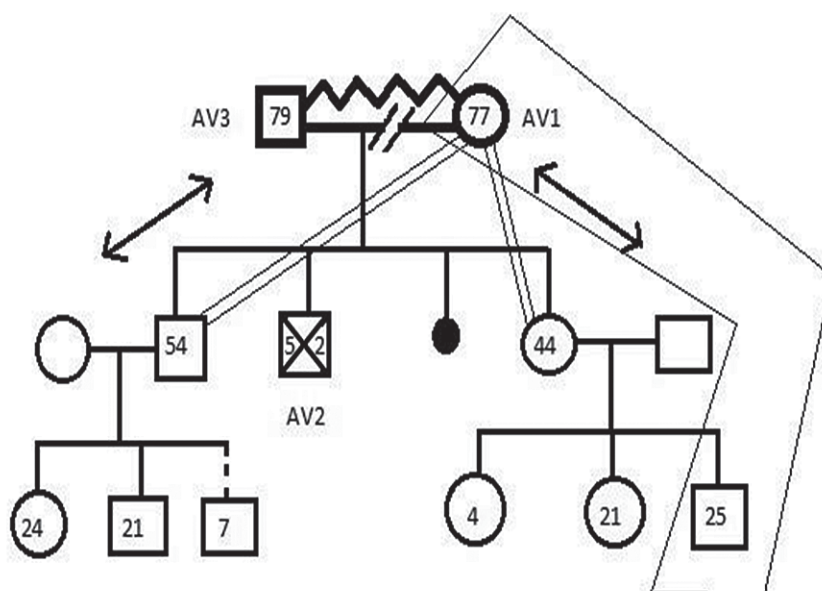
Tabla II. Principales Motivos de Consulta de la Paciente

- Temblor bilateral postural.
- Sensación de inestabilidad y de giro de objetos, reiterados, relacionados con los movimientos cefálicos de segundo de duración.
- Despistes de memoria frecuentes, que no interfieren en su vida cotidiana.
- Incontinencia urinaria de esfuerzo.
- Animo triste, anhedonia, apatía, falta de concentración.

Tabla III. Escalas de estratificación y valoración integral

- 1.- Genograma.
- 2.- Valoración del grado de dependencia:
 - Índice de Katz y Barthel (Actividades básicas de la vida diaria.)
 - Índice de Lawton-Brody (Actividades instrumentales de la vida diaria).
- 3.- Valoración de red social y apoyo familiar.
 - Escala de valoración sociofamiliar de Gijón.
 - Escala de evaluación de reajuste social (HOLMES Y RAHE).
 - Evaluación de la red social a través del cuestionario APGAR II:
- 4.- Valoración del deterioro cognitivo:
 - Minimental cognitivo o MEC (Lobo et al, 1979).
 - Escala Global de deterioro.
- 5.- Escala de depresión geriátrica de YESAVAGE reducida.
- 6.- Escala de Tinetti

Figura 1. Genograma



AV1: HTA, FA paroxística, Dislipemia, Artrosis primaria. Duelo.

AV2: Carcinoma de pulmón y metástasis cerebrales.

AV3: Carcinoma de laringe.

Tabla IV. Tipos de Temblor más frecuentes

- **Parkinsonismo:** caracterizado por bradicinesia y al menos uno de los siguientes síntomas: temblor de reposo, rigidez muscular e inestabilidad.
- **Temblor esencial:** es un temblor postural, bilateral, que se puede acompañar en menor o mayor grado de un temblor de acción. Su frecuencia es de 4-12 Hz. Su inicio es bilateral, con predominio de afectación de zonas distales. No síntomas neurológicos asociados.
- **Temblor fisiológico exaltado:** es un temblor postural, incrementado por factores desencadenantes (fármacos, metabólicos, tóxicos e infecciosos).

Tabla V. Mareo e inestabilidad

- Vértigo
- Síncope / presíncope
- Desequilibrio
- Mareo psicógeno

Tabla VI. Clasificación del Deterioro cognitivo.

A.- Envejecimiento fisiológico.
B.- Deterioro cognitivo leve:
- Alteración de la memoria asociada a la edad (AMAE).
- Deterioro cognitivo asociado a la edad (DCAE). Criterios diagnósticos IPA-OMS.
C.- Demencia: (DSM-IV).

Tabla VII. Diagnostico diferencial del Deterioro Cognitivo (10).

	Envejecimiento fisiológico	AMAE	DECAE	Demencia
Alteración de la memoria	SI	SI	SI	SI
Alteración de las actividades básicas diarias	NO	NO	NO	NO
Alteración de las actividades complejas	NO	NO	I	SI
Otros trastorno cognitivos	NO	NO	LEVE	SI
Resultados de test psicométricos:				
• MEC	>24	>24	≥24	<24
• GDS	1	2	3	4

Tabla VIII. Causas más frecuentes de hipertiroidismo

- Enfermedad de Graves.
- Bocio multinodular tóxico
- Adenoma tóxico
- Hipertiroidismo yodoinducido (Fenomeno de JodBasedow)
- Enfermedad trofoblástica.
- Hipertiroidismo debido a exceso de TSH.

Tabla IX. Tipos de incontinencia urinaria

- Incontinencia de esfuerzo.
- Incontinencia de urgencia.
- Incontinencia mixta.
- Incontinencia por rebosamiento
- Incontinencia urinaria transitoria o reversible:

¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO?

Dedos en palillos de tambor

Sánchez Martínez S¹, Gómez Rodríguez P¹, Gutiérrez Marín C², Marmesat Guerrero F²

1 Residente MFYC. Centro de Salud Mairena del Aljarafe, Sevilla

2 MFYC. Centro de Salud Mairena del Aljarafe, Sevilla

Paciente de 43 años que consulta por clínica de varios meses de evolución consistente en tos seca de forma discontinua, sobre todo nocturna y matutina, junto con sensación disneica a pequeños y moderados esfuerzos que mejoraba con inhaladores B2 de corta duración y corticoides inhalados. Además refiere febrícula vespertina menor

de 37.5°C y dolor en articulaciones interfalángicas distales de ambas manos. No presenta síndrome constitucional. Como antecedentes personales presenta alergia al polen con manifestación de rinitis, fumadora de un paquete al día durante unos veinte años hasta hace unos meses e intervenida quirúrgicamente de doble anexectomía, en tratamiento sustitutivo

con parches de estrógenos, y amigdalectomía. En la exploración física presenta buen estado general, consciente, orientada, bien hidratada y perfundida. TA125/73. Corazón rítmico sin soplos ni roces a buena frecuencia. Buen murmullo vesicular bilateral sin ruidos patológicos. No signos inflamatorios en manos con dedos en palillo de tambor. Como pruebas complementarias se solicitan analítica con bioquímica con perfil reumático y tiroideo, hemograma, electrocardiograma, radiografía de tórax y manos siendo todos los resultados normales. Por último se solicita espirometría en la que se objetiva un patrón restrictivo.

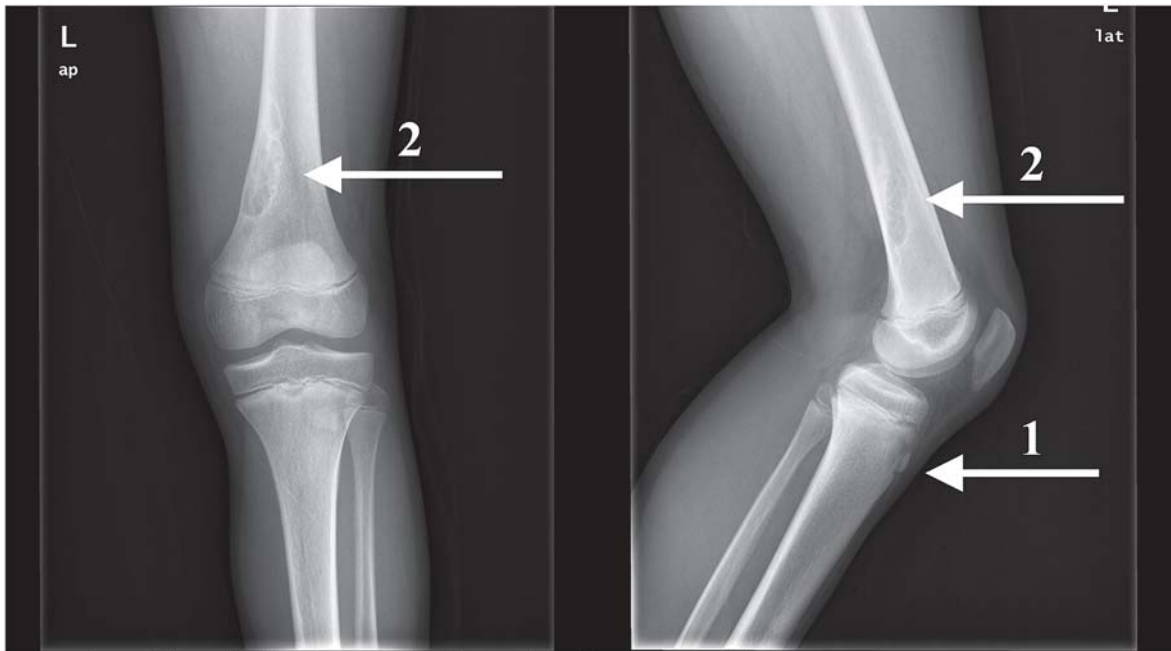
Diagnóstico diferencial de acropaquias.

- 1- Neoplasia de pulmón.
- 2- Linfomas.
- 3- Neumopatías no oncológicas.
- 4- Etiología infecciosa.
- 5- Acropaquia idiopática.



Comentarios a CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO (del Vol. 12, Núm. 1) (Med fam Andal 2011; 12: 86)

Respuestas razonadas



1. Leve edema de los tejidos blandos anteriores a la TTA y ligera fragmentación de la misma
2. Lesión radiolúcida en la metáfisis de fémur izquierdo, de localización excéntrica con patrón de destrucción óseo geográfico. La cortical esta ligeramente adelgazada e insuflada.

Nos encontramos ante dos hallazgos visualizados en ambas radiografías: uno que justifica el motivo de consulta y clínica del paciente, y otro presenciado de forma incidental.

La **lesión 1** se correlaciona con la *enfermedad de Osgood-Schlatter*, la cual se presenta generalmente en varones con edades comprendidas entre los 11 y los 18 años. Con frecuencia está ligada a esta patología la historia de participación en actividades deportivas y el rápido crecimiento previo al inicio de los síntomas. La causa, aún desconocida, posiblemente se deba a microavulsiones repetitivas de la tuberosidad tibial anterior (TTA). En un 25% se muestra de forma bilateral.

Clínicamente existe dolor a la palpación y tumefacción a nivel de TTA sin signos de derrame sinovial, además de dolor a la hiperflexión pasiva de la rodilla o maniobra de extensión de la rodilla contraresistencia. Se puede palpar la inflamación de las partes blandas en la región afectada.

Los hallazgos radiológicos para fractura suelen ser negativos. Es frecuente visualizar tumefacción de las partes blandas de la zona provocando edema de la piel, protuberancia superficial en tendón rotuliano o calcificaciones en el mismo, y de forma menos frecuente osificación irregular o avulsión de la TTA.

El tratamiento suele ser conservador mediante reposo funcional de la articulación añadiendo medicación analgésica según requiera el dolor. La colocación de un vendaje infrapatelar puede mejorar la sintomatología. Tras un período de tiempo, cuando haya desaparecido la sintomatología, conviene realizar ejercicios para fortalecer el cuádriceps.

Como diagnóstico diferencial propusimos varios cuadros clínicos que no se corresponden con la patología de nuestro paciente por los siguientes motivos: el *síndrome de Sindin-Larsen-Johansson* se presenta como una apofisitis distal de la rótula en la zona de anclaje con el tendón rotuliano debido a ejercicio físico; el *síndrome femoropatelar* es debido a una mala alineación ó anomalía en la articulación del fémur con la rótula; la *osteochondritis disecante*, patología que afecta la rodilla y que se caracteriza por la separación o el colapso de un segmento de hueso subcartilaginoso y por la fragmentación secundaria del cartílago articular superpuesto y finalmente la *bursitis prepatelar* que aparece en sujetos cuyo trabajo les obliga a permanecer de rodillas durante largos períodos de tiempo.

El hallazgo incidental de la figura 2 (**lesión 2**) corresponde a un *fibroma no osificante* (FNO). Junto al defecto fibroso cortical posiblemente sea una de las imágenes más frecuentes que encuentran los radiólogos. Los FNO son lesiones fibrosas, benignas, no considerándose neoplasias, que tienen predilección por huesos largos, particularmente fémur y tibia diferenciándose del defecto fibroso cortical en el tamaño (el FNO es más extenso) y en la afectación de la medular del hueso por parte del FNO ya que el defecto fibroso cortical se limita solamente al córtex. Muchos investigadores los definen como defectos del desarrollo. Aparecen en el 30% de los individuos sanos (principalmente varones) en la primera y segunda década de la vida. No suelen aparecer después de los 30 años.

En la mayoría de los casos el FNO es asintomático y se descubre como hallazgo casual cuando se realiza prueba de imagen por un traumatismo o clínica dolorosa en zonas adyacentes. Se muestra como una imagen radiolúcida, elíptica, en el córtex de la metáfisis de un hueso largo delimitada por un borde esclerótico. Un criterio diagnóstico fundamental es que no presentan periostitis.

Rutinariamente tienden a la cicatrización, desapareciendo totalmente. El crecimiento de la lesión no altera el diagnóstico pero cabe destacar que con este cambio de tamaño, si es de forma exagerada, podrían aparecer fracturas patológicas por traumatismos menores. Los defectos corticales raramente se fracturan.

Las patologías del diagnóstico diferencial no se corresponden con la lesión radiográfica ni el caso clínico por lo siguientes aspectos: el *osteoblastoma* suele aparecer entre los 20 y los 30 años y la lesión se rodea de un halo de periostio nuevo; el infarto óseo afecta a personas de edad media o avanzada y son lesiones calcificadas que afectan a la médula del hueso; por último, la displasia fibrosa produce una lesión que es una mezcla casual de tejido fibroso inmaduro y fragmentos pequeños de hueso trabecular también inmaduro, además suele localizarse en los extremos proximales de los huesos.

Conclusiones:

Nos encontramos ante dos patologías frecuentes, benignas, que a menudo producen impacto a los ojos del médico de familia provocando derivaciones a especialistas o urgencias de forma innecesaria. El tratamiento en ambas es conservador, con controles radiográficos para observar la evolución de las lesiones (normalmente las dos patologías reseñadas tienden a la curación, rara vez dejando secuelas). ¿Cómo las reconocemos? La mejor forma es familiarizarse con su aspecto general, viendo ejemplos en libros de texto (esto se puede hacer en apenas 15-20 minutos).

Las lesiones explicadas en este caso clínico son tan características que no deben plantear diagnóstico diferencial aunque en algunas ocasiones sean otras patologías las que las simulen. En este caso, será el radiólogo el que tenga la última palabra evitando así exploraciones complementarias (como una biopsia en el FNO) que no estén justificadas.

Bibliografía:

- Helms CA. Lesiones líticas benignas. En: Helms CA, editor. Radiología del esqueleto. 2ª edición. Madrid: Marban Libros SL; 1999. p. 9-40 .

- Resnick MD, Kyriakos M, Greenway GD. Tumores y lesiones óseas pseudotumorales: diagnóstico por la imagen y anatomía patológica de lesiones específicas. En: Resnick MD, Kransdorf MJ, editores. Huesos y articulaciones en imágenes radiológicas. 3ª edición. Madrid: Elsevier; 2006. p. 1120-1197.
- Resnick MD, Kransdorf MJ. Osteocondrosis. En: Resnick MD, Kransdorf MJ, editores. Huesos y articulaciones en imágenes radiológicas. 3ª edición. Madrid: Elsevier; 2006. p. 1089-1108.
- Greenspan A. Tumores y pseudotumores benignos III: Lesiones fibrosas, fibroósas y fibrohistiocíticas. En: Greenspan A, editor. Radiología de huesos y articulaciones. España: Marban SL; 2006. p. 627-648.
- Greenspan A. Rodilla. En: Greenspan A, editor. Radiología de huesos y articulaciones. España: Marban S.L; 2006. p. 243-292.
- Mahiques A. Tumores del Sistema Músculo – Esquelético. Valencia: Mahiques A; [citado 21 de feb 2011]; [aprox.3 pantallas]. URL: <http://www.arturomahiques.com/index.htm>
- Crespo Salgado JJ, Cristofini, PX, Blanco Moure, Dr. Heuleu JN. La enfermedad de Osgood-Schlatter. A propósito de 14 casos. Archivos de Medicina del Deporte 1991; 8: 161-7

PUBLICACIONES DE INTERÉS / ALERTA BIBLIOGRÁFICA

(1 de Enero a 30 de Abril de 2011)

Manteca González A

Médico de Familia. Centro de Salud El Palo

Los artículos publicados en abril 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:

1. MEDICINA DE FAMILIA / ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD. MFC

Caudill TS, Lofgren R, Jennings CD, Karpf M. Commentary: Health care reform and primary care: training physicians for tomorrow's challenges. Acad Med. 2011; 86: 158-160 [AO,II]
21270552

Hawkes N. Bigger is better for primary care. BMJ. 2011; 342: d1754 [AO,I]
21430000

Scott I, Gowans M, Wright B, Brenneis F, Banner S, Boone J. Determinants of choosing a career in family medicine. CMAJ. 2011; 183: E1-E8 [S,II]
20974721

Buddeberg-Fischer B, Klaghofer R, Stamm M. Family physicians in Switzerland: transition from residency to family practice. Fam Med. 2011; 43: 29-36 [S,I]
21213134

Osman H, Romani M, Hlais S. Family medicine in arab countries. Fam Med. 2011; 43: 37-42 [T,I]
21213135

Mendoza MD, Smith SG, Eder MM, Hickner J. The seventh element of quality: the doctor-patient relationship. Fam Med. 2011; 43: 83-89 [C,II]
21305423

Egnew TR, Wilson HJ. Role modeling the doctor-patient relationship in the clinical curriculum. Fam Med. 2011; 43: 99-105 [C,I]
21305424

Walling A. Why? A personal reflection on becoming a family physician. Fam Med. 2011; 43: 201-202 [AO,II]
21380954

Robertson J, Moxey AJ, Newby DA, Gillies MB, Williamson M, Pearson SA. Electronic information and clinical decision support for prescribing: state of play in Australian general practice. Fam Pract. 2011; 28: 93-101 [C,I]
21109619

Bowman MA. The complexity of family medicine care. J Am Board Fam Med. 2011; 24: 4-5 [AO,I]
21209338

Katerndahl D, Wood R, Jaén CR. Family medicine outpatient encounters are more complex than those of cardiology and psychiatry. J Am Board Fam Med. 2011; 24: 6-15 [T,I]
21209339

Borrell F. Empatía, un valor troncal en la práctica clínica. Med Clin (Barc). 2011; 136: 390-397 [R,II]
19732917

Nilsen S, Werner EL, Maeland S, Eriksen HR, Magnussen LH. Considerations made by the general practitioner when dealing with sick-listing of patients suffering from subjective

- and composite health complaints. *Scand J Prim Health Care*. 2011; 29: 7-12 [C,I]
20822375
- Velasco M, Zentner A, Busse R. The effects of gatekeeping: A systematic review of the literature. *Scand J Prim Health Care*. 2011; 29: 28-38 [M,II]
21192758
- ## 2. RIESGO CARDIOVASCULAR. RC
- Freeman JV, Zhu RP, Owens DK, Garber AM, Hutton DW, Go AS, et al. Cost-effectiveness of dabigatran compared with warfarin for stroke prevention in atrial fibrillation. *Ann Intern Med*. 2011; 154: 1-11 [CE,II]
21041570
- Baker WL, Colby JA, Tongbram V, Talati R, Silverman IE, White CM, et al. Neurothrombectomy devices for the treatment of acute ischemic stroke: state of the evidence. *Ann Intern Med*. 2011; 154: 243-252 [M,I]
21242342
- Khatri P. Neurothrombectomy devices for acute ischemic stroke: a state of uncertainty. *Ann Intern Med*. 2011; 154: 285-287 [AO,I]
21242343
- Clase CM, Gao P, Tobe SW, McQueen MJ, Grosshennig A, Teo KK, et al; on behalf of the ONTARGET (ONgoing Telmisartan Alone and in combination with Ramipril Global Endpoint Trial) and TRANSCEND (Telmisartan Randomized Assessment Study in Angiotensin-Converting-Enzyme-Inhibitor Intolerant Subjects with Cardiovascular Disease). Estimated glomerular filtration rate and albuminuria as predictors of outcomes in patients with high cardiovascular risk: a cohort study. *Ann Intern Med*. 2011; 154: 310-318 [S,II]
21357908
- Cucchiara B, Kasner SE. Transient ischemic attack. *Ann Intern Med*. 2011; 154: ITC11 [R,I]
21200033
- Mediano O, Barbé F. ¿La apnea del sueño paucisintomática es un factor de riesgo cardiovascular? *Arch Bronconeumol*. 2011; 47: 1-2 [AO,I]
21190769
- Ortega F, Vellisco A, Márquez E, López-Campos JL, Rodríguez A, Sánchez MA, et al. Efectividad de un programa de orientación cognitiva con y sin tratamiento sustitutivo con nicotina en la cesación tabáquica en pacientes hospitalizados. *Arch Bronconeumol*. 2011; 47: 3-9 [EC,I]
20870337
- Kubzansky LD, Park N, Peterson C, Vokonas P, Sparrow D. Healthy psychological functioning and incident coronary heart disease: the importance of self-regulation. *Arch Gen Psychiatry*. 2011; 68: 400-408 [S,I]
21464364
- Graham AL, Cobb NK, Papandonatos GD, Moreno JL, Kang H, Tinkelman DG, et al. A randomized trial of Internet and telephone treatment for smoking cessation. *Arch Intern Med*. 2011; 171: 46-53 [EC,I]
21220660
- Earnshaw SR, Scheiman J, Fendrick AM, McDade C, Pignone M. Cost-utility of aspirin and proton pump inhibitors for primary prevention. *Arch Intern Med*. 2011; 171: 218-225 [CE,I]
21325111
- Wang TJ. Usefulness of novel screening tests for cardiovascular disease. *Arch Intern Med*. 2011; 171: 284-285 [AO,I]
21357802
- Sciarretta S, Palano F, Tocci G, Baldini R, Volpe M. Antihypertensive treatment and development of heart failure in hypertension: a bayesian network meta-analysis of studies in patients with hypertension and high cardiovascular risk. *Arch Intern Med*. 2011; 171: 384-394 [M,II]
21059964
- Frankenstein L. The difficult task of finding the best antihypertensive agent: comment on "antihypertensive treatment and development of heart failure in hypertension". *Arch Intern Med*. 2011; 171: 394-365 [AO,I]
21059966
- Wannamethee SG, Shaper AG, Whincup PH, Lennon L, Sattar N. Impact of diabetes on cardiovascular disease risk and all-cause mortality in older men: influence of age at onset, diabetes duration, and established and novel risk factors. *Arch Intern Med*. 2011; 171: 404-410 [S,I]
21403036
- Idris I. Diabetes and cardiovascular risk equivalency: do age at diagnosis and disease duration affect risk stratification?: comment on "impact of diabetes on cardiovascular disease risk and all-cause mortality in older men". *Arch Intern Med*. 2011; 171: 410-411 [AO,I]
21403037
- Galindo G, Esteve IC, Gatiús JR, Santiago LG, Lacruz CM, Soler PS. Pacientes con el diagnóstico de insuficiencia cardíaca en Atención Primaria: envejecimiento, comorbilidad y polifarmacia. *Aten Primaria*. 2011; 43: 61-67 [T,I]
21183250
- Carrillo L, Dalmau J, Martínez JR, Solà R, Pérez F. Grasas de la dieta y salud cardiovascular. *Aten Primaria*. 2011; 43: 157.e1-e16 [R,II]
21392857
- Hingorani AD, Hemingway H. How should we balance individual and population benefits of statins for preventing cardiovascular disease? *BMJ*. 2010; 342: c6244 [AO,I]
21270079
- Galan P, Kesse-Guyot E, Czernichow S, Briancon S, Blacher J, Hercberg S; SU.FOL.OM3 Collaborative Group. Effects of B vitamins and omega 3 fatty acids on cardiovascular diseases: a randomised placebo controlled trial. *BMJ*. 2010; 341: c6273 [EC,I]
21115589
- Ray WA. Cardiovascular safety of NSAIDs. *BMJ*. 2011; 342: c6618 [AO,I]
21224323
- Hippisley-Cox J, Coupland C, Robson J, Brindle P. Derivation, validation, and evaluation of a new QRISK model to estimate lifetime risk of cardiovascular disease: cohort study using QResearch database. *BMJ*. 2010; 341: c6624 [S,I]
21148212
- Trelle S, Reichenbach S, Wandel S, Hildebrand P, Tschannen B, Villiger PM, et al. Cardiovascular safety of non-steroidal anti-

- inflammatory drugs: network meta-analysis. *BMJ*. 2011; 342: c7086 [M,II]
21224324
- Eikelboom JW, Weitz JI. New oral anticoagulants for thromboprophylaxis in patients having hip or knee arthroplasty. *BMJ*. 2011; 342: c7270 [R,II]
21245113
- Jackson R, Kerr A, Wells S. Is estimating lifetime cardiovascular risk useful? *BMJ*. 2010; 341: c7379 [AO,II]
21196484
- Serumaga B, Ross-Degnan D, Avery AJ, Elliott RA, Majumdar SR, Zhang F, et al. Effect of pay for performance on the management and outcomes of hypertension in the United Kingdom: interrupted time series study. *BMJ*. 2011; 342: d108 [S,II]
21266440
- Olesen JB, Lip GY, Hansen ML, Hansen PR, Tolstrup JS, Lindhardtsen J, et al. Validation of risk stratification schemes for predicting stroke and thromboembolism in patients with atrial fibrillation: nationwide cohort study. *BMJ*. 2011; 342: d124 [S,II]
21282258
- Keavney B. C reactive protein and the risk of cardiovascular disease. *BMJ*. 2011; 342: d144 [AO,I]
21325003
- Reckless JP. Primary prevention of cardiovascular disease. *BMJ*. 2011; 342: d201 [R,II]
21266415
- Clark AL, Johnson MJ, Squire I. Does home oxygen benefit people with chronic heart failure? *BMJ*. 2011; 342: d234 [R,I]
21296836
- Myers MG, Godwin M, Dawes M, Kiss A, Tobe SW, Grant FC, et al. Conventional versus automated measurement of blood pressure in primary care patients with systolic hypertension: randomised parallel design controlled trial. *BMJ*. 2011; 342: d286 [EC,I]
21300709
- Mant J, McManus R. Measurement of blood pressure in primary care. *BMJ*. 2011; 342: d382 [R,I]
21300710
- Kaczorowski J, Chambers LW, Dolovich L, Paterson JM, Karwalajtys T, Gierman T, et al. Improving cardiovascular health at population level: 39 community cluster randomised trial of Cardiovascular Health Awareness Program (CHAP). *BMJ*. 2011; 342: d442 [EC,II]
21300712
- Fang MC. Anticoagulation in people with atrial fibrillation. *BMJ*. 2011; 342: d530 [AO,I]
21282259
- C Reactive Protein Coronary Heart Disease Genetics Collaboration (CCGC). Association between C reactive protein and coronary heart disease: mendelian randomisation analysis based on individual participant data. *BMJ*. 2011; 342: d548 [M,II]
21325005
- Deckers JW, Blumenthal RS. Statins for primary prevention of cardiovascular disease. *BMJ*. 2011; 342: d1048 [R,I]
21325384
- Williams B. High blood pressure in young people and premature death. *BMJ*. 2011; 342: d1104 [AO,I]
21343188
- Rahimi K, Emberson J, McGale P, Majoni W, Merhi A, Asselbergs FW, et al; PWM is acting on behalf of the PROSPER Executive. Effect of statins on atrial fibrillation: collaborative meta-analysis of published and unpublished evidence from randomised controlled trials. *BMJ*. 2011; 342: d1250 [M,II]
21411487
- Loke YK, Kwok CS, Singh S. Comparative cardiovascular effects of thiazolidinediones: systematic review and meta-analysis of observational studies. *BMJ*. 2011; 342: d1309 [M,II]
21415101
- Metcalfe D, Holt PJE, Thompson MM. The management of abdominal aortic aneurysms *BMJ*. 2011; 342: d1384 [R,I]
- Greving J, Visseren F, de Wit G, Algra A. Statin treatment for primary prevention of vascular disease: whom to treat? Cost-effectiveness analysis. *BMJ*. 2011; 342: d1672 [CE,II]
21450800
- Angiotensin converting enzyme inhibitors and angiotensin receptor blockers in hypertension. *BMJ*. 2011; 342: d1673 [R,II]
21474511
- McArthur KS, Quinn TJ, Dawson J, Walters MR. Diagnosis and management of transient ischaemic attack and ischaemic stroke in the acute phase. *BMJ*. 2011; 342: d1938 [R,I]
21454457
- Ratschen E, Britton J, McNeill A. The smoking culture in psychiatry: time for change. *Br J Psychiatry* 2011; 198: 6-7 [AO,II]
21200069
- Schwartz BG, Kloner RA. Clinical cardiology: physician update: erectile dysfunction and cardiovascular disease. *Circulation*. 2011; 123: 98-101 [R,I]
21200016
- 2011 Writing Group Members, Wann LS, Curtis AB, January CT, Ellenbogen KA, Lowe JE, Estes NA 3rd, et al. 2011 ACCF/AHA/HRS focused update on the management of patients with atrial fibrillation (updating the 2006 guideline): a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation*. 2011; 123: 104-123 [M,III]
21173346
- Nagarakanti R, Ezekowitz MD, Oldgren J, Yang S, Chernick M, Aikens TH, et al. Dabigatran versus warfarin in patients with atrial fibrillation: an analysis of patients undergoing cardioversion. *Circulation*. 2011; 123: 131-136 [T,I]
21200007
- Welsh JA, Sharma A, Cunningham SA, Vos MB. Consumption of added sugars and indicators of cardiovascular disease risk among US adolescents. *Circulation*. 2011; 123: 249-257 [T,I]
21220734
- Writing Group Members, Roger VL, Go AS, Lloyd-Jones DM, Adams RJ, Berry JD, Brown TM, et al; on behalf of the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee, Roger VL, Turner MB; On behalf of the American Heart Association Heart Disease and Stroke Statistics Writing Group. Executive summary: heart disease

- and stroke statistics--2011 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. 2011; 123: 459-463 [T,II] 21282523
- Bushnell C. Another score to predict ischemic stroke mortality? *Circulation*. 2011; 123: 712-713 [AO,I] 21300950
- Fuster V, Sweeny JM. Aspirin: a historical and contemporary therapeutic overview. *Circulation*. 2011; 123: 768-778 [R,I] 21343593
- Ferreiro JL, Angiolillo DJ. Diabetes and antiplatelet therapy in acute coronary syndrome. *Circulation*. 2011; 123: 798-813 [R,I] 21343595
- Bambs C, Kip KE, Dinga A, Mulukutla SR, Aiyer AN, Reis SE. Low prevalence of "ideal cardiovascular health" in a community-based population: The Heart Strategies Concentrating on Risk Evaluation (Heart SCORE) study. *Circulation*. 2011; 123: 850-857 [T,I] 21321154
- Hajjar I, Quach L, Yang F, Chaves PH, Newman AB, Mukamal K, et al. Hypertension, white matter hyperintensities, and concurrent impairments in mobility, cognition, and mood: the cardiovascular health study. *Circulation*. 2011; 123: 858-865 [S,I] 21321150
- Lambers Heerspink HJ, de Zeeuw D. ONTARGET still OFF-TARGET? *Circulation*. 2011; 123: 1049-1051 [AO,I] 21357820
- Tobe SW, Clase CM, Gao P, McQueen M, Grosshennig A, Wang X, et al; on behalf of the ONTARGET and TRANSCEND Investigators. Cardiovascular and renal outcomes with Telmisartan, Ramipril, or both in people at high renal risk: results from the ONTARGET and TRANSCEND studies. *Circulation*. 2011; 123: 1098-1107 [EC,II] 21357827
- Wann LS, Curtis AB, Ellenbogen KA, Estes NA 3rd, Ezekowitz MD, Jackman WM, et al. 2011 ACCF/AHA/HRS focused update on the management of patients with atrial fibrillation (update on Dabigatran): a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation*. 2011; 123: 1144-1150 [M,II] 21321155
- Mosca L, Benjamin EJ, Berra K, Bezanson JL, Dolor RJ, Lloyd-Jones DM, et al. Effectiveness-based guidelines for the prevention of cardiovascular disease in women--2011 update: a guideline from the American heart association. *Circulation*. 2011; 123: 1243-1262 [M,II] 21325087
- Man SF, Sin DD. Sleep-disordered breathing and heart disease: is it one big, vicious loop? *Circulation*. 2011; 123: 1265-1266 [AO,I] 21403101
- Liese AD, Bortsov A, Günther AL, Dabelea D, Reynolds K, Standiford DA, et al. Association of DASH diet with cardiovascular risk factors in youth with diabetes mellitus: the SEARCH for diabetes in youth study. *Circulation*. 2011; 123: 1410-1417 [T,I] 21422385
- Huxley RR, Lopez FL, Folsom AR, Agarwal SK, Loehr LR, Soliman EZ, et al. Absolute and attributable risks of atrial fibrillation in relation to optimal and borderline risk factors: the Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) study. *Circulation*. 2011; 123: 1501-1508 [S,II] 21444879
- Kittleson MM, Kobashigawa JA. Management of advanced heart failure: the role of heart transplantation. *Circulation*. 2011; 123: 1569-1574 [AO,I] 21482975
- Roger VL, Go AS, Lloyd-Jones DM, Adams RJ, Berry JD, Brown TM, et al; on behalf of the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee, Roger VL, Turner MB; On behalf of the American Heart Association Heart Disease and Stroke Statistics Writing Group. Heart disease and stroke statistics--2011 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. 2011; 123: e18-e209 [T,II] 21160056
- Rudd AG. Recommendations for stroke in 2010: a challenging agenda. *CMAJ*. 2011; 183: E171-E172 [AO,I] 21149521
- Guertin JR, Jackevicius CA, Cox JL, Humphries K, Pilote L, So DY, et al; for the Canadian Cardiovascular Outcomes Research Team. The potential economic impact of restricted access to angiotensin-receptor blockers. *CMAJ*. 2011; 183: E180-E186 [CE,II] 21262939
- Azadbakht L, Fard NR, Karimi M, Baghaei MH, Surkan PJ, Rahimi M, et al. Effects of the Dietary Approaches to stop Hypertension (DASH) eating plan on cardiovascular risks among type 2 diabetic patients: a randomized crossover clinical trial. *Diabetes Care*. 2011; 34: 55-57 [EC,I] 20843978
- Colayco DC, Niu F, McCombs JS, Cheetham TC. A1C and cardiovascular outcomes in type 2 diabetes: a nested case-control study. *Diabetes Care*. 2011; 34: 77-83 [CC,I] 20937686
- Mozumdar A, Liguori G. Persistent increase of prevalence of metabolic syndrome among U.S. adults: NHANES III to NHANES 1999-2006. *Diabetes Care*. 2011; 34: 216-219 [T,II] 20889854
- Gupta AK, Brashear MM, Johnson WD. Prediabetes and prehypertension in healthy adults are associated with low vitamin d levels. *Diabetes Care*. 2011; 34: 658-660 [T,I] 21282345
- Yamada T, Yoshitama T, Makino K, Lee T, Saeki F. Heart rate recovery after exercise is a predictor of silent myocardial ischemia in patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2011; 34: 724-726 [T,I] 21266655
- Boyko EJ, Meigs JB. Does diabetes always confer coronary heart disease risk equivalent to a prior myocardial infarction?: implications for prevention. *Diabetes Care*. 2011; 34: 782-784 [R,II] 21357366
- Bloomgarden ZT. Diabetes treatment and cardiovascular safety. *Diabetes Care*. 2011; 34: e36-e42 [AO,I] 21447655

- Frampton JE. Telmisartan: a review of its use in cardiovascular disease prevention. *Drugs*. 2011; 71: 651-677 [R,I] 21504246
- Bueno H, Betriu A, Heras M, Alonso JJ, Cequier A, García EJ, et al; on behalf of the TRIANA Investigators. Primary angioplasty vs. fibrinolysis in very old patients with acute myocardial infarction: TRIANA (TRatamiento del Infarto Agudo de miocardio en Ancianos) randomized trial and pooled analysis with previous studies. *Eur Heart J*. 2011; 32: 51-60 [EC,II] 20971744
- Koenig W, Ridker PM. Rosuvastatin for primary prevention in patients with European systematic coronary risk evaluation risk $\geq 5\%$ or Framingham risk $>20\%$: post hoc analyses of the JUPITER trial requested by European health authorities. *Eur Heart J* 2011; 32: 75-83 [EC,II] 20971747
- Diehm N, Baumgartner I. D-dimer measurement: a useful prognostic marker in surveillance of patients with abdominal aortic aneurysm? *Eur Heart J*. 2011; 32: 258-260 [R,I] 20605803
- Perazzolo M, Lima JA, Iliceto S. MRI in acute myocardial infarction. *Eur Heart J*. 2011; 32: 284-293 [R,II] 21112897
- Rana JS, Arsenault BJ, Després JP, Côté M, Talmud PJ, Ninio E, et al. Inflammatory biomarkers, physical activity, waist circumference, and risk of future coronary heart disease in healthy men and women. *Eur Heart J*. 2011; 32: 336-344 [CC,II] 19224930
- Endres M, Heuschmann PU, Laufs U, Hakim AM. Primary prevention of stroke: blood pressure, lipids, and heart failure. *Eur Heart J*. 2011; 32: 545-552 [R,II] 21285072
- McGorrian C, Yusuf S, Islam S, Jung H, Rangarajan S, Avezum A, et al; on behalf of the INTERHEART Investigators. Estimating modifiable coronary heart disease risk in multiple regions of the world: the INTERHEART Modifiable Risk Score. *Eur Heart J*. 2011; 32: 581-589 [T,II] 21177699
- Carmona M, García-Olmos LM, Alberquilla A, Muñoz A, García-Sagredo P, Somolinos R, et al. Heart failure in the family practice: a study of the prevalence and co-morbidity. *Fam Pract*. 2011; 28: 128-133 [T,I] 20978242
- Amado E, Pujol E, Pacheco V, Borrás JM; on behalf of the ADIEHTA Group. Conocimiento y adherencia a la terapia antihipertensiva en atención primaria: resultados de un ensayo clínico. *Gac Sanit*. 2011; 25: 62-67 [EC,I] 21354671
- Thompson AM, Hu T, Eshelbrenner CL, Reynolds K, He J, Bazzano LA. Antihypertensive treatment and secondary prevention of cardiovascular disease events among persons without hypertension: a meta-analysis. *JAMA*. 2011; 305: 913-922 [M,II] 21364140
- Ventura HO, Lavie CJ. Antihypertensive therapy for prehypertension: relationship with cardiovascular outcomes. *JAMA*. 2011; 305: 940-941 [AO,I] 21364146
- Pierce JP, Messer K, White MM, Cowling DW, Thomas DP. Prevalence of heavy smoking in California and the United States, 1965-2007. *JAMA*. 2011; 305: 1106-1112 [T,I] 21406647
- Mateen FJ, Brook RD. Air pollution as an emerging global risk factor for stroke. *JAMA*. 2011; 305: 1240-1241 [R,I] 21427378
- Nagele P. Augmented CPR: rescue after the ResQ trial. *Lancet*. 2011; 377: 276-278 [AO,I] 21251706
- Lazich I, Bakris G. Initial combination antihypertensives: let's ACCELERATE. *Lancet*. 2011; 377: 278-279 [AO,I] 21236482
- Aufderheide TP, Frascone RJ, Wayne MA, Mahoney BD, Swor RA, Domeier RM, et al. Standard cardiopulmonary resuscitation versus active compression-decompression cardiopulmonary resuscitation with augmentation of negative intrathoracic pressure for out-of-hospital cardiac arrest: a randomised trial. *Lancet*. 2011; 377: 301-311 [EC,II] 21251705
- Brown MJ, McInnes GT, Papst CC, Zhang J, Macdonald TM. Aliskiren and the calcium channel blocker amlodipine combination as an initial treatment strategy for hypertension control (ACCELERATE): a randomised, parallel-group trial. *Lancet*. 2011; 377: 312-320 [EC,I] 21236483
- The Lancet. Looking forward to new hypertension guidelines. *Lancet*. 2011; 377: 440 [AO,I] 21296223
- Emberson J, Bennett D, Link E, Parish S, Danesh J, Armitage J, et al; Heart Protection Study Collaborative Group. C-reactive protein concentration and the vascular benefits of statin therapy: an analysis of 20,536 patients in the Heart Protection Study. *Lancet*. 2011; 377: 469-476 [EC,II] 21277016
- An epidemic of risk factors for cardiovascular disease. *Lancet*. 2011; 377: 527 [AO,I] 21315931
- Tobacco companies expand their epidemic of death. *Lancet*. 2011; 377: 528 [AO,I] 21315442
- Finucane MM, Stevens GA, Cowan MJ, Danaei G, Lin JK, Paciorek CJ, et al; Global Burden of Metabolic Risk Factors of Chronic Diseases Collaborating Group (Body Mass Index). National, regional, and global trends in body-mass index since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 960 country-years and 9.1 million participants. *Lancet*. 2011; 377: 557-567 [T,II] 21295846
- Danaei G, Finucane MM, Lin JK, Singh GM, Paciorek CJ, Cowan MJ, et al; Global Burden of Metabolic Risk Factors of Chronic Diseases Collaborating Group (Blood Pressure). National, regional, and global trends in systolic blood pressure since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 786 country-years and 5.4 million participants. *Lancet*. 2011; 377: 568-577 [T,II] 21295844

- Farzadfar F, Finucane MM, Danaei G, Pelizzari PM, Cowan MJ, Paciorek CJ, et al; Global Burden of Metabolic Risk Factors of Chronic Diseases Collaborating Group (Cholesterol). National, regional, and global trends in serum total cholesterol since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 321 country-years and 3•0 million participants. *Lancet*. 2011; 377: 578-586 [T,II] 21295847
- Hankey GJ. Lowering blood pressure in acute stroke: the SCAST trial. *Lancet*. 2011; 377: 696-698 [AO,I] 21316753
- Sandset EC, Bath PM, Boysen G, Jatuzis D, Körv J, Lüders S, et al; SCAST Study Group. The angiotensin-receptor blocker candesartan for treatment of acute stroke (SCAST): a randomised, placebo-controlled, double-blind trial. *Lancet*. 2011; 377: 741-750 [EC,I] 21316752
- Drucker DJ, Goldfine AB. Cardiovascular safety and diabetes drug development. *Lancet*. 2011; 377: 977-979 [AO,I] 21316097
- Wormser D, Kaptoge S, Di Angelantonio E, Wood AM, Pennells L, Thompson A, et al; Emerging Risk Factors Collaboration. Separate and combined associations of body-mass index and abdominal adiposity with cardiovascular disease: collaborative analysis of 58 prospective studies. *Lancet*. 2011; 377: 1085-1095 [M,II] 21397319
- Olano E, Minué C, Ayesta FJ. Tratamiento farmacológico de la dependencia de la nicotina: revisión de la evidencia científica y recomendaciones de la Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo sobre su elección e individualización. *Med Clin (Barc)*. 2011; 136: 79-83 [M,II] 20884035
- Lara-Hernández R, Lozano-Vilardell P. Isquemia crítica de miembros inferiores: una enfermedad cada vez más prevalente. *Med Clin (Barc)*. 2011; 136: 106-108 [AO,I] 21056437
- Amor-Salamanca A, Devesa-Cordero C, Cuesta-Díaz A, Carballo-López MA, Fernández-Ortiz A, García-Rubira JC. La paradoja del tabaco en el síndrome coronario agudo sin elevación del ST. *Med Clin (Barc)*. 2011; 136: 144-148 [T,I] 21145080
- Pérez-Calvo JJ, Morales JL, Ruiz FJ. La cistatina C: una proteína para la insuficiencia cardíaca. *Med Clin (Barc)*. 2011; 136: 158-162 [R,I] 20044110
- Martínez A. La hipertensión arterial como factor de riesgo cardiovascular. ¿Urge revisar el paradigma? *Med Clin (Barc)*. 2011; 136: 295-297 [AO,I] 20971478
- Abellán J, Ruilope LM, Leal M, Armario P, Tiberio G, Martell N. Control de los factores de riesgo cardiovascular en pacientes con ictus atendidos en Atención Primaria en España. Estudio ICTUSCARE. *Med Clin (Barc)*. 2011; 136: 329-335 [T,I] 21334698
- Alvarez-Sabín J. Prevención secundaria del ictus. Mucho por hacer. *Med Clin (Barc)*. 2011; 136: 340-342 [AO,I] 21145083
- Martín M, Herranz L, Martín V, Saez L, Puma MA, Pallardo LF. Factores de riesgo de complicaciones vasculares en extremidades inferiores en los pacientes con diabetes. *Med Clin (Barc)*. 2011; 136: 371-375 [S,I] 21208630
- Monreal M. Factores de riesgo de complicaciones vasculares en extremidades inferiores en pacientes diabéticos. *Med Clin (Barc)*. 2011; 136: 386-387 [AO,I] 21185039
- Zannad F, McMurray JJ, Krum H, van Veldhuisen DJ, Swedberg K, Shi H, et al; EMPHASIS-HF Study Group. Eplerenone in patients with systolic heart failure and mild symptoms. *N Engl J Med*. 2011; 364: 11-21 [EC,I] 21073363
- Connolly SJ, Eikelboom J, Joyner C, Diener HC, Hart R, Golitsyn S, et al; AVERROES Steering Committee and Investigators. Apixaban in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med*. 2011; 364: 806-817 [EC,II] 21309657
- Gerstein HC, Miller ME, Genuth S, Ismail-Beigi F, Buse JB, Goff DC Jr, et al; ACCORD Study Group. Long-term effects of intensive glucose lowering on cardiovascular outcomes. *N Engl J Med*. 2011; 364: 818-828 [EC,II] 21366473
- Yusuf S, Healey JS, Pogue J, Chrolavicius S, Flather M, Hart RG, et al; ACTIVE I Investigators. Irbesartan in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med*. 2011; 364: 928-938 [EC,II] 21388310
- Tirosh A, Shai I, Afek A, Dubnov-Raz G, Ayalon N, Gordon B, et al. Adolescent BMI trajectory and risk of diabetes versus coronary disease. *N Engl J Med*. 2011; 364: 1315-1325 [S,I] 21470009
- Roger VL. Prevención secundaria: el reto permanente. *Rev Esp Cardiol*. 2011; 64: 8-9 [AO,I] 21190773
- Brotans C, Soriano N, Moral I, Rodrigo MP, Kloppe P, Rodríguez AI, et al; PREseAP study research team. Ensayo clínico aleatorizado para evaluar la eficacia de un programa integral de prevención secundaria de las enfermedades cardiovasculares en atención primaria: estudio PREseAP. *Rev Esp Cardiol*. 2011; 64: 13-20 [EC,II] 21194823
- Kontos MC. Exploraciones de imagen no invasivas para la evaluación de los pacientes de bajo riesgo en unidades de dolor torácico: disponibilidad, utilidad e inconvenientes en la práctica clínica real. *Rev Esp Cardiol*. 2011; 64: 92-95 [AO,I]
- López-Jiménez F, Cortés-Bergoderi M. Obesidad y corazón. *Rev Esp Cardiol*. 2011; 64: 140-149 [R,I] 21277668
- Alexánderson E, González AM, Jiménez-Santos M. Angiografía mediante tomografía computarizada cardíaca: una técnica versátil. *Rev Esp Cardiol*. 2011; 64: 255-257 [AO,II] 21411213
- Ferrante D. Programas de manejo en la insuficiencia cardíaca: un paso más allá de la farmacología. *Rev Esp Cardiol*. 2011; 64: 258-259 [AO,I] 21411207

- López-Jiménez F, Cortés-Bergoderi M. Obesidad y corazón. *Rev Esp Cardiol* 2011; 64: 140-149 [R,I]
- Gersh BJ, Freedman JE, Granger CB. Tratamiento antiagregante plaquetario y anticoagulante para la prevención del ictus en pacientes con fibrilación auricular no valvular: nuevos avances basados en la evidencia. *Rev Esp Cardiol* 2011; 64: 260-268 [R,II] 21411211
- Domingo M, Lupón J, González B, Crespo E, López R, Ramos A, et al. Telemonitorización no invasiva en pacientes ambulatorios con insuficiencia cardíaca: efecto en el número de hospitalizaciones, días de ingreso y calidad de vida. Estudio CARME (Catalan Remote Management Evaluation) *Rev Esp Cardiol* 2011; 64: 277-285 [QE,I] 21411210
- González-Juanatey JR, Millán J, Alegría E, Guijarro C, Lozano JV, Vitale GC. Prevalencia y características de la dislipemia en pacientes en prevención primaria y secundaria tratados con estatinas en España. Estudio DYSIS-España. *Rev Esp Cardiol* 2011; 64: 286-294 [T,II] 21411216
- Grau M, Elosua R, Cabrera A, Guembe MJ, Baena-Díaz JM, Vega T, et al. Factores de riesgo cardiovascular en España en la primera década del siglo XXI: análisis agrupado con datos individuales de 11 estudios de base poblacional, estudio DARIOS. *Rev Esp Cardiol* 2011; 64: 295-304 [M,II] 21397375
- Masson W, Siniawski D, Krauss J, Cagide A. Aplicabilidad clínica de la función de Framingham a 30 años. Utilidad en la estratificación del riesgo cardiovascular y en el diagnóstico de placa aterosclerótica carotídea. *Rev Esp Cardiol* 2011; 64: 305-311 [T,I] 21377779
- ### 3. DIABETES. DM
- Buse JB, Bergenstal RM, Glass LC, Heilmann CR, Lewis MS, Kwan AY, et al. Use of twice-daily exenatide in Basal insulin-treated patients with type 2 diabetes: a randomized, controlled trial. *Ann Intern Med* 2011; 154: 103-112 [EC,I] 21138825
- Nathan DM. Time for clinically relevant comparative effectiveness studies in type 2 diabetes. *Ann Intern Med* 2011; 154: 131-132 [AO,I] 21135287
- Wannamethee SG, Shaper AG, Whincup PH, Lennon L, Sattar N. Impact of diabetes on cardiovascular disease risk and all-cause mortality in older men: influence of age at onset, diabetes duration, and established and novel risk factors. *Arch Intern Med* 2011; 171: 404-410 [S,I] 21403036
- Idris I. Diabetes and cardiovascular risk equivalency: do age at diagnosis and disease duration affect risk stratification?: comment on "impact of diabetes on cardiovascular disease risk and all-cause mortality in older men". *Arch Intern Med* 2011; 171: 410-411 [AO,I] 21403037
- De Boer IH, Rue TC, Cleary PA, Lachin JM, Molitch ME, Steffes MW, et al; for the Diabetes Control and Complications Trial/ Epidemiology of Diabetes Interventions and Complications Study Research Group. Long-term renal outcomes of patients with type 1 diabetes mellitus and microalbuminuria: an analysis of the Diabetes Control and Complications Trial/ Epidemiology of Diabetes Interventions and Complications cohort. *Arch Intern Med* 2011; 171: 412-420 [EC,I] 21403038
- Sender MJ, Vernet M, Maseras M, Salvador A, Pascual L, Ondategui JC, et al. Oftalmopatía en la diabetes mellitus: detección desde la Atención Primaria de salud. *Aten Primaria* 2011; 43: 41-8 [EC,I] 20378204
- Evaluación en resultados de salud del proceso diabetes tipo 2. *Aten Primaria* 2011; 43: 127-133 [T,I]
- Férriz G, Rojas M, Riera N, Riera C, Fernández FJ, Aguado A. ¿Qué gasto farmacológico genera un diabético bien controlado? *Aten Primaria* 2011; 43: 169-174 [T,I] 20573422
- Menéndez E, Lafita FJ, Artola S, Millán J, Alonso A, Puig M, et al. Recomendaciones para el tratamiento farmacológico de la hiperglucemia en la diabetes tipo 2. *Aten Primaria* 2011; 43: 202.e1-e9 [M,II] 21382648
- Dwyer T, Ponsonby AL, Ukoumunne OC, Pezic A, Venn A, Dunstan D, et al. Association of change in daily step count over five years with insulin sensitivity and adiposity: population based cohort study. *BMJ* 2011; 342: c7249 [S,I] 21233153
- Wilding JP, Hardy K. Glucagon-like peptide-1 analogues for type 2 diabetes. *BMJ* 2011; 342: d410 [R,I] 21325387
- Fiona Godlee. Diabetes. *BMJ* 2011; 342: d1080 [AO,I]
- Bailey CJ. The challenge of managing coexistent type 2 diabetes and obesity. *BMJ* 2011; 342: d1996 [AO,I] 21490051
- Ferreiro JL, Angiolillo DJ. Diabetes and antiplatelet therapy in acute coronary syndrome. *Circulation* 2011; 123: 798-813 [R,I] 21343595
- Pimouguet C, Le Goff M, Thiébaud R, Dartigues JF, Helmer C. Effectiveness of disease-management programs for improving diabetes care: a meta-analysis. *CMAJ* 2010 [Epub ahead of print] [M,II] 21149524
- Walker EA, Shmukler C, Ullman R, Blanco E, Scollan-Koliopoulos M, Cohen HW. Results of a successful telephonic intervention to improve diabetes control in urban adults: a randomized trial. *Diabetes Care* 2011; 34: 2-7 [EC,I] 21193619
- Salas-Salvadó J, Bulló M, Babio N, Martínez-González MA, Ibarrola-Jurado N, Basora J, et al; for the PREDIMED Study Investigators. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with the mediterranean diet: Results of the PREDIMED-Reus nutrition intervention randomized trial. *Diabetes Care* 2011; 34: 14-19 [EC,II] 20929998
- Jovanovic L, Savas H, Mehta M, Trujillo A, Pettitt DJ. Frequent monitoring of A1C during pregnancy as a treatment tool to guide therapy. *Diabetes Care* 2011; 34: 53-54 [S,I] 20921215

- Azadbakht L, Fard NR, Karimi M, Baghaei MH, Surkan PJ, Rahimi M, et al. Effects of the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) eating plan on cardiovascular risks among type 2 diabetic patients: a randomized crossover clinical trial. *Diabetes Care*. 2011; 34: 55-57 [EC,I]
20843978
- Arnlöv J, Sundström J, Ingelsson E, Lind L. Impact of BMI and the metabolic syndrome on the risk of diabetes in middle-aged men. *Diabetes Care*. 2011; 34: 61-65 [T,II]
20852030
- Colayco DC, Niu F, McCombs JS, Cheetham TC. A1C and Cardiovascular Outcomes in Type 2 Diabetes: A nested case-control study. *Diabetes Care*. 2011; 34: 77-83 [CC,I]
20937686
- Selvin E, Steffes MW, Gregg E, Brancati FL, Coresh J. Performance of A1C for the classification and prediction of diabetes. *Diabetes Care*. 2011; 34: 84-89 [T,II]
20855549
- Best JH, Hoogwerf BJ, Herman WH, Pelletier EM, Smith DB, Wenten M, et al. Risk of cardiovascular disease events in patients with type 2 diabetes prescribed the glucagon-like peptide 1 (GLP-1) receptor agonist exenatide twice daily or other glucose-lowering therapies: a retrospective analysis of the LifeLink database. *Diabetes Care*. 2011; 34: 90-95 [T,II]
20929995
- Mozumdar A, Liguori G. Persistent increase of prevalence of metabolic syndrome among U.S. adults: NHANES III to NHANES 1999-2006. *Diabetes Care*. 2011; 34: 216-219 [T,II]
20889854
- Renko M, Tapanainen P, Tossavainen P, Pokka T, Uhari M. Meta-analysis of the significance of asymptomatic bacteriuria in diabetes. *Diabetes Care*. 2011; 34: 230-235 [M,I]
20937688
- Fisher L, Dickinson WP. New technologies to advance self-management support in diabetes: not just a bunch of cool apps! *Diabetes Care*. 2011; 34: 240-243 [AO,I]
21193622
- Buse JB, Wolffenbuttel BH, Herman WH, Hippler S, Martin SA, Jiang HH, et al. The DURability of Basal versus Lispro mix 75/25 insulin Efficacy (DURABLE) trial: comparing the durability of lispro mix 75/25 and glargine. *Diabetes Care*. 2011; 34: 249-255 [EC,II]
21270182
- Polonsky WH, Fisher L, Schikman CH, Hinnen DA, Parkin CG, Jelsovsky Z, et al. Structured self-monitoring of blood glucose significantly reduces A1C levels in poorly controlled, noninsulin-treated type 2 diabetes: results from the Structured Testing Program study. *Diabetes Care*. 2011; 34: 262-267 [EC,II]
21270183
- Saito Y, Morimoto T, Ogawa H, Nakayama M, Uemura S, Doi N, et al. Japanese Primary Prevention of Atherosclerosis With Aspirin for Diabetes Trial Investigators. Low-dose aspirin therapy in patients with type 2 diabetes and reduced glomerular filtration rate: subanalysis from the JPAD trial. *Diabetes Care*. 2011; 34: 280-285 [EC,I]
21270185
- Best JH, Rubin RR, Peyrot M, Li Y, Yan P, Malloy J, et al. Weight-related quality of life, health utility, psychological well-being and satisfaction with exenatide once weekly compared with sitagliptin or pioglitazone after 26 weeks of treatment. *Diabetes Care*. 2011; 34: 314-319 [EC,I]
21270189
- Sayuk GS, Gott BM, Nix BD, Lustman PJ. Improvement in sexual functioning in patients with type 2 diabetes and depression treated with bupropion. *Diabetes Care*. 2011; 34: 332-334 [T,I]
21270190
- Wang W, Lee ET, Howard BV, Fabsitz RR, Devereux RB, Welty TK. Fasting plasma glucose and hemoglobin a1c in identifying and predicting diabetes: the strong heart study. *Diabetes Care*. 2011; 34: 363-368 [S,II]
21270194
- Sacks DB. A1C versus glucose testing: a comparison. *Diabetes Care*. 2011; 34: 518-523 [AO,I]
21270207
- Davidson MB. Diagnosing diabetes with glucose criteria: worshipping a false god. *Diabetes Care*. 2011; 34: 524-526 [AO,I]
21270208
- Bleich SN, Wang YC. Consumption of sugar-sweetened beverages among adults with type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2011; 34: 551-555 [T,I]
21273500
- Hortensius J, Slingerland RJ, Kleefstra N, Logtenberg SJ, Groenier KH, Houweling ST, et al. Self-monitoring of blood glucose: the use of the first or the second drop of blood. *Diabetes Care*. 2011; 34: 556-560 [QE,I]
21289231
- Germain N, Galusca B, Deb-Joardar N, Millot L, Manoli P, Thuret G, et al. No loss of chance of diabetic retinopathy screening by endocrinologists with a digital fundus camera. *Diabetes Care*. 2011; 34: 580-585 [T,I]
21266650
- Gallwitz B, Böhmer M, Segiet T, Mölle A, Milek K, Becker B, et al. Exenatide twice daily versus premixed insulin aspart 70/30 in metformin-treated patients with type 2 diabetes: a randomized 26-week study on glycemic control and hypoglycemia. *Diabetes Care*. 2011; 34: 604-606 [EC,II]
21285388
- Cheng P, Neugaard B, Foulis P, Conlin PR. Hemoglobin a1c as a predictor of incident diabetes. *Diabetes Care*. 2011; 34: 610-615 [S,,II]
21289229
- Gupta AK, Brashear MM, Johnson WD. Prediabetes and prehypertension in healthy adults are associated with low vitamin d levels. *Diabetes Care*. 2011; 34: 658-660 [T,I]
21282345
- Heise T, Tack CJ, Cuddihy R, Davidson J, Gouet D, Liebl A, et al. A new-generation ultra-long-acting basal insulin with a bolus boost compared with insulin glargine in insulin-naïve people with type 2 diabetes: a randomized, controlled trial. *Diabetes Care*. 2011; 34: 669-674 [EC,II]
21285389
- Ekinci EI, Clarke S, Thomas MC, Moran JL, Cheong K, Macisaac RJ, et al. Dietary salt intake and mortality in patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2011; 34: 703-709 [S,I]
21289228

- Yamada T, Yoshitama T, Makino K, Lee T, Saeki F. Heart rate recovery after exercise is a predictor of silent myocardial ischemia in patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2011; 34: 724-726 [T,I]
21266655
- Bae JC, Rhee EJ, Lee WY, Park SE, Park CY, Oh KW, et al. Combined effect of nonalcoholic fatty liver disease and impaired fasting glucose on the development of type 2 diabetes: a 4-year retrospective longitudinal study. *Diabetes Care*. 2011; 34: 727-729 [S,I]
21278140
- Schuetz P, Castro P, Shapiro NI. Diabetes and sepsis: preclinical findings and clinical relevance. *Diabetes Care*. 2011; 34: 771-778 [R,I]
21357364
- Boyko EJ, Meigs JB. Does Diabetes always confer coronary heart disease risk equivalent to a prior myocardial infarction?: implications for prevention. *Diabetes Care*. 2011; 34: 782-784 [R,II]
21357366
- Anderson RT, Narayan KM, Feeney P, Goff D Jr, Ali MK, Simmons DL, et al; for the Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes (ACCORD) Investigators. Effect of intensive glycemic lowering on health-related quality of life in type 2 diabetes: ACCORD trial. *Diabetes Care*. 2011; 34: 807-812 [EC,II]
21346183
- Kaur H, Hota D, Bhansali A, Dutta P, Bansal D, Chakrabarti A. Comparative evaluation of amitriptyline and duloxetine in painful diabetic neuropathy: a randomized, double-blind, cross-over clinical trial. *Diabetes Care*. 2011; 34: 818-822 [EC,I]
21355098
- Choi SH, Kim TH, Lim S, Park KS, Jang HC, Cho NH. Hemoglobin A1c as a diagnostic tool for diabetes screening and new-onset diabetes prediction: a 6-year community-based prospective study. *Diabetes Care*. 2011; 34: 944-949 [S,II]
21335372
- Chamnan P, Simmons RK, Forouhi NG, Luben RN, Khaw KT, Wareham NJ, et al. Incidence of type 2 diabetes using proposed HbA1c diagnostic criteria in the European Prospective Investigation of Cancer-Norfolk Cohort: implications for preventive strategies. *Diabetes Care*. 2011; 34: 950-956 [T,II]
20622160
- Bonora E, Kiechl S, Mayr A, Zoppini G, Targher G, Bonadonna RC, et al. High-normal HbA1c is a strong predictor of type 2 diabetes in the general population. *Diabetes Care*. 2011; 34: 1038-1040 [S,II]
21307378
- Arad Y, Fonseca V, Peters A, Vinik A. Beyond the monofilament for the insensate diabetic foot: a systematic review of randomized trials to prevent the occurrence of plantar foot ulcers in patients with diabetes. *Diabetes Care*. 2011; 34: 1041-1046 [M,I]
21447666
- Lamoureux EL, Wong TY. Diabetic retinopathy in 2011: further insights from new epidemiological studies and clinical trials. *Diabetes Care*. 2011; 34: 1066-1067 [AO,I]
21447672
- Nyenwe EA, Ashby S, Tidewell J, Nouer SS, Kitabchi AE. Improving diabetes care via telemedicine: lessons from the Addressing Diabetes in Tennessee (ADT) project. *Diabetes Care*. 2011; 34: e3.[R,I]
21357359
- Bloomgarden ZT. Type 2 diabetes: uses of thiazolidinediones and insulin. *Diabetes Care*. 2011 ; 34: e11-e16 [AO,II]
21270175
- Bloomgarden ZT. Diabetes treatment and cardiovascular safety. *Diabetes Care*. 2011; 34: e36-e42 [AO,I]
21447655
- Chwieduk CM. Sitagliptin/Metformin fixed-dose combination: in patients with type 2 diabetes mellitus. *Drugs*. 2011; 71: 349-361 [R,I]
21319871
- García-Huidobro D, Bittner M, Brahm P, Puschel K. Family intervention to control type 2 diabetes: a controlled clinical trial. *Fam Pract*. 2011; 28: 4-11 [EC,I]
20817790
- Lipska KJ, Ross JS. Switching from rosiglitazone: thinking outside the class. *JAMA*. 2011; 305: 820-821 [AO,I]
21304068
- Lee SJ, Eng C. Goals of glycemic control in frail older patients with diabetes. *JAMA*. 2011; 305: 1350-1351 [R,I]
21467289
- Zinman B, Fulcher G, Rao PV, Thomas N, Endahl LA, Johansen T, et al. Insulin degludec, an ultra-long-acting basal insulin, once a day or three times a week versus insulin glargine once a day in patients with type 2 diabetes: a 16-week, randomised, open-label, phase 2 trial. *Lancet*. 2011; 377: 924-931 [EC,II]
21396703
- Drucker DJ, Goldfine AB. Cardiovascular safety and diabetes drug development. *Lancet*. 2011; 377: 977-979 [AO,I]
21316097
- Morales S, García-Salcedo JA, Muñoz-Torres M. Pentosidina: un nuevo biomarcador de las complicaciones en la diabetes mellitus. *Med Clin (Barc)*. 2011; 136: 298-302 [R,I]
20226481
- Martín M, Herranz L, Martín V, Saez L, Puma MA, Pallardo LF. Factores de riesgo de complicaciones vasculares en extremidades inferiores en los pacientes con diabetes. *Med Clin (Barc)*. 2011; 136: 371-375 [S,I]
21208630
- Baena-Díez JM, Bermúdez-Chillida N, Mundet X, Val-García JL, Muñoz MA, Schröder H. Glucemia basal alterada y riesgo de diabetes mellitus a los 10 años. Estudio de cohorte. *Med Clin (Barc)*. 2011; 136: 382-385 [S,II]
21300382
- Monreal M. Factores de riesgo de complicaciones vasculares en extremidades inferiores en pacientes diabéticos. *Med Clin (Barc)*. 2011; 136: 386-387 [AO,I]
21185039
- Gerstein HC, Miller ME, Genuth S, Ismail-Beigi F, Buse JB, Goff DC Jr, et al; ACCORD Study Group. Long-term effects of intensive glucose lowering on cardiovascular outcomes. *N Engl J Med*. 2011; 364: 818-828 [EC,II]
21366473

- Haller H, Ito S, Izzo JL Jr, Januszewicz A, Katayama S, Menne J, et al; ROADMAP Trial Investigators. Olmesartan for the delay or prevention of microalbuminuria in type 2 diabetes. *N Engl J Med*. 2011; 364: 907-917 [EC,II]
21388309
- DeFronzo RA, Tripathy D, Schwenke DC, Banerji M, Bray GA, Buchanan TA, et al; ACT NOW Study. Pioglitazone for diabetes prevention in impaired glucose tolerance. *N Engl J Med*. 2011; 364: 1104-1115 [EC,II]
21428766
- Tirosh A, Shai I, Afek A, Dubnov-Raz G, Ayalon N, Gordon B, et al. Adolescent BMI trajectory and risk of diabetes versus coronary disease. *N Engl J Med*. 2011; 364: 1315-1325 [S,I]
21470009
- #### 4. CÁNCER. Cx
- Brenner H, Chang-Claude J, Seiler CM, Rickert A, Hoffmeister M. Protection from colorectal cancer after colonoscopy: a population-based, case-control study. *Ann Intern Med*. 2011; 154: 22-30 [CC,I]
21200035
- Davila JA, Henderson L, Kramer JR, Kanwal F, Richardson PA, Duan Z, et al. Utilization of surveillance for hepatocellular carcinoma among hepatitis C virus-infected veterans in the United States. *Ann Intern Med*. 2011; 154: 85-93 [S,I]
21242365
- Lin JS, Eder M, Weinmann S. Behavioral counseling to prevent skin cancer: a systematic review for the u.s. Preventive services task force. *Ann Intern Med*. 2011; 154: 190-201 [M,II]
21282699
- U.S. Preventive Services Task Force. Screening for testicular cancer: U.S. Preventive services task force reaffirmation recommendation statement. *Ann Intern Med*. 2011; 154: 483-486 [M,II]
21464350
- Xue F, Willett WC, Rosner BA, Hankinson SE, Michels KB. Cigarette smoking and the incidence of breast cancer. *Arch Intern Med*. 2011; 171: 125-133 [S,II]
21263102
- Moayyedi P, Jankowski JA. Does long term aspirin prevent cancer? *BMJ*. 2010; 341: e7326 [AO,I]
21177739
- Sandblom G, Varenhorst E, Rosell J, Löfman O, Carlsson P. Randomised prostate cancer screening trial: 20 year follow-up. *BMJ*. 2011; 342: d1539 [EC,I]
21454449
- Liese AD, Bortsov A, Günther AL, Dabelea D, Reynolds K, Standiford DA, et al. Association of DASH diet with cardiovascular risk factors in youth with diabetes mellitus: the SEARCH for diabetes in youth study. *Circulation*. 2011; 123: 1410-1417 [T,I]
21422385
- McKeage K, Romanowski B. AS04-adjuvanted Human Papillomavirus (HPV) types 16 and 18 vaccine (Cervarix®): a review of its use in the prevention of premalignant cervical lesions and cervical cancer causally related to certain oncogenic HPV types. *Drugs*. 2011; 71: 465-468 [R,I]
21395359
- Barrett B, McKenna P. Communicating benefits and risks of screening for prostate, colon, and breast cancer. *Fam Med*. 2011; 43: 248-253 [R,II]
21499997
- Davis K, Haisfield L, Dorfman C, Krist A, Taylor KL. Physicians' attitudes about shared decision making for prostate cancer screening. *Fam Med*. 2011; 43: 260-266 [T,I]
21499999
- Becerra V, Cots F, Guedea F, Pera J, Boladeras A, Aguiló F, et al; Grupo Multicéntrico Español de Cáncer de Próstata Organocofinado. Comparación de costes de tres tratamientos del cáncer de próstata localizado en España: prostatectomía radical, braquiterapia prostática y radioterapia conformacional externa 3D. *Gac Sanit*. 2011; 25: 35-43 [T,I]
21316126
- Galán I, Rodríguez-Laso A, Díez-Gañán L, Cámara E. Prevalencia y factores relacionados con las conductas de riesgo de cáncer de piel en Madrid (España). *Gac Sanit*. 2011; 25: 44-49 [T,I]
21324565
- Ranpura V, Hapani S, Wu S. Treatment-related mortality with bevacizumab in cancer patients: a meta-analysis. *JAMA*. 2011; 305: 487-494 [M,I]
21285426
- Jacobs EJ. Will an aspirin a day help keep fatal cancer away? *Lancet*. 2011; 377: 3-4 [AO,I]
21195237
- Rothwell PM, Fowkes FG, Belch JF, Ogawa H, Warlow CP, Meade TW. Effect of daily aspirin on long-term risk of death due to cancer: analysis of individual patient data from randomised trials. *Lancet*. 2011; 377: 31-41 [M,II]
21144578
- Cabrera E, Zabalegui A, Blanco I. Versión española de la Cancer Worry Scale (Escala de Preocupación por el Cáncer: adaptación cultural y análisis de la validez y la fiabilidad) *Med Clin (Barc)*. 2011; 136: 8-12 [T,I]
20561651
- Aguado MJ, Rohlfs I, Sarmiento V, Márquez-Calderón S. Investigación sobre las desigualdades en la incidencia, mortalidad, prevención y atención del cáncer en España. *Med Clin (Barc)*. 2011; 136: 73-78 [M,II]
19709688
- Sanz J. Quimioterapia en la fase final de la vida: ¿es compasiva? *Med Clin (Barc)*. 2011; 136: 343-344 [AO,I]
21296363
- Weaver DL, Ashikaga T, Krag DN, Skelly JM, Anderson SJ, Harlow SP, et al. Effect of occult metastases on survival in node-negative breast cancer. *N Engl J Med*. 2011; 364: 412-421 [EC,I]
21247310
- Christiani DC. Combating environmental causes of cancer. *N Engl J Med*. 2011; 364: 791-793 [AO,I]
21366471
- Manson JE, Mayne ST, Clinton SK. Vitamin D and prevention of cancer-ready for prime time? *N Engl J Med*. 2011; 364: 1385-1387 [R,I]
21428761
- Baldwin DR. Imaging in lung cancer: recent advances in PET-CT and screening. *Thorax*. 2011; 66: 275-277 [R,I]
21422043

5. INFECCIOSAS. INF

- Davila JA, Henderson L, Kramer JR, Kanwal F, Richardson PA, Duan Z, et al. Utilization of surveillance for hepatocellular carcinoma among hepatitis C virus-infected veterans in the United States. *Ann Intern Med.* 2011; 154: 85-93 [S,I] 21242365
- Wilson JF. Herpes zoster. *Ann Intern Med.* 2011; 154: ITC31 [R,I] 21357905
- Sordé R, Falcó V, Lowak M, Domingo E, Ferrer A, Burgos J, et al. Current and potential usefulness of pneumococcal urinary antigen detection in hospitalized patients with community-acquired pneumonia to guide antimicrobial therapy. *Arch Intern Med.* 2011; 171: 166-172 [S,I] 20876397
- Williams IT, Bell BP, Kuhnert W, Alter MJ. Incidence and transmission patterns of acute hepatitis C in the United States, 1982-2006. *Arch Intern Med.* 2011; 171: 242-248 [S,II] 21325115
- Stringer JS, Guffey MB. Transmission of HIV to infants whose mothers seroconvert postnatally. *BMJ.* 2010; 341: c6269 [AO,I] 21177734
- Turner K, Adams E, Grant A, Macleod J, Bell G, Clarke J, et al. Costs and cost effectiveness of different strategies for chlamydia screening and partner notification: an economic and mathematical modelling study. *BMJ.* 2011; 342: c7250 [CE,I] 21205807
- Dixon JM, Khan LR. Treatment of breast infection. *BMJ.* 2011; 342: d396 [R,I] 21317199
- Watson JM, Pebody RG. Pandemic influenza vaccines. *BMJ.* 2011; 342: d545 [AO,I] 21303882
- Stewart A, Ubee SS, Davies H. Epididymo-orchitis. *BMJ.* 2011; 342: d1543 [R,I] 21490048
- Hatchette TF, Farina D. Infectious diarrhea: when to test and when to treat. *CMAJ.* 2011; 183: 339-344 [AO,I] 21173060
- Smith BM, Schwartzman K, Bartlett G, Menzies D. Adverse events associated with treatment of latent tuberculosis in the general population. *CMAJ.* 2011; 183: E173-E179 [S,I] 21220436
- Renko M, Tapanainen P, Tossavainen P, Pokka T, Uhari M. Meta-analysis of the significance of asymptomatic bacteriuria in diabetes. *Diabetes Care.* 2011; 34: 230-235 [M,I] 20937688
- Schuetz P, Castro P, Shapiro NI. Diabetes and sepsis: preclinical findings and clinical relevance. *Diabetes Care.* 2011; 34: 771-778 [R,I] 21357364
- Keating GM. Moxifloxacin 0.5% ophthalmic solution: in bacterial conjunctivitis. *Drugs.* 2011; 71: 89-99 [R,I] 21175242
- Pockros PJ. Drugs in development for viral hepatitis: care and caution. *Drugs.* 2011; 71: 263-271 [AO,I] 21319865
- Munier CM, Andersen CR, Kelleher AD. HIV vaccines: progress to date. *Drugs.* 2011; 71: 387-414 [R,II] 21395355
- Chaves F. Emergencia de infecciones pediátricas por *Staphylococcus aureus* resistente a metilicina asociadas a la comunidad: ¿debemos dar la alerta? *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2010; 28: 672-674 [AO,II] 20817359
- Blázquez D, Díaz J, Cruz J, Folgueira D, Acosta J, Marín M. Utilidad de las pruebas rápidas de detección antigénica en el diagnóstico de la nueva gripe A (H1N1) en niños. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2010; 28: 698-700 [T,I] 20579777
- Vázquez F. El incremento de las infecciones de transmisión sexual en el siglo XXI: nuevos retos y aparición de nuevas patologías. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2011; 29: 77-78 [AO,I] 21334781
- Carnicer-Pont D, Vives N, Casabona I, Barbarà J. Epidemiología de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana. Retraso en el diagnóstico. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2011; 29: 144-151 [R,I] 21334780
- Anothaisintawee T, Attia J, Nickel JC, Thammakraisorn S, Numthavaj P, McEvoy M, et al. Management of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a systematic review and network meta-analysis. *JAMA.* 2011; 305: 78-86 [M,I] 21205969
- Lienhardt C, Cook SV, Burgos M, Yorke-Edwards V, Rigouts L, Anyo G, et al; Study C Trial Group. Efficacy and safety of a 4-drug fixed-dose combination regimen compared with separate drugs for treatment of pulmonary tuberculosis: the Study C randomized controlled trial. *JAMA.* 2011; 305: 1415-1423 [EC,II] 21486974
- Zuccotti G, Fontanarosa PB. Progress in infectious disease and immunology. *JAMA.* 2011; 305: 1486-1487 [AO,I] 21486983
- Vieth R. Vitamin D nutrient to treat TB begs the prevention question. *Lancet.* 2011; 377: 189-190 [AO,I] 21215444
- Martineau AR, Timms PM, Bothamley GH, Hanifa Y, Islam K, Claxton AP, et al. High-dose vitamin D(3) during intensive-phase antimicrobial treatment of pulmonary tuberculosis: a double-blind randomised controlled trial. *Lancet.* 2011; 377: 242-250 [EC,I] 21215445
- Lee BH, Kim N. Quadruple or triple therapy to eradicate *H pylori*. *Lancet.* 2011; 377: 877-878 [AO,I] 21345486
- Malfertheiner P, Bazzoli F, Delchier JC, Celiński K, Giguère M, Rivière M, et al; Pylera Study Group. Helicobacter pylori eradication with a capsule containing bismuth subcitrate potassium, metronidazole, and tetracycline given with omeprazole versus clarithromycin-based triple therapy: a randomised, open-label, non-inferiority, phase 3 trial. *Lancet.* 2011; 377: 905-913 [EC,II] 21345487

Alós JI. Cistitis no complicadas: tratando con lo que nos queda. *Med Clin (Barc)*. 2011; 136: 16-17 [AO,I]
20889169

Influenza Division, National Center for Immunization and Respiratory Diseases. Antiviral agents for the treatment and chemoprophylaxis of influenza --- Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR Surveill Summ*. 2011; 60: 1-28 [M,III]
21248682

Grant RM, Lama JR, Anderson PL, McMahan V, Liu AY, Vargas L, et al; iPrEx Study Team. Preexposure chemoprophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men. *N Engl J Med*. 2010; 363: 2587-2599 [EC,II]
21091279

Michael NL. Oral preexposure prophylaxis for HIV--another arrow in the quiver? *N Engl J Med*. 2010; 363: 2663-2665 [AO,I]
21091280

Jensen DM. A new era of hepatitis C therapy begins. *N Engl J Med*. 2011; 364: 1272-1274 [AO,I]
21449791

6. ASMA/BRONQUITIS CRÓNICA. Asma/EPOC

Chan WW, Chiou E, Obstein KL, Tignor AS, Whitlock TL. The Efficacy of proton pump inhibitors for the treatment of asthma in adults: a meta-analysis. *Arch Intern Med*. 2011; 171: 620-629 [M,II]
21482834

Drug and Therapeutics Bulletin. Preventing exacerbations in chronic obstructive pulmonary disease. *BMJ*. 2011; 342: c7207 [R,I]
21262895

Thorns A, Cawley D. Palliative care in people with chronic obstructive pulmonary disease. *BMJ*. 2011; 342: d106 [AO,I]
21262896

Pinnock H, Kendall M, Murray SA, Worth A, Levack P, Porter M, et al. Living and dying with severe chronic obstructive pulmonary disease: multi-perspective longitudinal qualitative study. *BMJ*. 2011; 342: d142 [C,I]
21262897

George C, Zermansky W, Hurst JR. Frequent exacerbations in chronic obstructive pulmonary disease. *BMJ*. 2011; 342: d1434 [R,I]
21464102

Halpin DM. Improving the management of COPD. *BMJ*. 2011; 342: d1674 [AO,I]
21467103

Checkley W. New insights into the treatment of persistent asthma. *Lancet*. 2011; 377: 614-616 [AO,I]
21324521

Martinez FD, Chinchilli VM, Morgan WJ, Boehmer SJ, Lemanske RF Jr, Mauger DT, et al. Use of beclomethasone dipropionate as rescue treatment for children with mild persistent asthma (TREXA): a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet*. 2011; 377: 650-657 [EC,I]
21324520

Portillo K, Roldán J. Combinación de fibrosis pulmonar y enfisema: ¿es el tabaco una vez más el protagonista? *Med Clin (Barc)*. 2011; 136: 18-20 [AO,I]
20557903

Castillo JA, Navarro A, Quirce S, Molina J, García-Marcos L, Juliá B, et al. Prevalencia y características de la rinitis en pacientes asmáticos de las consultas de Atención Primaria, Alergología y Neumología en España (Estudio AIR.) *Med Clin (Barc)*. 2011; 136: 284-289 [T,I]
21047654

Ege MJ, Mayer M, Normand AC, Genuneit J, Cookson WO, Braun-Fahrlander C, et al; GABRIELA Transregio 22 Study Group. Exposure to environmental microorganisms and childhood asthma. *N Engl J Med*. 2011; 364: 701-709 [T,II]
21345099

Vogelmeier C, Hederer B, Glaab T, Schmidt H, Rutten-van Mölken MP, Beeh KM, et al; POET-COPD Investigators. Tiotropium versus salmeterol for the prevention of exacerbations of COPD. *N Engl J Med*. 2011; 364: 1093-1103 [EC,II]
21428765

Wedzicha JA. Choice of bronchodilator therapy for patients with COPD. *N Engl J Med*. 2011; 364: 1167-1168 [AO,I]
21428773

Hedman L, Bjerg A, Sundberg S, Forsberg B, Rönmark E. Both environmental tobacco smoke and personal smoking is related to asthma and wheeze in teenagers. *Thorax*. 2011; 66: 20-25 [S,I]
21047869

Jones RC. Hospital admission rates for COPD: the inverse care law is alive and well. *Thorax*. 2011; 66: 185-186 [AO,I]
21193569

7. SALUD MENTAL. SM

Althoff RR, Waterman GS. Commentary: Psychiatric training for physicians: a call to modernize. *Acad Med*. 2011; 86: 285-287 [AO,I]
21346434

Ortega F, Vellisco A, Márquez E, López-Campos JL, Rodríguez A, Sánchez MA, et al. Efectividad de un programa de orientación cognitiva con y sin tratamiento sustitutivo con nicotina en la cesación tabáquica en pacientes hospitalizados. *Arch Bronconeumol*. 2011; 47: 3-9 [EC,I]
20870337

Reynolds CF 3rd, Butters MA, Lopez O, Pollock BG, Dew MA, Mulsant BH, et al. Maintenance treatment of depression in old age: A randomized, double-blind, placebo-controlled evaluation of the efficacy and safety of donepezil combined with antidepressant pharmacotherapy. *Arch Gen Psychiatry*. 2011; 68: 51-60 [EC,I]
21199965

Lieverse R, Van Someren EJ, Nielen MM, Uitdehaag BM, Smit JH, Hoogendijk WJ. Bright light treatment in elderly patients with nonseasonal major depressive disorder: a randomized placebo-controlled trial. *Arch Gen Psychiatry*. 2011; 68: 61-70 [EC,I]
21199966

Kales HC, Zivin K, Kim HM, Valenstein M, Chiang C, Ignacio R, et al. Trends in antipsychotic use in dementia 1999-2007. *Arch Gen Psychiatry*. 2011; 68: 190-197 [T,I]
21300946

Kubzansky LD, Park N, Peterson C, Vokonas P, Sparrow D. Healthy psychological functioning and incident coronary heart

- disease: the importance of self-regulation. *Arch Gen Psychiatry*. 2011; 68: 400-408 [S,I]
21464364
- Sareen J, Afifi TO, McMillan KA, Asmundson GJ. Relationship between household income and mental disorders: findings from a population-based longitudinal study. *Arch Gen Psychiatry*. 2011; 68: 419-427 [S,I]
21464366
- Graham AL, Cobb NK, Papandonatos GD, Moreno JL, Kang H, Tinkelman DG, et al. A randomized trial of Internet and telephone treatment for smoking cessation. *Arch Intern Med*. 2011; 171: 46-53 [EC,I]
21220660
- Alford DP, Labelle CT, Kretsch N, Bergeron A, Winter M, Botticelli M, et al. Collaborative care of opioid-addicted patients in primary care using buprenorphine: five-year experience. *Arch Intern Med*. 2011; 171: 425-431 [S,I]
21403039
- Fong TG, Jones RN, Rudolph JL, Yang FM, Tommet D, Habtemariam D, et al. Development and validation of a brief cognitive assessment tool: the sweet 16. *Arch Intern Med*. 2011; 171: 432-437 [T,I]
21059967
- Martínez F. Fibroescepticismo: el debate continúa. *Aten Primaria*. 2011; 43: 167-168 [AO,I]
21397989
- Kendall T, Cape J, Chan M, Taylor C; On behalf of the Guideline Development Group. Management of generalised anxiety disorder in adults: summary of NICE guidance. *BMJ*. 2011; 342: c7460 [M,III]
21270081
- Brent D. Prevention of self harm in adolescents. *BMJ*. 2011; 342: d592 [AO,I]
21474524
- Green JM, Wood AJ, Kerfoot MJ, Trainor G, Roberts C, Rothwell J, et al. Group therapy for adolescents with repeated self harm: randomised controlled trial with economic evaluation. *BMJ*. 2011; 342: d682 [EC,I]
21459975
- Pilling S, Yesufu-Udechuku A, Taylor C, Drummond C; on behalf of the Guideline Development Group. Diagnosis, assessment, and management of harmful drinking and alcohol dependence: summary of NICE guidance. *BMJ*. 2011; 342: d700 [M,II]
21345905
- Mackin P, Thomas SH. Atypical antipsychotic drugs. *BMJ*. 2011; 342: d1126 [R,I]
21378070
- Baldwin D, Woods R, Lawson R, Taylor D. Efficacy of drug treatments for generalised anxiety disorder: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2011; 342: d1199 [M,II]
21398351
- Furukawa TA. Drug treatment for generalised anxiety disorder. *BMJ*. 2011; 342: d1216 [R,II]
21398352
- Thornicroft G. A new mental health strategy for England. *BMJ*. 2011; 342: d1346 [AO,I]
21372074
- Gask L, Khanna T. Ways of working at the interface between primary and specialist mental healthcare. *Br J Psychiatry*. 2011; 198: 3-5 [AO,II]
21200068
- Ratschen E, Britton J, McNeill A. The smoking culture in psychiatry: time for change. *Br J Psychiatry*. 2011; 198: 6-7 [AO,II]
21200069
- Fairburn CG, Cooper Z. Eating disorders, DSM-5 and clinical reality. *Br J Psychiatry*. 2011; 198: 8-10 [AO,I]
21200070
- Barbui C, Cipriani A, Patel V, Ayuso-Mateos JL, van Ommeren M. Efficacy of antidepressants and benzodiazepines in minor depression: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2011; 198: 11-16 [M,II]
21200071
- Jones RM, Arlidge J, Gillham R, Reagu S, van den Bree M, Taylor PJ. Efficacy of mood stabilisers in the treatment of impulsive or repetitive aggression: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2011; 198: 93-98 [M,II]
21282779
- Hegarty K. Domestic violence: the hidden epidemic associated with mental illness. *Br J Psychiatry*. 2011; 198: 169-170 [AO,I]
21357872
- Owen MJ, O'Donovan MC, Thapar A, Craddock N. Neurodevelopmental hypothesis of schizophrenia. *Br J Psychiatry*. 2011; 198: 173-175 [R,I]
21357874
- Stewart R, Godin O, Crivello F, Maillard P, Mazoyer B, Tzourio C, et al. Longitudinal neuroimaging correlates of subjective memory impairment: 4-year prospective community study. *Br J Psychiatry*. 2011; 198: 199-205 [S,I]
21357878
- Nicholls DE, Lynn R, Viner RM. Childhood eating disorders: British national surveillance study. *Br J Psychiatry*. 2011; 198: 295-301 [S,I]
- Hajjar J, Quach L, Yang F, Chaves PH, Newman AB, Mukamal K, et al. Hypertension, white matter hyperintensities, and concurrent impairments in mobility, cognition, and mood: the cardiovascular health study. *Circulation*. 2011; 123: 858-865 [S,I]
21321150
- Sayuk GS, Gott BM, Nix BD, Lustman PJ. Improvement in sexual functioning in patients with type 2 diabetes and depression treated with bupropion. *Diabetes Care*. 2011; 34: 332-334 [T,I]
21270190
- Connolly KR, Thase ME. If at first you don't succeed: a review of the evidence for antidepressant augmentation, combination and switching strategies. *Drugs*. 2011; 71: 43-64 [R,II]
21175239
- Leentjens AF. The role of dopamine agonists in the treatment of depression in patients with Parkinson's disease: a systematic review. *Drugs*. 2011; 71: 273-286 [M,II]
21319866
- Ramond A, Bouton C, Richard I, Roquelaure Y, Baufretton C, Legendre E, et al. Psychosocial risk factors for chronic low back pain in primary care—a systematic review. *Fam Pract*. 2011; 28: 12-21 [M,II]
20833704

Suija K, Aluoja A, Kalda R, Maaroos HI. Factors associated with recurrent depression: a prospective study in family practice. *Fam Pract.* 2011; 28: 22-28 [S,I]
20864591

Borrego O. Actualización terapéutica del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en el adulto. *Inf Ter Sist Nac Salud.* 2010; 34: 107-116 [R,I]

Yaffe K, Weston A, Graff-Radford NR, Satterfield S, Simonsick EM, Younkin SG, et al. Association of plasma beta-amyloid level and cognitive reserve with subsequent cognitive decline. *JAMA.* 2011; 305: 261-266 [T,I]
21245181

Breteler MM. Mapping out biomarkers for Alzheimer disease. *JAMA.* 2011; 305: 304-305 [AO,I]
21245188

Guaita A, Jones M. A "prosthetic" approach for individuals with dementia? *JAMA.* 2011; 305: 402-403 [AO,I]
21266688

Torpy JM, Burke AE, Golub RM. Generalized anxiety disorder. *JAMA.* 2011; 305: 522 [R,I]
21285432

Shim RS, Baltrus P, Ye J, Rust G. Prevalence, treatment, and control of depressive symptoms in the United States: results from the National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES), 2005-2008. *J Am Board Fam Med.* 2011; 24: 33-38 [T,II]
21209342

Pelsser LM, Frankena K, Toorman J, Savelkoul HF, Dubois AE, Pereira RR, et al. Effects of a restricted elimination diet on the behaviour of children with attention-deficit hyperactivity disorder (INCA study): a randomised controlled trial. *Lancet.* 2011; 377: 494-503 [EC,I]
21296237

Tobacco companies expand their epidemic of death. *Lancet.* 2011; 377: 528 [AO,I]
21315442

Ballard C, Gauthier S, Corbett A, Brayne C, Aarsland D, Jones E. Alzheimer's disease. *Lancet.* 2011; 377: 1019-1031 [R,I]
21371747

Olano E, Minué C, Ayesta FJ. Tratamiento farmacológico de la dependencia de la nicotina: revisión de la evidencia científica y recomendaciones de la Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo sobre su elección e individualización. *Med Clin (Barc).* 2011; 136: 79-83 [M,II]
20884035

Pamies-Aubalat L, Marcos YQ, Castaño MB. Conductas alimentarias de riesgo en una muestra de 2.142 adolescentes. *Med Clin (Barc).* 2011; 136: 139-143 [T,I]
21056434

Frye MA. Clinical practice. Bipolar disorder--a focus on depression. *N Engl J Med.* 2011; 364: 51-59 [R,I]
21208108

Nilsen S, Werner EL, Maeland S, Eriksen HR, Magnussen LH. Considerations made by the general practitioner when dealing with sick-listing of patients suffering from subjective and composite health complaints. *Scand J Prim Health Care.* 2011; 29: 7-12 [C,I]
20822375

8. SALUD LABORAL. SL

Johnson PA, Bookman A, Bailyn L, Harrington M, Orton P. Innovation in ambulatory care: a collaborative approach to redesigning the health care workplace. *Acad Med.* 2011; 86: 211-216 [C,I]
21169782

McCartney M. Well enough to work? *BMJ.* 2011; 342: d599 [AO,I]
21289006

9. ENFERMEDADES/PROBLEMAS PREVALENTES. Prev

Tonelli M, Muntner P, Lloyd A, Manns BJ, James MT, Klarenbach S, et al; for the Alberta Kidney Disease Network. Using proteinuria and estimated glomerular filtration rate to classify risk in patients with chronic kidney disease: a cohort study. *Ann Intern Med.* 2011; 154: 12-21 [S,II]
21200034

Chou R, Qaseem A, Owens DK, Shekelle P; for the Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. Diagnostic imaging for low back pain: advice for high-value health care from the American College of Physicians. *Ann Intern Med.* 2011; 154: 181-189 [M,II]
21282698

Losina E, Walensky RP, Reichmann WM, Holt HL, Gerlovin H, Solomon DH, et al. Impact of obesity and knee osteoarthritis on morbidity and mortality in older americans. *Ann Intern Med.* 2011; 154: 217-226 [T,I]
21320937

Vaidyanathan S, Barnes M, Williamson P, Hopkinson P, Donnan PT, Lipworth B. Treatment of chronic rhinosinusitis with nasal polyposis with oral steroids followed by topical steroids: a randomized trial. *Ann Intern Med.* 2011; 154: 293-302 [EC,I]
21357906

Mullol J, Alobid I. Combined oral and intranasal corticosteroid therapy: an advance in the management of nasal polyposis? *Ann Intern Med.* 2011; 154: 365-367 [R,I]
21357913

Mediano O, Barbé F. ¿La apnea del sueño paucisintomática es un factor de riesgo cardiovascular? *Arch Bronconeumol.* 2011; 47: 1-2 [AO,I]
21190769

Lloberes P, Durán-Cantolla J, Martínez-García MA, Marín JM, Ferrer A, Corral J, et al. Diagnóstico y tratamiento del síndrome de apneas-hipopneas del sueño. *Arch Bronconeumol.* 2011; 47: 143-156 [R,II]
21398016

Barzilay JL, Gao P, O'Donnell M, Mann JF, Anderson C, Fagard R, et al; for the ONTARGET and TRANSCEND Investigators. Albuminuria and decline in cognitive function: the ONTARGET/TRANSCEND studies. *Arch Intern Med.* 2011; 171: 142-150 [S,II]
21263104

Johansen KL. Time to rethink the timing of dialysis initiation. *Arch Intern Med.* 2011; 171: 382-383 [AO,I]
21059965

Rosansky SJ, Eggers P, Jackson K, Glasscock R, Clark WF. Early start of hemodialysis may be harmful. *Arch Intern Med.* 2011; 171: 396-403 [T,I]
21059968

- Dunlop DD, Song J, Semanik PA, Sharma L, Chang RW. Physical activity levels and functional performance in the osteoarthritis initiative: a graded relationship. *Arthritis Rheum.* 2011; 63: 127-136 [S,I]
20862681
- Vicente A, Lou S, Medina E, Muñoz S, Ibáñez JA. Tratamiento de la osteoporosis con bifosfonatos: aproximaciones a nuestra realidad asistencial. *Aten Primaria.* 2011; 43: 95-99 [S,I]
20541844
- Orozco-Beltrán D, Ollero M. Conferencia nacional para la atención al paciente con enfermedades crónicas. *Aten Primaria.* 2011; 43: 165-166 [AO,I]
21447425
- Piot P, Ebrahim S. Prevention and control of chronic diseases. *BMJ.* 2010; 341: c4865 [AO,I]
21078750
- Klarenbeek NB, Kerstens PJ, Huizinga TW, Dijkmans BA, Allaart CF. Recent advances in the management of rheumatoid arthritis. *BMJ.* 2010; 341: c6942 [R,I]
21177351
- Kurth T, Mohamed S, Maillard P, Zhu YC, Chabriat H, Mazoyer B, et al. Headache, migraine, and structural brain lesions and function: population based Epidemiology of Vascular Ageing-MRI study. *BMJ.* 2011; 342: c7357 [T,I]
21245119
- Deighton C, Scott DL. Treating inflammatory arthritis early. *BMJ.* 2010; 341: c7384 [AO,I]
21196485
- McLean S, Protti D, Sheikh A. Telehealthcare for long term conditions. *BMJ.* 2011; 342: d120 [R,I]
21292710
- Fenstermacher N, Levin M, Ward T. Pharmacological prevention of migraine. *BMJ.* 2011; 342: d583 [R,I]
21335409
- Fuller J, Wright A. Adult atopic eczema. *BMJ.* 2011; 342: d644 [R,I]
21402667
- Douketis J, Tositto A, Marcucci M, Baglin T, Cosmi B, Cushman M, et al. Risk of recurrence after venous thromboembolism in men and women: patient level meta-analysis. *BMJ.* 2011; 342: d813 [M,I]
21349898
- Watson JM, Kang'ombe AR, Soares MO, Chuang LH, Worthy G, Bland JM, et al; on behalf of the VenUS III Team. Use of weekly, low dose, high frequency ultrasound for hard to heal venous leg ulcers: the VenUS III randomised controlled trial. *BMJ.* 2011; 342: d1092 [EC,I]
21385806
- Stewart A, Ubee SS, Davies H. Epididymo-orchitis. *BMJ.* 2011; 342: d1543 [R,I]
21490048
- Schwartz BG, Kloner RA. Clinical cardiology: physician update: erectile dysfunction and cardiovascular disease. *Circulation.* 2011; 123: 98-101 [R,I]
21200016
- Goldhaber SZ, Piazza G. Optimal duration of anticoagulation after venous thromboembolism. *Circulation.* 2011; 123: 664-667 [AO,I]
21321182
- Man SF, Sin DD. Sleep-disordered breathing and heart disease: is it one big, vicious loop? *Circulation.* 2011; 123: 1265-1266 [AO,I]
21403101
- Stel VS, Jager KJ. Glomerular filtration rate and initiation of dialysis. *CMAJ.* 2011; 183: 24-25 [AO,I]
21135083
- Clark WF, Na Y, Rosansky SJ, Sontrop JM, Macnab JJ, Glasscock RJ, et al. Association between estimated glomerular filtration rate at initiation of dialysis and mortality. *CMAJ.* 2011; 183: 47-53 [S,II]
21135082
- Noble J, Lloyd JC. The red eye. *CMAJ.* 2011; 183: 81 [R,I]
20921253
- Leentjens AF. The role of dopamine agonists in the treatment of depression in patients with Parkinson's disease: a systematic review. *Drugs.* 2011; 71: 273-286 [M,II]
21319866
- Lyseng-Williamson KA. Levetiracetam: a review of its use in epilepsy. *Drugs.* 2011; 71: 489-514 [R,I]
21395360
- McCormack PL. Calcipotriol/Betamethasone dipropionate: a review of its use in the treatment of psoriasis vulgaris of the trunk, limbs and scalp. *Drugs.* 2011; 71: 709-730 [R,I]
21504248
- Lewiecki EM. Safety of long-term bisphosphonate therapy for the management of osteoporosis. *Drugs.* 2011; 71: 791-814 [R,I]
21504254
- Ramond A, Bouton C, Richard I, Roquelaure Y, Baufreton C, Legrand E, et al. Psychosocial risk factors for chronic low back pain in primary care--a systematic review. *Fam Pract.* 2011; 28: 12-21 [M,II]
20833704
- Musila N, Underwood M, McCaskie AW, Black N, Clarke A, van der Meulen JH. Referral recommendations for osteoarthritis of the knee incorporating patients' preferences. *Fam Pract.* 2011; 28: 68-74 [M,I]
20817791
- Adamson J, Hunt K, Nazareth I. The influence of socio-demographic characteristics on consultation for back pain--a review of the literature. *Fam Pract.* 2011; 28: 163-171 [M,I]
20974654
- Gisbert JP. Tratamientos de rescate ante el fracaso erradicador de *Helicobacter pylori*. *Gastroenterol Hepatol.* 2011; 34: 89-99 [R,I]
- Ford AC, Suares NC. Effect of laxatives and pharmacological therapies in chronic idiopathic constipation: systematic review and meta-analysis. *Gut.* 2011; 60: 209-218 [M,I]
21205879
- Fletcher J, Derakhshan MH, Jones GR, Wirz AA, McColl KE. BMI is superior to symptoms in predicting response to proton

- pump inhibitor: randomised trial in patients with upper gastrointestinal symptoms and normal endoscopy. *Gut*. 2011; 60: 442-448 [EC,I]
21159892
- Shaw WS, Pransky G, Roter DL, Winters T, Tveito TH, Larson SM. The effects of patient-provider communication on 3-month recovery from acute low back pain. *J Am Board Fam Med*. 2011; 24: 16-25 [T,I]
21209340
- Sorscher AJ. Sleep and the family doctor: time to lead. *J Am Board Fam Med*. 2011; 24: 133-135 [AO,I]
21383210
- Mold JW, Quattlebaum C, Schinnerer E, Boeckman L, Orr W, Hollabaugh K. Identification by primary care clinicians of patients with obstructive sleep apnea: a practice-based research network (PBRN) study. *J Am Board Fam Med*. 2011; 24: 138-145 [T,I]
21383212
- Grover M, Mookadam M, Armas D, Bozarth C, Castleberry T, Gannon M, et al. Identifying patients at risk for obstructive sleep apnea in a primary care practice. *J Am Board Fam Med*. 2011; 24:152-160 [T,I]
21383214
- Silk AW, McTigue KM. Reexamining the physical examination for obese patients. *JAMA*. 2011; 305: 193-194 [AO,I]
21191004
- Penson DF. Treatment for postprostatectomy incontinence: is this as good as it gets? *JAMA*. 2011; 305: 197-198 [AO,I]
21224463
- Jamal SA, Hamilton CJ, Eastell R, Cummings SR. Effect of nitroglycerin ointment on bone density and strength in postmenopausal women: a randomized trial. *JAMA*. 2011; 305: 800-807 [EC,I]
21343579
- Khosla S. Is nitroglycerin a novel and inexpensive treatment for osteoporosis? *JAMA*. 2011; 305: 826-827 [AO,I]
21343584
- Burns CM, Wortmann RL. Gout therapeutics: new drugs for an old disease. *Lancet*. 2011; 377: 165-177 [AO,I]
20719377
- Lee BH, Kim N. Quadruple or triple therapy to eradicate *H pylori*. *Lancet*. 2011; 377: 877-878 [AO,I]
21345486
- Malfertheiner P, Bazzoli F, Delchier JC, Celiński K, Giguère M, Rivière M, et al; Pylera Study Group. Helicobacter pylori eradication with a capsule containing bismuth subcitrate potassium, metronidazole, and tetracycline given with omeprazole versus clarithromycin-based triple therapy: a randomised, open-label, non-inferiority, phase 3 trial. *Lancet*. 2011; 377: 905-913 [EC,II]
21345487
- Norton C. Treating faecal incontinence with bulking-agent injections. *Lancet*. 2011; 377: 971-972 [AO,I]
21420542
- Rachner TD, Khosla S, Hofbauer LC. Osteoporosis: now and the future. *Lancet*. 2011; 377: 1276-1287 [R,II]
21450337
- Managing acute upper gastrointestinal bleeding. *Lancet*. 2011; 377: 1048 [AO,I]
21440792
- Herrera A, Carpintero P, Fernández-Pérez C, Hernández-Vaqueiro D, Martínez AA, Suso S. Prevención secundaria en fracturas osteoporóticas. Resultados del proyecto GIOS. *Med Clin (Barc)*. 2011; 136: 50-55 [S,I]
20880558
- Casaroli-Marano R, Adan A, Gomez-Ulla F, Diaz JM. Degeneración macular asociada a la edad: análisis retrospectivo del tratamiento con ranibizumab. *Med Clin (Barc)*. 2011; 136: 128-131 [R,I]
- Navarro MD, Sosa M. Estilos de vida y factores de riesgo para la osteoporosis. *Med Clin (Barc)*. 2011; 136: 250-251 [AO,I]
21075401
- Naranjo A, Ojeda-Bruno S, Francisco-Hernández F, Erausquin C, Rúa-Figueroa I, Rodríguez-Lozano C. Aplicación de las guías de prevención secundaria de fractura osteoporótica y del índice FRAX en una cohorte de pacientes con fractura por fragilidad. *Med Clin (Barc)*. 2011; 136: 290-292 [T,I]
21185575
- Roig D, Gómez C. ¿Qué guía clínica debemos utilizar para el tratamiento de la osteoporosis? *Med Clin (Barc)*. 2011; 136: 293-294 [AO,I]
21185040
- Grant RM, Lama JR, Anderson PL, McMahan V, Liu AY, Vargas L, et al; iPrEx Study Team. Preexposure chemoprophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men. *N Engl J Med*. 2010; 363: 2587-2599 [EC,II]
21091279
- Tack J. Antibiotic therapy for the irritable bowel syndrome. *N Engl J Med*. 2011; 364: 81-82 [AO,I]
21208112
- Neogi T. Clinical practice. Gout. *N Engl J Med*. 2011; 364: 443-452 [R,I]
21288096
- Alonso-Coello P, Bonfill X. Decisiones mejor informadas en el manejo de la osteoporosis. *Reumatol Clin*. 2011; 7: 1-2 [AO,I]
- Juanola X, Zarco P, Sanz J, Muñoz S, Mulero J, Linares LF et al. Documento SER de consenso sobre el uso de terapias biológicas en la espondilitis anquilosante y otras espondiloartritis, excepto la artritis psoriásica. *Reumatol Clin*. 2011; 7: 113-123 [M,II]
- López-Jiménez F, Cortés-Bergoderi M. Obesidad y corazón. *Rev Esp Cardiol*. 2011; 64: 140-149 [R,I]
21277668
- Kragstrup TW. Vitamin D supplementation for patients with chronic pain. *Scand J Prim Health Care*. 2011; 29: 4-5 [AO,I]
21073396

10. MEDIOS DIAGNÓSTICOS. Diagnos

- Iwashyna TJ, Fuld A, Asch DA, Bellini LM. The impact of residents, interns, and attendings on inpatient laboratory ordering patterns: a report from one university's hospitalist service. *Acad Med*. 2011; 86: 139-145 [S,I]
20938318

- Winters BD, Aswani MS, Pronovost PJ. Commentary: Reducing diagnostic errors: another role for checklists? Acad Med. 2011; 86: 279-281 [AO,I]
21346432
- Ely JW, Graber ML, Croskerry P. Checklists to reduce diagnostic errors. Acad Med. 2011; 86: 307-313 [R,I]
21248608
- Tonelli M, Muntner P, Lloyd A, Manns BJ, James MT, Klarenbach S, et al; for the Alberta Kidney Disease Network. Using proteinuria and estimated glomerular filtration rate to classify risk in patients with chronic kidney disease: a cohort study. Ann Intern Med. 2011; 154: 12-21 [S,II]
21200034
- Weinberg DS. Colonoscopy: what does it take to get it "right"? Ann Intern Med. 2011; 154: 68-69 [AO,I]
21200044
- Chou R, Qaseem A, Owens DK, Shekelle P; for the Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. Diagnostic imaging for low back pain: advice for high-value health care from the American College of Physicians. Ann Intern Med. 2011; 154: 181-189 [M,II]
21282698
- Clase CM, Gao P, Tobe SW, McQueen MJ, Grosshennig A, Teo KK, et al; on behalf of the ONTARGET (ONgoing Telmisartan Alone and in combination with Ramipril Global Endpoint Trial) and TRANSCEND (Telmisartan Randomized Assessment Study in Angiotensin-Converting-Enzyme-Inhibitor Intolerant Subjects with Cardiovascular Disease). Estimated glomerular filtration rate and albuminuria as predictors of outcomes in patients with high cardiovascular risk: a cohort study. Ann Intern Med. 2011; 154: 310-318 [S,II]
21357908
- Sordé R, Falcó V, Lowak M, Domingo E, Ferrer A, Burgos J, et al. Current and potential usefulness of pneumococcal urinary antigen detection in hospitalized patients with community-acquired pneumonia to guide antimicrobial therapy. Arch Intern Med. 2011; 171: 166-172 [S,I]
20876397
- Wang TJ. Usefulness of novel screening tests for cardiovascular disease. Arch Intern Med. 2011; 171: 284-285 [AO,I]
21357802
- Bhave PD, Marcus GM, Goldschlager N. The serial electrocardiogram: an important tool in the assessment of chest pain. Arch Intern Med. 2011; 171: 616 [R,I]
21482832
- Caballero-Villarraso J, Villegas-Portero R, Rodríguez-Cantalejo F. Dispositivos de coagulometría portátil en el seguimiento y control ambulatorio de la terapia anticoagulante oral: revisión sistemática. Aten Primaria. 2011; 43: 148-156 [M,I]
21036420
- Keavney B. C reactive protein and the risk of cardiovascular disease. BMJ. 2011; 342: d144 [AO,I]
21325003
- Myers MG, Godwin M, Dawes M, Kiss A, Tobe SW, Grant FC, et al. Conventional versus automated measurement of blood pressure in primary care patients with systolic hypertension: randomised parallel design controlled trial. BMJ. 2011; 342: d286 [EC,I]
21300709
- Mant J, McManus R. Measurement of blood pressure in primary care. BMJ. 2011; 342: d382 [R,I]
21300710
- C Reactive Protein Coronary Heart Disease Genetics Collaboration (CCGC). Association between C reactive protein and coronary heart disease: mendelian randomisation analysis based on individual participant data. BMJ. 2011; 342: d548 [M,II]
21325005
- Davies HE, Wathen CG, Gleeson FV. The risks of radiation exposure related to diagnostic imaging and how to minimise them. BMJ. 2011; 342: d947 [R,II]
21355025
- Stewart R, Godin O, Crivello F, Maillard P, Mazoyer B, Tzourio C, et al. Longitudinal neuroimaging correlates of subjective memory impairment: 4-year prospective community study. Br J Psychiatry. 2011; 198: 199-205 [S,I]
21357878
- Hatchette TF, Farina D. Infectious diarrhea: when to test and when to treat. CMAJ. 2011; 183: 339-344 [AO,I]
21173060
- Jovanovic L, Savas H, Mehta M, Trujillo A, Pettitt DJ. Frequent monitoring of A1C during pregnancy as a treatment tool to guide therapy. Diabetes Care. 2011; 34: 53-54 [S,I]
20921215
- Selvin E, Steffes MW, Gregg E, Brancati FL, Coresh J. Performance of A1C for the classification and prediction of diabetes. Diabetes Care. 2011; 34: 84-89 [T,II]
20855549
- Wang W, Lee ET, Howard BV, Fabsitz RR, Devereux RB, Welty TK. Fasting plasma glucose and hemoglobin a1c in identifying and predicting diabetes: the strong heart study. Diabetes Care. 2011; 34: 363-368 [S,II]
21270194
- Sacks DB. A1C versus glucose testing: a comparison. Diabetes Care. 2011; 34: 518-523 [AO,I]
21270207
- Davidson MB. Diagnosing diabetes with glucose criteria: worshipping a false god. Diabetes Care. 2011; 34: 524-526 [AO,I]
21270208
- Hortensius J, Slingerland RJ, Kleefstra N, Logtenberg SJ, Groenier KH, Houweling ST, et al. Self-monitoring of blood glucose: the use of the first or the second drop of blood. Diabetes Care. 2011; 34: 556-560 [QE,I]
21289231
- Germain N, Galusca B, Deb-Joardar N, Millot L, Manoli P, Thuret G, et al. No loss of chance of diabetic retinopathy screening by endocrinologists with a digital fundus camera. Diabetes Care. 2011; 34: 580-585 [T,I]
21266650
- Cheng P, Neugaard B, Foulis P, Conlin PR. Hemoglobin a1c as a predictor of incident diabetes. Diabetes Care. 2011; 34: 610-615 [S,II]
21289229
- Choi SH, Kim TH, Lim S, Park KS, Jang HC, Cho NH. Hemoglobin A1c as a diagnostic tool for diabetes screening and new-onset

- diabetes prediction: a 6-year community-based prospective study. *Diabetes Care*. 2011; 34: 944-949 [S,II]
21335372
- Chamnan P, Simmons RK, Forouhi NG, Luben RN, Khaw KT, Wareham NJ, et al. Incidence of type 2 diabetes using proposed HbA1c diagnostic criteria in the European Prospective Investigation of Cancer-Norfolk Cohort: implications for preventive strategies. *Diabetes Care*. 2011; 34: 950-956 [T,II]
20622160
- Arad Y, Fonseca V, Peters A, Vinik A. Beyond the monofilament for the insensate diabetic foot: a systematic review of randomized trials to prevent the occurrence of plantar foot ulcers in patients with diabetes. *Diabetes Care*. 2011; 34: 1041-1046 [M,I]
21447666
- Blázquez D, Díaz J, Cruz J, Folgueira D, Acosta J, Marín M. Utilidad de las pruebas rápidas de detección antigénica en el diagnóstico de la nueva gripe A (H1N1) en niños. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2010; 28: 698-700 [T,I]
20579777
- Diehm N, Baumgartner I. D-dimer measurement: a useful prognostic marker in surveillance of patients with abdominal aortic aneurysm? *Eur Heart J*. 2011; 32: 258-260 [R,I]
20605803
- Perazzolo M, Lima JA, Iliceto S. MRI in acute myocardial infarction. *Eur Heart J*. 2011; 32: 284-293 [R,II]
21112897
- Rana JS, Arsenault BJ, Després JP, Côté M, Talmud PJ, Ninio E, et al. Inflammatory biomarkers, physical activity, waist circumference, and risk of future coronary heart disease in healthy men and women. *Eur Heart J*. 2011; 32: 336-344 [CC,II]
19224930
- Healy GN, Matthews CE, Dunstan DW, Winkler EA, Owen N. Sedentary time and cardio-metabolic biomarkers in US adults: NHANES 2003-06. *Eur Heart J*. 2011; 32: 590-597 [T,II]
21224291
- Yaffe K, Weston A, Graff-Radford NR, Satterfield S, Simonsick EM, Yountkin SG, et al. Association of plasma beta-amyloid level and cognitive reserve with subsequent cognitive decline. *JAMA*. 2011; 305: 261-266 [T,I]
21245181
- Breteler MM. Mapping out biomarkers for Alzheimer disease. *JAMA*. 2011; 305: 304-305 [AO,I]
21245188
- Emberson J, Bennett D, Link E, Parish S, Danesh J, Armitage J, et al; Heart Protection Study Collaborative Group. C-reactive protein concentration and the vascular benefits of statin therapy: an analysis of 20,536 patients in the Heart Protection Study. *Lancet*. 2011; 377: 469-476 [EC,II]
21277016
- Morales S, García-Salcedo JA, Muñoz-Torres M. Pentosidina: un nuevo biomarcador de las complicaciones en la diabetes mellitus. *Med Clin (Barc)*. 2011; 136: 298-302 [R,I]
20226481
- Moore CL, Copel JA. Point-of-care ultrasonography. *N Engl J Med*. 2011; 364: 749-757 [R,I]
21345104
- Kontos MC. Exploraciones de imagen no invasivas para la evaluación de los pacientes de bajo riesgo en unidades de dolor torácico: disponibilidad, utilidad e inconvenientes en la práctica clínica real. *Rev Esp Cardiol*. 2011; 64: 92-95 [AO,I]
- Alexánderson E, González AM, Jiménez-Santos M. Angiografía mediante tomografía computarizada cardiaca: una técnica versátil. *Rev Esp Cardiol*. 2011; 64: 255-257 [AO,II]
21411213
- Pérez V. El Laboratorio Clínico en el sistema asistencial. *Semer-gen*. 2011; 37: 111-112 [AO,I]
- Rodríguez A, Rodríguez R. Pruebas de laboratorio en atención primaria (II). *Semer-gen*. 2011; 37: 130-135 [R,I]
- Lange P. Spirometric findings as predictors of survival. *Thorax*. 2011; 66: 1-2 [AO,I]
20978027
- Baldwin DR. Imaging in lung cancer: recent advances in PET-CT and screening. *Thorax*. 2011; 66: 275-277 [R,I]
21422043
- 11. INFANCIA Y ADOLESCENCIA. Inf/Adol**
- Fewtrell M, Wilson DC, Booth I, Lucas A. Six months of exclusive breast feeding: how good is the evidence? *BMJ*. 2010; 342: c5955 [R,I]
21233152
- Stringer JS, Guffey MB. Transmission of HIV to infants whose mothers seroconvert postnatally. *BMJ*. 2010; 341: c6269 [AO,I]
21177734
- Sury M, Bullock I, Rabar S, Demott K; Guideline Development Group. Sedation for diagnostic and therapeutic procedures in children and young people: summary of NICE guidance. *BMJ*. 2010; 341: c6819 [M,II]
21163835
- Deodati A, Cianfarani S. Impact of growth hormone therapy on adult height of children with idiopathic short stature: systematic review. *BMJ*. 2011; 342: c7157 [M,I]
21398350
- Winzenberg T, Powell S, Shaw KA, Jones G. Effects of vitamin D supplementation on bone density in healthy children: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2011; 342: c7254 [M,I]
21266418
- Shaw N. Vitamin D and bone health in children. *BMJ*. 2011; 342: d192 [AO,I]
21266419
- Brent D. Prevention of self harm in adolescents. *BMJ*. 2011; 342: d592 [AO,I]
21474524
- Sackeyfio A, Senthinathan A, Kandaswamy P, Barry PW, Shaw B, Baker M; On behalf of the Guideline Development Group. Diagnosis and assessment of food allergy in children and young people: summary of NICE guidance. *BMJ*. 2011; 342: d747 [M,II]
21345912
- Albertsson-Wikland K. Growth hormone in children with idiopathic short stature. *BMJ*. 2011; 342: d1248 [AO,I]

- Nicholls DE, Lynn R, Viner RM. Childhood eating disorders: British national surveillance study. *Br J Psychiatry*. 2011; 198: 295-301 [S,I]
- Welsh JA, Sharma A, Cunningham SA, Vos MB. Consumption of Added Sugars and Indicators of Cardiovascular Disease Risk Among US Adolescents. *Circulation*. 2011; 123: 249-257 [T,I] 21220734
- Chaves F. Emergencia de infecciones pediátricas por *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina asociadas a la comunidad: ¿debemos dar la alerta? *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2010; 28: 672-674 [AO,II] 20817359
- Blázquez D, Díaz J, Cruz J, Folgueira D, Acosta J, Marín M. Utilidad de las pruebas rápidas de detección antigénica en el diagnóstico de la nueva gripe A (H1N1) en niños. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2010; 28: 698-700 [T,I] 20579777
- Yoffe SJ, Moore RW, Gibson JO, Dadfar NM, McKay RL, McClellan DA, et al. A reduction in emergency department use by children from a parent educational intervention. *Fam Med*. 2011; 43: 106-111 [QE,I] 21305425
- Pelsser LM, Frankena K, Toorman J, Savelkoul HF, Dubois AE, Pereira RR, et al. Effects of a restricted elimination diet on the behaviour of children with attention-deficit hyperactivity disorder (INCA study): a randomised controlled trial. *Lancet*. 2011; 377: 494-503 [EC,I] 21296237
- Martinez FD, Chinchilli VM, Morgan WJ, Boehmer SJ, Lemanske RF Jr, Mauger DT, et al. Use of beclomethasone dipropionate as rescue treatment for children with mild persistent asthma (TREXA): a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet*. 2011; 377: 650-657 [EC,I] 21324520
- Guidance on food allergy in children. *Lancet*. 2011; 377: 691 [AO,I] 21353888
- Fleming S, Thompson M, Stevens R, Heneghan C, Plüddemann A, Maconochie I, et al. Normal ranges of heart rate and respiratory rate in children from birth to 18 years of age: a systematic review of observational studies. *Lancet*. 2011; 377: 1011-1018 [M,II] 21411136
- Resnick MD. A better understanding of mortality in young people. *Lancet*. 2011; 377: 1128-1130 [AO,I] 21450339
- Viner RM, Coffey C, Mathers C, Bloem P, Costello A, Santelli J, et al. 50-year mortality trends in children and young people: a study of 50 low-income, middle-income, and high-income countries. *Lancet*. 2011; 377: 1162-1174 [T,II] 21450338
- Espejo M, Miquel E, Esquerda M, Pifarré J. Valoración de la competencia del menor en relación con la toma de decisiones sanitarias: escala de la competencia de Lleida. *Med Clin (Barc)*. 2011; 136: 26-30 [T,I] 19631351
- Pamies-Aubalat L, Marcos YQ, Castaño MB. Conductas alimentarias de riesgo en una muestra de 2.142 adolescentes. *Med Clin (Barc)*. 2011; 136: 139-143 [T,I] 21056434
- Ege MJ, Mayer M, Normand AC, Genuneit J, Cookson WO, Braun-Fahrlander C, et al; GABRIELA Transregio 22 Study Group. Exposure to environmental microorganisms and childhood asthma. *N Engl J Med*. 2011; 364: 701-709 [T,II] 21345099
- Tirosh A, Shai I, Afek A, Dubnov-Raz G, Ayalon N, Gordon B, et al. Adolescent BMI trajectory and risk of diabetes versus coronary disease. *N Engl J Med*. 2011; 364: 1315-1325 [S,I] 21470009
- Ertmann RK, Reventlow S, Söderström M. Is my child sick? Parents' management of signs of illness and experiences of the medical encounter: Parents of recurrently sick children urge for more cooperation. *Scand J Prim Health Care*. 2011; 29: 23-27 [C,I] 21080763
- Hedman L, Bjerg A, Sundberg S, Forsberg B, Rönmark E. Both environmental tobacco smoke and personal smoking is related to asthma and wheeze in teenagers. *Thorax*. 2011; 66: 20-25 [S,I] 21047869

12. MUJER Y SALUD. Mujer

- Wilson JF. The polycystic ovary syndrome. *Ann Intern Med*. 2011; 154: ITC21 [R,I] 21282692
- Polyzos NP, Polyzos IP, Zavos A, Valachis A, Mauri D, Papanikolaou EG, et al. Obstetric outcomes after treatment of periodontal disease during pregnancy: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2010; 341: c7017 [M,I] 21190966
- Rayman MP, Wijnen H, Vader H, Kooistra L, Pop V. Maternal selenium status during early gestation and risk for preterm birth. *CMAJ*. 2011; 183: 549-555 [S,I] 21324870
- Jovanovic L, Savas H, Mehta M, Trujillo A, Pettitt DJ. Frequent Monitoring of A1C During Pregnancy as a Treatment Tool to Guide Therapy. *Diabetes Care*. 2011; 34: 53-54 [S,I] 20921215
- Reginster JY. Antifracture efficacy of currently available therapies for postmenopausal osteoporosis. *Drugs*. 2011; 71: 65-78 [R,II] 21175240
- Hall E, Frey BN, Soares CN. Non-hormonal treatment strategies for vasomotor symptoms: a critical review. *Drugs*. 2011; 71: 287-304 [R,I] 21319867
- Lopez MJ, Sanchez JI, Sanchez MC, Calderay M. Suplementos en embarazadas: controversias, evidencias y recomendaciones. *Inf Ter Sist Nac Salud*. 2010; 34: 117-128 [R,I]
- Freeman EW, Guthrie KA, Caan B, Sternfeld B, Cohen LS, Joffe H, et al. Efficacy of escitalopram for hot flashes in healthy menopausal women: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2011; 305: 267-274 [EC,I] 21245182
- LaCroix AZ, Chlebowski RT, Manson JE, Aragaki AK, Johnson KC, Martin L, et al; WHI Investigators. Health outcomes after stopping conjugated equine estrogens among postmenopa-

- usal women with prior hysterectomy: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2011; 305: 1305-1314 [EC,I]
21467283
- Torres PJ. Límites en la interrupción avanzada del embarazo. *Med Clin (Barc)*. 2011; 136: 491-494 [AO,I]
19942236
- 13. ANCIANOS. Anc**
- Losina E, Walensky RP, Reichmann WM, Holt HL, Gerlovin H, Solomon DH, et al. Impact of obesity and knee osteoarthritis on morbidity and mortality in older americans. *Ann Intern Med*. 2011; 154: 217-226 [T,I]
21320937
- Reynolds CF 3rd, Butters MA, Lopez O, Pollock BG, Dew MA, Mulsant BH, et al. Maintenance treatment of depression in old age: A randomized, double-blind, placebo-controlled evaluation of the efficacy and safety of donepezil combined with antidepressant pharmacotherapy. *Arch Gen Psychiatry*. 2011; 68: 51-60 [EC,I]
21199965
- Lieverse R, Van Someren EJ, Nielen MM, Uitdehaag BM, Smit JH, Hoogendijk WJ. Bright light treatment in elderly patients with nonseasonal major depressive disorder: a randomized placebo-controlled trial. *Arch Gen Psychiatry*. 2011; 68: 61-70 [EC,I]
21199966
- Wannamethee SG, Shaper AG, Whincup PH, Lennon L, Sattar N. Impact of diabetes on cardiovascular disease risk and all-cause mortality in older men: influence of age at onset, diabetes duration, and established and novel risk factors. *Arch Intern Med*. 2011; 171: 404-410 [S,I]
21403036
- Idris I. Diabetes and cardiovascular risk equivalency: do age at diagnosis and disease duration affect risk stratification?: comment on "impact of diabetes on cardiovascular disease risk and all-cause mortality in older men". *Arch Intern Med*. 2011; 171: 410-411 [AO,I]
21403037
- Trombetti A, Hars M, Herrmann FR, Kressig RW, Ferrari S, Rizzoli R. Effect of music-based multitask training on gait, balance, and fall risk in elderly people: a randomized controlled trial. *Arch Intern Med*. 2011; 171: 525-533 [EC,I]
21098340
- Martín MA, Alférez RC, Escortell E, Rico M, Sarriá A. Factores asociados a reingresos hospitalarios en pacientes de edad avanzada. *Aten Primaria*. 2011; 43: 117-124 [T,I]
20307916
- Jürschik P, Escobar MA, Nuin C, Botigué T. Criterios de fragilidad del adulto mayor. Estudio piloto. *Aten Primaria*. 2011; 43: 190-196 [T,I]
20850202
- Driver JA, Logroscino G, Lu L, Gaziano JM, Kurth T. Use of non-steroidal anti-inflammatory drugs and risk of Parkinson's disease: nested case-control study. *BMJ*. 2011; 342: d198 [CC,I]
21252104
- Shah SM, Carey IM. Quality of chronic disease care for older people in care homes and the community in a primary care pay for performance system: retrospective study. *BMJ*. 2011; 342: d912 [T,II]
21385803
- Stajkovic S, Aitken EM, Holroyd-Leduc J. Unintentional weight loss in older adults. *CMAJ*. 2011 [Epub ahead of print] [R,I]
21324857
- McAlister FA, Zhang J, Tonelli M, Klarenbach S, Manns BJ, Hemmelgarn BR, on behalf of the Alberta Kidney Disease Network. The safety of combining angiotensin-converting-enzyme inhibitors with angiotensin-receptor blockers in elderly patients: a population-based longitudinal analysis. *CMAJ*. 2011; 183: 655-662 [S,I]
21422125
- Bueno H, Betriu A, Heras M, Alonso JJ, Cequier A, García EJ, et al; on behalf of the TRIANA Investigators. Primary angioplasty vs. fibrinolysis in very old patients with acute myocardial infarction: TRIANA (TRatamiento del Infarto Agudo de miocardio eN Ancianos) randomized trial and pooled analysis with previous studies. *Eur Heart J*. 2011; 32: 51-60 [EC,II]
20971744
- Studenski S, Perera S, Patel K, Rosano C, Faulkner K, Inzitari M, et al. Gait speed and survival in older adults. *JAMA*. 2011; 305: 50-58 [M,II]
21205966
- Cesari M. Role of gait speed in the assessment of older patients. *JAMA*. 2011; 305: 93-94 [AO,I]
21205972
- Widera E, Steenpass V, Marson D, Sudore R. Finances in the older patient with cognitive impairment: "He didn't want me to take over". *JAMA*. 2011; 305: 698-706 [R,II]
21325186
- Sabatino CP. Damage prevention and control for financial incapacity. *JAMA*. 2011; 305: 707-708 [AO,I]
21325187
- Lee SJ, Eng C. Goals of glycemic control in frail older patients with diabetes. *JAMA*. 2011; 305: 1350-1351 [R,I]
21467289
- Preventing elder abuse: can we learn from child protection? *Lancet*. 2011; 377: 876 [AO,I]
21397750
- Martínez NI, Gaminde ID. Índices de comorbilidad y multimorbilidad en el paciente anciano. *Med Clin (Barc)*. 2011; 136: 441-446 [R,I]
20303122
- Villareal DT, Chode S, Parimi N, Sinacore DR, Hilton T, Armamento-Villareal R, et al. Weight loss, exercise, or both and physical function in obese older adults. *N Engl J Med*. 2011; 364: 1218-1229 [EC,I]
21449785
- 14. URGENCIAS Y EMERGENCIAS. Urg**
- Bhave PD, Marcus GM, Goldschlager N. The serial electrocardiogram: an important tool in the assessment of chest pain. *Arch Intern Med*. 2011; 171: 616 [R,I]
21482832

- Ogawa T, Akahane M, Koike S, Tanabe S, Mizoguchi T, Imamura T. Outcomes of chest compression only CPR versus conventional CPR conducted by lay people in patients with out of hospital cardiopulmonary arrest witnessed by bystanders: nationwide population based observational study. *BMJ*. 2010; 342: c7106 [T,II]
21273279
- Leman P. Audiovisual feedback and quality of CPR. *BMJ*. 2011; 342: c7108 [AO,I]
21296835
- Jacobs IG. Chest compression or conventional CPR after out of hospital cardiac arrest? *BMJ*. 2011; 342: d374 [AO,I]
21273280
- Hostler D, Everson-Stewart S, Rea TD, Stiell IG, Callaway CW, Kudenchuk PJ, et al; and the Resuscitation Outcomes Consortium Investigators. Effect of real-time feedback during cardiopulmonary resuscitation outside hospital: prospective, cluster-randomised trial. *BMJ*. 2011; 342: d512 [EC,I]
21296838
- McArthur KS, Quinn TJ, Dawson J, Walters MR. Diagnosis and management of transient ischaemic attack and ischaemic stroke in the acute phase. *BMJ*. 2011; 342: d1938 [R,I]
21454457
- Cave DM, Aufderheide TP, Beeson J, Ellison A, Gregory A, Hazinski MF, et al; on behalf of the American Heart Association Emergency Cardiovascular Care Committee; Council on Cardiopulmonary, Critical Care, Perioperative and Resuscitation; Council on Cardiovascular Diseases in the Young; Council on Cardiovascular Nursing; Council on Clinical Cardiology, and Advocacy Coordinating Committee. Importance and implementation of training in cardiopulmonary resuscitation and automated external defibrillation in schools: a science advisory from the American Heart Association. *Circulation*. 2011; 123: 691-706 [M,II]
21220728
- Huntington MK, Gavagan TF. Disaster medicine training in family medicine: a review of the evidence. *Fam Med*. 2011; 43: 13-20 [R,I]
21213132
- Yoffe SJ, Moore RW, Gibson JO, Dadfar NM, McKay RL, McClellan DA, et al. A reduction in emergency department use by children from a parent educational intervention. *Fam Med*. 2011; 43: 106-111 [QE,I]
21305425
- Nagele P. Augmented CPR: rescue after the ResQ trial. *Lancet*. 2011; 377: 276-278 [AO,I]
21251706
- Aufderheide TP, Frascone RJ, Wayne MA, Mahoney BD, Swor RA, Domeier RM, et al. Standard cardiopulmonary resuscitation versus active compression-decompression cardiopulmonary resuscitation with augmentation of negative intrathoracic pressure for out-of-hospital cardiac arrest: a randomised trial. *Lancet*. 2011; 377: 301-311 [EC,II]
21251705
- Hankey GJ. Lowering blood pressure in acute stroke: the SCAST trial. *Lancet*. 2011; 377: 696-698 [AO,I]
21316753
- Sandset EC, Bath PM, Boysen G, Jatuzis D, K  r   J, Lüders S, et al; SCAST Study Group. The angiotensin-receptor blocker candesartan for treatment of acute stroke (SCAST): a randomised, placebo-controlled, double-blind trial. *Lancet*. 2011; 377: 741-750 [EC,I]
21316752
- Managing acute upper gastrointestinal bleeding. *Lancet*. 2011; 377: 1048 [AO,I]
21440792
- Pérez P, Nogué S, Ríos J, Navas I, Alonso JR. Evaluación de las intoxicaciones agudas por productos químicos atendidas en un Servicio de Urgencias. *Med Clin (Barc)*. 2011; 136: 149-152 [T,I]
20980031
- Cardona V; Grupo de trabajo de la Guía GALAXIA de actuación en anafilaxia. Guía de actuación en anafilaxia. *Med Clin (Barc)*. 2011; 136: 349-355 [M,I]
21168172
- Kontos MC. Exploraciones de imagen no invasivas para la evaluación de los pacientes de bajo riesgo en unidades de dolor torácico: disponibilidad, utilidad e inconvenientes en la práctica clínica real. *Rev Esp Cardiol*. 2011; 64: 92-95 [AO,I]

15. TERAPÉUTICA. Tp

- Freeman JV, Zhu RP, Owens DK, Garber AM, Hutton DW, Go AS, et al. Cost-effectiveness of dabigatran compared with warfarin for stroke prevention in atrial fibrillation. *Ann Intern Med*. 2011; 154: 1-11 [CE,II]
21041570
- Buse JB, Bergenstal RM, Glass LC, Heilmann CR, Lewis MS, Kwan AY, et al. Use of twice-daily exenatide in Basal insulin-treated patients with type 2 diabetes: a randomized, controlled trial. *Ann Intern Med*. 2011; 154: 103-112 [EC,I]
21138825
- Baker WL, Colby JA, Tongbram V, Talati R, Silverman IE, White CM, et al. Neurothrombectomy devices for the treatment of acute ischemic stroke: state of the evidence. *Ann Intern Med*. 2011; 154: 243-252 [M,I]
21242342
- Curtis JR, Engelberg RA. What is the "right" intensity of care at the end of life and how do we get there? *Ann Intern Med*. 2011; 154: 283-284 [R,I]
21320943
- Khatir P. Neurothrombectomy devices for acute ischemic stroke: a state of uncertainty. *Ann Intern Med*. 2011; 154: 285-287 [AO,I]
21242343
- Vaidyanathan S, Barnes M, Williamson P, Hopkinson P, Donnan PT, Lipworth B. Treatment of chronic rhinosinusitis with nasal polyps with oral steroids followed by topical steroids: a randomized trial. *Ann Intern Med*. 2011; 154: 293-302 [EC,I]
21357906
- Mullol J, Alobid I. Combined oral and intranasal corticosteroid therapy: an advance in the management of nasal polyps? *Ann Intern Med*. 2011; 154: 365-367 [R,I]
21357913
- Kales HC, Zivin K, Kim HM, Valenstein M, Chiang C, Ignacio R, et al. Trends in antipsychotic use in dementia 1999-2007. *Arch Gen Psychiatry*. 2011; 68: 190-197 [T,I]
21300946

- Sordé R, Falcó V, Lowak M, Domingo E, Ferrer A, Burgos J, et al. Current and potential usefulness of pneumococcal urinary antigen detection in hospitalized patients with community-acquired pneumonia to guide antimicrobial therapy. *Arch Intern Med.* 2011; 171: 166-172 [S,I]
20876397
- Wolf MS, Curtis LM, Waite K, Bailey SC, Hedlund LA, Davis TC, et al. Helping patients simplify and safely use complex prescription regimens. *Arch Intern Med.* 2011; 171: 300-305 [C,I]
21357804
- Sciarretta S, Palano F, Tocci G, Baldini R, Volpe M. Antihypertensive treatment and development of heart failure in hypertension: a bayesian network meta-analysis of studies in patients with hypertension and high cardiovascular risk. *Arch Intern Med.* 2011; 171: 384-394 [M,II]
21059964
- Frankenstein L. The difficult task of finding the best antihypertensive agent: comment on "antihypertensive treatment and development of heart failure in hypertension". *Arch Intern Med.* 2011; 171: 394-395 [AO,I]
21059966
- Rosansky SJ, Eggers P, Jackson K, Glasscock R, Clark WF. Early start of hemodialysis may be harmful. *Arch Intern Med.* 2011; 171: 396-403 [T,I]
21059968
- Alford DP, Labelle CT, Kretsch N, Bergeron A, Winter M, Botticelli M, et al. Collaborative care of opioid-addicted patients in primary care using buprenorphine: five-year experience. *Arch Intern Med.* 2011; 171: 425-431 [S,I]
21403039
- Bhave PD, Marcus GM, Goldschlager N. The serial electrocardiogram: an important tool in the assessment of chest pain. *Arch Intern Med.* 2011; 171: 616 [R,I]
21482832
- Chan WW, Chiou E, Obstein KL, Tignor AS, Whitlock TL. The Efficacy of proton pump inhibitors for the treatment of asthma in adults: a meta-analysis. *Arch Intern Med.* 2011; 171: 620-629 [M,II]
21482834
- Anzellotti P, Capone ML, Jeyam A, Tacconelli S, Bruno A, Tontodonati P, et al. Low-dose naproxen interferes with the antiplatelet effects of aspirin in healthy subjects: recommendations to minimize the functional consequences. *Arthritis Rheum.* 2011; 63: 850-859 [EC,I]
21360514
- Simó J, Calvo M, Beltrán JL. Tamaño del cupo e importe, intensidad y calidad de la prescripción de los médicos de familia. *Aten Primaria.* 2011; 43: 69-81 [T,I]
20557980
- Vicente A, Lou S, Medina E, Muñoz S, Ibáñez JA. Tratamiento de la osteoporosis con bifosfonatos: aproximaciones a nuestra realidad asistencial. *Aten Primaria.* 2011; 43: 95-99 [S,I]
20541844
- Caballero-Villarraso J, Villegas-Portero R, Rodríguez-Cantalejo F. Dispositivos de coagulometría portátil en el seguimiento y control ambulatorio de la terapia anticoagulante oral: revisión sistemática. *Aten Primaria.* 2011; 43: 148-156 [M,I]
21036420
- Férriz G, Rojas M, Riera N, Riera C, Fernández FJ, Aguado A. ¿Qué gasto farmacológico genera un diabético bien controlado? *Aten Primaria.* 2011; 43: 169-174 [T,I]
20573422
- Amin A, Meeran K. New drugs for hyponatraemia. *BMJ.* 2010; 341: c6219 [AO,I]
21078752
- Hingorani AD, Hemingway H. How should we balance individual and population benefits of statins for preventing cardiovascular disease? *BMJ.* 2010; 342: c6244 [AO,I]
21270079
- Ray WA. Cardiovascular safety of NSAIDs. *BMJ.* 2011; 342: c6618 [AO,I]
21224323
- Trelle S, Reichenbach S, Wandel S, Hildebrand P, Tschannen B, Villiger PM, et al. Cardiovascular safety of non-steroidal anti-inflammatory drugs: network meta-analysis. *BMJ.* 2011; 342: c7086 [M,II]
21224324
- Deodati A, Cianfarani S. Impact of growth hormone therapy on adult height of children with idiopathic short stature: systematic review. *BMJ.* 2011; 342: c7157 [M,I]
21398350
- Phizackerley D. Commentary: Achieving savings will not be straightforward. *BMJ.* 2010; 341: c7161 [AO,I]
21169322
- Thorns A, Cawley D. Palliative care in people with chronic obstructive pulmonary disease. *BMJ.* 2011; 342: d106 [AO,I]
21262896
- Driver JA, Logroscino G, Lu L, Gaziano JM, Kurth T. Use of non-steroidal anti-inflammatory drugs and risk of Parkinson's disease: nested case-control study. *BMJ.* 2011; 342: d198 [CC,I]
21252104
- Clark AL, Johnson MJ, Squire I. Does home oxygen benefit people with chronic heart failure? *BMJ.* 2011; 342: d234 [R,I]
21296836
- Wilding JP, Hardy K. Glucagon-like peptide-1 analogues for type 2 diabetes. *BMJ.* 2011; 342: d410 [R,I]
21325387
- Deckers JW, Blumenthal RS. Statins for primary prevention of cardiovascular disease. *BMJ.* 2011; 342: d1048 [R,I]
21325384
- Watson JM, Kang'ombe AR, Soares MO, Chuang LH, Worthy G, Bland JM, et al; on behalf of the VenUS III Team. Use of weekly, low dose, high frequency ultrasound for hard to heal venous leg ulcers: the VenUS III randomised controlled trial. *BMJ.* 2011; 342: d1092 [EC,I]
21385806
- Mackin P, Thomas SH. Atypical antipsychotic drugs. *BMJ.* 2011; 342: d1126 [R,I]
21378070
- Baldwin D, Woods R, Lawson R, Taylor D. Efficacy of drug treatments for generalised anxiety disorder: systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2011; 342: d1199 [M,II]
21398351

- Furukawa TA. Drug treatment for generalised anxiety disorder. BMJ. 2011; 342: d1216 [R,II] 21398352
- Albertsson-Wikland K. Growth hormone in children with idiopathic short stature. BMJ. 2011; 342: d1248 [AO,I]
- Rahimi K, Emberson J, McGale P, Majoni W, Merhi A, Asselbergs FW, et al; PWM is acting on behalf of the PROSPER Executive. Effect of statins on atrial fibrillation: collaborative meta-analysis of published and unpublished evidence from randomised controlled trials. BMJ. 2011; 342: d1250 [M,II] 21411487
- Loke YK, Kwok CS, Singh S. Comparative cardiovascular effects of thiazolidinediones: systematic review and meta-analysis of observational studies. BMJ. 2011; 342: d1309 [M,II] 21415101
- Montori VM, Shah ND. What have we learnt from the rosiglitazone saga? BMJ. 2011; 342: d1354 [AO,II] 21415102
- Chopra V, Flanders SA. Statins and pneumonia. BMJ. 2011; 342: d1907 [R,I] 21471176
- Aumento del riesgo de fractura por medicamentos. Bol Ter Andal. 2010; 26: 21-24 [R,I]
- Barbui C, Cipriani A, Patel V, Ayuso-Mateos JL, van Ommeren M. Efficacy of antidepressants and benzodiazepines in minor depression: systematic review and meta-analysis. Br J Psychiatry. 2011; 198: 11-16 [M,II] 21200071
- Jones RM, Arlidge J, Gillham R, Reagu S, van den Bree M, Taylor PJ. Efficacy of mood stabilisers in the treatment of impulsive or repetitive aggression: systematic review and meta-analysis. Br J Psychiatry. 2011; 198: 93-98 [M,II] 21282779
- Nagarakanti R, Ezekowitz MD, Oldgren J, Yang S, Chernick M, Aikens TH, et al. Dabigatran versus warfarin in patients with atrial fibrillation: an analysis of patients undergoing cardiovascular. Circulation. 2011; 123: 131-136 [T,I] 21200007
- Fisher M, Loscalzo J. The perils of combination antithrombotic therapy and potential resolutions. Circulation. 2011; 123: 232-235 [AO,I] 21263004
- Fuster V, Sweeny JM. Aspirin: a historical and contemporary therapeutic overview. Circulation. 2011; 123: 768-778 [R,I] 21343593
- Ferreiro JL, Angiolillo DJ. Diabetes and antiplatelet therapy in acute coronary syndrome. Circulation. 2011; 123: 798-813 [R,I] 21343595
- Tobe SW, Clase CM, Gao P, McQueen M, Grosshennig A, Wang X, et al; on behalf of the ONTARGET and TRANSCEND Investigators. Cardiovascular and renal outcomes with Telmisartan, Ramipril, or both in people at high renal risk: results from the ONTARGET and TRANSCEND studies. Circulation. 2011; 123: 1098-1107 [EC,II] 21357827
- García LA, Lin KJ, Hernández-Díaz S, Johansson S. Risk of upper gastrointestinal bleeding with low-dose acetylsalicylic Acid alone and in combination with clopidogrel and other medications. Circulation. 2011; 123: 1108-1115 [T,II] 21357821
- Wann LS, Curtis AB, Ellenbogen KA, Estes NA 3rd, Ezekowitz MD, Jackman WM, et al. 2011 ACCF/AHA/HRS focused update on the management of patients with atrial fibrillation (update on Dabigatran): a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Circulation. 2011; 123: 1144-1150 [M,II] 21321155
- Hankey GJ, Eikelboom JW. Dabigatran etexilate: a new oral thrombin inhibitor. Circulation. 2011; 123: 1436-1450 [AO,I] 21464059
- McCormack JP, Allan GM, Virani AS. Is bigger better? An argument for very low starting doses. CMAJ. 2011; 183: 65-69 [AO,I] 20921252
- Wright AJ, Gomes T, Mamdani MM, Horn JR, Juurlink DN. The risk of hypotension following co-prescription of macrolide antibiotics and calcium-channel blockers. CMAJ. 2011; 183: 303-307 [T,II] 21242274
- Eom CS, Jeon CY, Lim JW, Cho EG, Park SM, Lee KS. Use of acid-suppressive drugs and risk of pneumonia: a systematic review and meta-analysis. CMAJ. 2011; 183: 310-319 [M,II] 21173070
- McAlister FA, Zhang J, Tonelli M, Klarenbach S, Manns BJ, Hemmelgarn BR; on behalf of the Alberta Kidney Disease Network. The safety of combining angiotensin-converting-enzyme inhibitors with angiotensin-receptor blockers in elderly patients: a population-based longitudinal analysis. CMAJ. 2011; 183: 655-662 [S,I] 21422125
- Smith BM, Schwartzman K, Bartlett G, Menzies D. Adverse events associated with treatment of latent tuberculosis in the general population. CMAJ. 2011; 183: E173-E179 [S,I] 21220436
- Guertin JR, Jackevicius CA, Cox JL, Humphries K, Pilote L, So DY, et al; for the Canadian Cardiovascular Outcomes Research Team. The potential economic impact of restricted access to angiotensin-receptor blockers. CMAJ. 2011; 183: E180-E186 [CE,II] 21262939
- Phillips CO. Combining angiotensin-receptor blockers with angiotensin-converting-enzyme inhibitors. CMAJ. 2011; 183: E309-E311 [AO,I] 21422130
- Best JH, Hoogwerf BJ, Herman WH, Pelletier EM, Smith DB, Wenten M, et al. Risk of cardiovascular disease events in patients with type 2 diabetes prescribed the glucagon-like peptide 1 (GLP-1) receptor agonist exenatide twice daily or other glucose-lowering therapies: a retrospective analysis of the LifeLink database. Diabetes Care. 2011; 34: 90-95 [T,II] 20929995
- Buse JB, Wolffenbuttel BH, Herman WH, Hippler S, Martin SA, Jiang HH, et al. The DURAbility of Basal versus Lispro mix 75/25 insulin Efficacy (DURABLE) trial: comparing the dura-

- bility of lispro mix 75/25 and glargine. *Diabetes Care*. 2011; 34: 249-255 [EC,II]
21270182
- Saito Y, Morimoto T, Ogawa H, Nakayama M, Uemura S, Doi N, et al; Japanese Primary Prevention of Atherosclerosis With Aspirin for Diabetes Trial Investigators. Low-dose aspirin therapy in patients with type 2 diabetes and reduced glomerular filtration rate: subanalysis from the JPAD trial. *Diabetes Care*. 2011; 34: 280-285 [EC,I]
21270185
- Best JH, Rubin RR, Peyrot M, Li Y, Yan P, Malloy J, et al. Weight-related quality of life, health utility, psychological well-being, and satisfaction with exenatide once weekly compared with sitagliptin or pioglitazone after 26 weeks of treatment. *Diabetes Care*. 2011; 34: 314-319 [EC,I]
21270189
- Sayuk GS, Gott BM, Nix BD, Lustman PJ. Improvement in sexual functioning in patients with type 2 diabetes and depression treated with bupropion. *Diabetes Care*. 2011; 34: 332-334 [T,I]
21270190
- Heise T, Tack CJ, Cuddihy R, Davidson J, Gouet D, Liebl A, et al. A new-generation ultra-long-acting basal insulin with a bolus boost compared with insulin glargine in insulin-naïve people with type 2 diabetes: a randomized, controlled trial. *Diabetes Care*. 2011; 34: 669-674 [EC,II]
21285389
- Kaur H, Hota D, Bhansali A, Dutta P, Bansal D, Chakrabarti A. Comparative evaluation of amitriptyline and duloxetine in painful diabetic neuropathy: a randomized, double-blind, cross-over clinical trial. *Diabetes Care*. 2011; 34: 818-822 [EC,I]
21355098
- Bloomgarden ZT. Diabetes treatment and cardiovascular safety. *Diabetes Care*. 2011; 34: e36-e42 [AO,I]
21447655
- Bloomgarden ZT. Type 2 diabetes: uses of thiazolidinediones and insulin. *Diabetes Care*. 2011; 34: e11-e16 [AO,II]
21270175
- Sostres C, Lanás A. Should prophylactic low-dose aspirin therapy be continued in peptic ulcer bleeding? *Drugs*. 2011; 71: 1-10 [AO,II]
21175237
- Connolly KR, Thase ME. If at first you don't succeed: a review of the evidence for antidepressant augmentation, combination and switching strategies. *Drugs*. 2011; 71: 43-64 [R,II]
21175239
- Reginster JY. Antifracture efficacy of currently available therapies for postmenopausal osteoporosis. *Drugs*. 2011; 71: 65-78 [R,II]
21175240
- Keating GM. Moxifloxacin 0.5% ophthalmic solution: in bacterial conjunctivitis. *Drugs*. 2011; 71: 89-99 [R,I]
21175242
- Pockros PJ. Drugs in development for viral hepatitis: care and caution. *Drugs*. 2011; 71: 263-271 [AO,I]
21319865
- Leentjens AF. The role of dopamine agonists in the treatment of depression in patients with Parkinson's disease: a systematic review. *Drugs*. 2011; 71: 273-286 [M,II]
21319866
- Hall E, Frey BN, Soares CN. Non-hormonal treatment strategies for vasomotor symptoms: a critical review. *Drugs*. 2011; 71: 287-304 [R,I]
21319867
- Chwieduk CM. Sitagliptin/Metformin fixed-dose combination: in patients with type 2 diabetes mellitus. *Drugs*. 2011; 71: 349-361 [R,I]
21319871
- Garnock-Jones KP. Ranibizumab: in macular oedema following retinal vein occlusion. *Drugs*. 2011; 71: 455-463 [R,I]
21395358
- Lyseng-Williamson KA. Levetiracetam: a review of its use in epilepsy. *Drugs*. 2011; 71: 489-514 [R,I]
21395360
- Frampton JE. Telmisartan: a review of its use in cardiovascular disease prevention. *Drugs*. 2011; 71: 651-677 [R,I]
21504246
- McCormack PL. Calcipotriol/Betamethasone dipropionate: a review of its use in the treatment of psoriasis vulgaris of the trunk, limbs and scalp. *Drugs*. 2011; 71: 709-730 [R,I]
21504248
- Lewiecki EM. Safety of long-term bisphosphonate therapy for the management of osteoporosis. *Drugs*. 2011; 71: 791-814 [R,I]
21504254
- Torres C, Moreno MÁ, Zarazaga M. Prudent use of antimicrobial agents: Not just for humans. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2010; 28: 669-671 [AO,I]
20951472
- Koenig W, Ridker PM. Rosuvastatin for primary prevention in patients with European systematic coronary risk evaluation risk $\geq 5\%$ or Framingham risk $>20\%$: post hoc analyses of the JUPITER trial requested by European health authorities. *Eur Heart J*. 2011; 32: 75-83 [EC,II]
20971747
- Van der Meer P, van Veldhuisen DJ. To bind or not to bind: potassium-lowering drugs in heart failure. *Eur Heart J*. 2011; 32: 791-792 [R,I]
21383002
- Tarn DM, Flocke SA. New prescriptions: how well do patients remember important information? *Fam Med*. 2011; 43: 254-259 [T,I]
21499998
- Robertson J, Moxey AJ, Newby DA, Gillies MB, Williamson M, Pearson SA. Electronic information and clinical decision support for prescribing: state of play in Australian general practice. *Fam Pract*. 2011; 28: 93-101 [C,I]
21109619
- Becerra V, Cots F, Guedea F, Pera J, Boladeras A, Aguiló F, et al; Grupo Multicéntrico Español de Cáncer de Próstata Organoconfinado. Comparación de costes de tres tratamientos del cáncer de próstata localizado en España: prostatectomía radical, braquiterapia prostática y radioterapia conformacional externa 3D. *Gac Sanit*. 2011; 25: 35-43 [T,I]
21316126
- Amado E, Pujol E, Pacheco V, Borrás JM; on behalf of the ADIEHTA Group. Conocimiento y adherencia a la terapia

- antihipertensiva en atención primaria: resultados de un ensayo clínico. *Gac Sanit.* 2011; 25: 62-67 [EC,I]
21354671
- Gisbert JP. Tratamientos de rescate ante el fracaso erradicador de *Helicobacter pylori*. *Gastroenterol Hepatol.* 2011; 34: 89-99 [R,I]
- Ford AC, Suares NC. Effect of laxatives and pharmacological therapies in chronic idiopathic constipation: systematic review and meta-analysis. *Gut.* 2011; 60: 209-218 [M,I]
21205879
- Fletcher J, Derakhshan MH, Jones GR, Wirz AA, McColl KE. BMI is superior to symptoms in predicting response to proton pump inhibitor: randomised trial in patients with upper gastrointestinal symptoms and normal endoscopy. *Gut.* 2011; 60: 442-448 [EC,I]
21159892
- Borrego O. Actualización terapéutica del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en el adulto. *Inf Ter Sist Nac Salud.* 2010; 34: 107-116 [R,I]
- Penson DF. Treatment for postprostatectomy incontinence: is this as good as it gets? *JAMA.* 2011; 305: 197-198 [AO,I]
21224463
- Freeman EW, Guthrie KA, Caan B, Sternfeld B, Cohen LS, Joffe H, et al. Efficacy of escitalopram for hot flashes in healthy menopausal women: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2011; 305: 267-274 [EC,I]
21245182
- Ranpura V, Hapani S, Wu S. Treatment-related mortality with bevacizumab in cancer patients: a meta-analysis. *JAMA.* 2011; 305: 487-494 [M,I]
21285426
- Park-Wyllie LY, Mamdani MM, Juurlink DN, Hawker GA, Gunraj N, Austin PC, et al. Bisphosphonate use and the risk of subtrochanteric or femoral shaft fractures in older women. *JAMA.* 2011; 305: 783-789 [CC,II]
21343577
- Jamal SA, Hamilton CJ, Eastell R, Cummings SR. Effect of nitroglycerin ointment on bone density and strength in postmenopausal women: a randomized trial. *JAMA.* 2011; 305: 800-807 [EC,I]
21343579
- Lipska KJ, Ross JS. Switching from rosiglitazone: thinking outside the class. *JAMA.* 2011; 305: 820-821 [AO,I]
21304068
- Khosla S. Is nitroglycerin a novel and inexpensive treatment for osteoporosis? *JAMA.* 2011; 305: 826-827 [AO,I]
21343584
- Thompson AM, Hu T, Eshelbrenner CL, Reynolds K, He J, Bazzano LA. Antihypertensive treatment and secondary prevention of cardiovascular disease events among persons without hypertension: a meta-analysis. *JAMA.* 2011; 305: 913-922 [M,II]
21364140
- Ventura HO, Lavie CJ. Antihypertensive therapy for prehypertension: relationship with cardiovascular outcomes. *JAMA.* 2011; 305: 940-941 [AO,I]
21364146
- Burns CM, Wortmann RL. Gout therapeutics: new drugs for an old disease. *Lancet.* 2011; 377: 165-177 [AO,I]
20719377
- Vieth R. Vitamin D nutrient to treat TB begs the prevention question. *Lancet.* 2011; 377: 189-190 [AO,I]
21215444
- Martineau AR, Timms PM, Bothamley GH, Hanifa Y, Islam K, Claxton AP, et al. High-dose vitamin D(3) during intensive-phase antimicrobial treatment of pulmonary tuberculosis: a double-blind randomised controlled trial. *Lancet.* 2011; 377: 242-250 [EC,I]
21215445
- Lazich I, Bakris G. Initial combination antihypertensives: let's ACCELERATE. *Lancet.* 2011; 377: 278-279 [AO,I]
21236482
- Brown MJ, McInnes GT, Papst CC, Zhang J, Macdonald TM. Amlodipine and the calcium channel blocker amlodipine combination as an initial treatment strategy for hypertension control (ACCELERATE): a randomised, parallel-group trial. *Lancet.* 2011; 377: 312-320 [EC,I]
21236483
- Statins--should we adjust the risk: benefit ratio? *Lancet.* 2011; 377: 354 [AO,II]
21277425
- Emberson J, Bennett D, Link E, Parish S, Danesh J, Armitage J, et al; Heart Protection Study Collaborative Group. C-reactive protein concentration and the vascular benefits of statin therapy: an analysis of 20,536 patients in the Heart Protection Study. *Lancet.* 2011; 377: 469-476 [EC,II]
21277016
- Martinez FD, Chinchilli VM, Morgan WJ, Boehmer SJ, Lemanske RF Jr, Mauger DT, et al. Use of beclomethasone dipropionate as rescue treatment for children with mild persistent asthma (TREXA): a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet.* 2011; 377: 650-657 [EC,I]
21324520
- Sandset EC, Bath PM, Boysen G, Jatuzis D, Kõrv J, Lüders S, et al; SCAST Study Group. The angiotensin-receptor blocker candesartan for treatment of acute stroke (SCAST): a randomised, placebo-controlled, double-blind trial. *Lancet.* 2011; 377: 741-750 [EC,I]
21316752
- Lee BH, Kim N. Quadruple or triple therapy to eradicate *H pylori*. *Lancet.* 2011; 377: 877-878 [AO,I]
21345486
- Kudva YC, Basu A. Ultra-long-acting insulins for a lifestyle-related pandemic. *Lancet.* 2011; 377: 880-881 [AO,I]
21396704
- Malfertheiner P, Bazzoli F, Delchier JC, Celiński K, Giguère M, Rivière M, et al; Pylera Study Group. *Helicobacter pylori* eradication with a capsule containing bismuth subcitrate potassium, metronidazole, and tetracycline given with omeprazole versus clarithromycin-based triple therapy: a randomised, open-label, non-inferiority, phase 3 trial. *Lancet.* 2011; 377: 905-913 [EC,II]
21345487
- Zinman B, Fulcher G, Rao PV, Thomas N, Endahl LA, Johansen T, et al. Insulin degludec, an ultra-long-acting basal insulin,

- once a day or three times a week versus insulin glargine once a day in patients with type 2 diabetes: a 16-week, randomised, open-label, phase 2 trial. *Lancet*. 2011; 377: 924-931 [EC,II] 21396703
- Norton C. Treating faecal incontinence with bulking-agent injections. *Lancet*. 2011; 377: 971-972 [AO,I] 21420542
- Drucker DJ, Goldfine AB. Cardiovascular safety and diabetes drug development. *Lancet*. 2011; 377: 977-979 [AO,I] 21316097
- Dolovich MB, Dhand R. Aerosol drug delivery: developments in device design and clinical use. *Lancet*. 2011; 377: 1032-1045 [AO,I] 21036392
- Casaroli-Marano R, Adan A, Gomez-Ulla F, Diaz JM. Degeneración macular asociada a la edad: análisis retrospectivo del tratamiento con ranibizumab. *Med Clin (Barc)*. 2011; 136: 128-131 [R,I] 210044110
- Pérez-Calvo JL, Morales JL, Ruiz FJ. La cistatina C: una proteína para la insuficiencia cardíaca. *Med Clin (Barc)*. 2011; 136: 158-162 [R,I] 210044110
- Costa G, Cristófol R, Cañete J. Dependencia funcional del paciente y malestar emocional del cuidador en una unidad de cuidados paliativos. *Med Clin (Barc)*. 2011; 136: 314-315 [T,I] 19646716
- Sanz J. Quimioterapia en la fase final de la vida: ¿es compasiva? *Med Clin (Barc)*. 2011; 136: 343-344 [AO,I] 21296363
- Grant RM, Lama JR, Anderson PL, McMahan V, Liu AY, Vargas L, et al; iPrEx Study Team. Preexposure chemoprophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men. *N Engl J Med*. 2010; 363: 2587-2599 [EC,II] 21091279
- Zannad F, McMurray JJ, Krum H, van Veldhuisen DJ, Swedberg K, Shi H, et al; EMPHASIS-HF Study Group. Eplerenone in patients with systolic heart failure and mild symptoms. *N Engl J Med*. 2011; 364: 11-21 [EC,I] 21073363
- Armstrong PW. Aldosterone antagonists--last man standing? *N Engl J Med*. 2011; 364: 79-80 [AO,I] 21073364
- Tack J. Antibiotic therapy for the irritable bowel syndrome. *N Engl J Med*. 2011; 364: 81-82 [AO,I] 21208112
- Committee and Investigators. Apixaban in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med*. 2011; 364: 806-817 [EC,II] 21309657
- Gerstein HC, Miller ME, Genuth S, Ismail-Beigi F, Buse JB, Goff DC Jr, et al; ACCORD Study Group. Long-term effects of intensive glucose lowering on cardiovascular outcomes. *N Engl J Med*. 2011; 364: 818-828 [EC,II] 21366473
- Fonarow GC. Comparative effectiveness of diuretic regimens. *N Engl J Med*. 2011; 364: 877-878 [AO,I] 21366480
- Haller H, Ito S, Izzo JL Jr, Januszewicz A, Katayama S, Menne J, et al; ROADMAP Trial Investigators. Olmesartan for the delay or prevention of microalbuminuria in type 2 diabetes. *N Engl J Med*. 2011; 364: 907-917 [EC,II] 21388309
- Yusuf S, Healey JS, Pogue J, Chrolavicius S, Flather M, Hart RG, et al; ACTIVE I Investigators. Irbesartan in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med*. 2011; 364: 928-938 [EC,II] 21388310
- Vogelmeier C, Hederer B, Glaab T, Schmidt H, Rutten-van Mölken MP, Beeh KM, et al; POET-COPD Investigators. Tiotropium versus salmeterol for the prevention of exacerbations of COPD. *N Engl J Med*. 2011; 364: 1093-1103 [EC,II] 21428765
- DeFronzo RA, Tripathy D, Schwenke DC, Banerji M, Bray GA, Buchanan TA, et al; ACT NOW Study. Pioglitazone for diabetes prevention in impaired glucose tolerance. *N Engl J Med*. 2011; 364: 1104-1115 [EC,II] 21428766
- Connolly SJ, Eikelboom J, Joyner C, Diener HC, Hart R, Golitsyn S, et al; AVERROES Steering
- Wedzicha JA. Choice of bronchodilator therapy for patients with COPD. *N Engl J Med*. 2011; 364: 1167-1168 [AO,I] 21428773
- Jensen DM. A new era of hepatitis C therapy begins. *N Engl J Med*. 2011; 364: 1272-1274 [AO,I] 21449791
- Martín E, Hernandez B, Garcia-Arias M, Alvaro-Gracia JM, Balsa A, Gomez J et al. Consenso de uso de rituximab en artritis reumatoide. Un documento con recomendaciones basadas en la evidencia. *Reumatol Clin*. 2011; 7: 30-44 [M,I]
- Juanola X, Zarco P, Sanz J, Muñoz S, Mulero J, Linares LF et al. Documento SER de consenso sobre el uso de terapias biológicas en la espondilitis anquilosante y otras espondiloartritis, excepto la artritis psoriásica. *Reumatol Clin*. 2011; 7: 113-123 [M,II]
- Gersh BJ, Freedman JE, Granger CB. Tratamiento antiagregante plaquetario y anticoagulante para la prevención del ictus en pacientes con fibrilación auricular no valvular: nuevos avances basados en la evidencia. *Rev Esp Cardiol*. 2011; 64: 260-268 [R,II] 21411211
- Kragstrup TW. Vitamin D supplementation for patients with chronic pain. *Scand J Prim Health Care*. 2011; 29: 4-5 [AO,I] 21073396

16. ENTREVISTA CLÍNICA. EC

- Salzburg Global Seminar. Salzburg statement on shared decision making. *BMJ*. 2011; 342: d1745 [R,II] 21427038
- Moynihan R. Power to the people. *BMJ*. 2011; 342: d2002 [AO,I] 21471161
- Gulland A. Welcome to the century of the patient. *BMJ*. 2011; 342: d2057 [AO,I] 21471162

Marshall M, Bibby J. Supporting patients to make the best decisions. *BMJ*. 2011; 342: d2117 [R,I]
21474512

Tarn DM, Flocke SA. New prescriptions: how well do patients remember important information? *Fam Med*. 2011; 43: 254-259 [T,I]
21499998

Kushnir T, Kushnir J, Sarel A, Cohen AH. Exploring physician perceptions of the impact of emotions on behaviour during interactions with patients. *Fam Pract*. 2011; 28: 75-81 [T,I]
20833703

Katerndahl D, Wood R, Jaén CR. Family medicine outpatient encounters are more complex than those of cardiology and psychiatry. *J Am Board Fam Med*. 2011; 24: 6-15 [T,I]
21209339

Shaw WS, Pransky G, Roter DL, Winters T, Tveito TH, Larson SM. The effects of patient-provider communication on 3-month recovery from acute low back pain. *J Am Board Fam Med*. 2011; 24: 16-25 [T,I]
21209340

Borrell F. Empatía, un valor troncal en la práctica clínica. *Med Clin (Barc)*. 2011; 136: 390-397 [R,II]
19732917

17. ATENCIÓN FAMILIAR. Fam

Bailón E, de la Revilla L. La atención familiar, la asignatura pendiente. *Aten Primaria*. 2011; 43: 55-57 [AO,I]
21353147

Hegarty K. Domestic violence: the hidden epidemic associated with mental illness. *Br J Psychiatry* 2011; 198: 169-170 [AO,I]
21357872

García-Huidobro D, Bittner M, Brahm P, Puschel K. Family intervention to control type 2 diabetes: a controlled clinical trial. *Fam Pract*. 2011; 28: 4-11 [EC,I]
20817790

Pritchett R, Kemp J, Wilson P, Minnis H, Bryce G, Gillberg C. Quick, simple measures of family relationships for use in clinical practice and research. A systematic review. *Fam Pract*. 2011; 28: 172-187 [M,II]
20978241

18. ACTIVIDADES COMUNITARIAS. AC

Salzburg Global Seminar. Salzburg statement on shared decision making. *BMJ*. 2011; 342: d1745 [R,II]
21427038

Moynihan R. Power to the people. *BMJ*. 2011; 342: d2002 [AO,I]
21471161

Gulland A. Welcome to the century of the patient. *BMJ*. 2011; 342: d2057 [AO,I]
21471162

Marshall M, Bibby J. Supporting patients to make the best decisions. *BMJ*. 2011; 342: d2117 [R,I]
21474512

19. DOCENCIA. Doc

Iwashyna TJ, Fuld A, Asch DA, Bellini LM. The impact of residents, interns, and attendings on inpatient laboratory ordering patterns: a report from one university's hospitalist service. *Acad Med*. 2011; 86: 139-145 [S,I]
20938318

Caudill TS, Lofgren R, Jennings CD, Karpf M. Commentary: Health care reform and primary care: training physicians for tomorrow's challenges. *Acad Med*. 2011; 86: 158-160 [AO,II]
21270552

DeZee KJ, Maurer D, Colt R, Shimeall W, Mallory R, Powers J, et al. Effect of financial remuneration on specialty choice of fourth-year U.S. medical students. *Acad Med*. 2011; 86: 187-193 [T,I]
21169785

Durning SJ, Elnicki DM, Cruess DF, Reddy S, Kernan WN, Harrell HE, et al. Almost internists: analysis of students who considered internal medicine but chose other fields. *Acad Med*. 2011; 86:194-200 [T,I]
21169784

Althoff RR, Waterman GS. Commentary: Psychiatric training for physicians: a call to modernize. *Acad Med*. 2011; 86: 285-287 [AO,I]
21346434

Chimonas S, Patterson L, Raveis VH, Rothman DJ. Managing conflicts of interest in clinical care: a national survey of policies at U.S. medical schools. *Acad Med*. 2011; 86: 293-299 [T,I]
21248603

Shapiro J. Perspective: Does medical education promote professional alexithymia? A call for attending to the emotions of patients and self in medical training. *Acad Med*. 2011; 86: 326-332 [AO,I]
21248595

Stead WW, Searle JR, Fessler HE, Smith JW, Shortliffe EH. Biomedical informatics: changing what physicians need to know and how they learn. *Acad Med*. 2011; 86: 429-434 [R,I]
20711055

Robin BR, McNeil SG, Cook DA, Agarwal KL, Singhal GR. Preparing for the changing role of instructional technologies in medical education. *Acad Med*. 2011; 86: 435-439 [R,II]
21346506

DaRosa DA, Skeff K, Friedland JA, Coburn M, Cox S, Pollart S, et al. Barriers to effective teaching. *Acad Med*. 2011; 86: 453-459 [R,I]
21346500

Davis DA, Prescott J, Fordis CM Jr, Greenberg SB, Dewey CM, Brigham T, et al. Rethinking CME: An imperative for academic medicine and faculty development. *Acad Med*. 2011; 86: 468-473 [R,I]
21346497

Scott I, Gowans M, Wright B, Brenneis F, Banner S, Boone J. Determinants of choosing a career in family medicine. *CMAJ*. 2011; 183: E1-E8 [S,II]
20974721

Huntington MK, Gavagan TF. Disaster medicine training in family medicine: a review of the evidence. *Fam Med.* 2011; 43: 13-20 [R,I]
21213132

Buddeberg-Fischer B, Klaghofer R, Stamm M. Family physicians in Switzerland: transition from residency to family practice. *Fam Med.* 2011; 43: 29-36 [S,I]
21213134

Egnew TR, Wilson HJ. Role modeling the doctor-patient relationship in the clinical curriculum. *Fam Med.* 2011; 43: 99-105 [C,I]
21305424

Hutchinson AM, Anderson Iii NS, Gochmour GL, Stewart C. Pregnancy and childbirth during family medicine residency training. *Fam Med.* 2011; 43: 160-165 [T,I]
21380947

Skye EP, Wimsatt LA, Master-Hunter TA, Locke AB. Developing online learning modules in a family medicine residency. *Fam Med.* 2011; 43: 185-192 [QE,I]
21380951

Walling A. Why? A personal reflection on becoming a family physician. *Fam Med.* 2011; 43: 201-202 [AO,II]
21380954

Paul B, Baranchuk A. Electrocardiography teaching in canadian family medicine residency programs: a national survey. *Fam Med.* 2011; 43: 267-271 [T,I]
21500000

20. INVESTIGACIÓN. Inv

John-Baptiste A, Bell C. Industry sponsored bias in cost effectiveness analyses. *BMJ.* 2010; 341: c5350 [AO,II]
20943724

Smyth RM, Kirkham JJ, Jacoby A, Altman DG, Gamble C, Williamson PR. Frequency and reasons for outcome reporting bias in clinical trials: interviews with trialists. *BMJ.* 2011; 342: c7153.[C,I]
21212122

Godlee F, Smith J, Marcovitch H. Wakefield's article linking MMR vaccine and autism was fraudulent. *BMJ.* 2011; 342: c7452 [AO,II]
21209060

Chan AW. Access to clinical trial data. *BMJ.* 2011; 342: d80 [AO,I]
21228020

Godlee F. Goodbye PubMed, hello raw data. *BMJ.* 2011; 342: d212 [AO,I]

Farmer A, Milne R, Walley T. Research to decrease areas of clinical uncertainty. *BMJ.* 2011; 342: d369 [R,II]
21296837

Godlee F. Institutional and editorial misconduct in the MMR scare. *BMJ.* 2011; 342: d378 [AO,II]

Glanville J, Kendrick T, McNally R, Campbell J, Hobbs FR. Research output on primary care in Australia, Canada, Germany, the Netherlands, the United Kingdom, and the United States: bibliometric analysis. *BMJ.* 2011; 342: d1028 [T,II]
21385804

Weightman AL, Butler CC. Using bibliometrics to define the quality of primary care research. *BMJ.* 2011; 342: d1083 [AO,I]
21385805

Sun X, Briel M, Busse JW, You JJ, Akl EA, Mejza F, et al. The influence of study characteristics on reporting of subgroup analyses in randomised controlled trials: systematic review. *BMJ.* 2011; 342: d1569 [M,II]
21444636

Schrager S, Boukamp C, Mundt M. Gender and first authorship of papers in family medicine journals 2006-2008. *Fam Med.* 2011; 43: 155-159 [T,I]
21380946

Gallego S, Fernández MF, Riaño I. Un nuevo criterio judicial sobre los requisitos para la investigación y las publicaciones científicas. *Med Clin (Barc).* 2011; 136: 264-266 [R,II]
20462606

21. PREVENCIÓN. Prev

Freeman JV, Zhu RP, Owens DK, Garber AM, Hutton DW, Go AS, et al. Cost-effectiveness of dabigatran compared with warfarin for stroke prevention in atrial fibrillation. *Ann Intern Med.* 2011; 154: 1-11 [CE,II]
21041570

Brenner H, Chang-Claude J, Seiler CM, Rickert A, Hoffmeister M. Protection from colorectal cancer after colonoscopy: a population-based, case-control study. *Ann Intern Med.* 2011; 154: 22-30 [CC,I]
21200035

Davila JA, Henderson L, Kramer JR, Kanwal F, Richardson PA, Duan Z, et al. Utilization of surveillance for hepatocellular carcinoma among hepatitis C virus-infected veterans in the United States. *Ann Intern Med.* 2011; 154: 85-93 [S,I]
21242365

Advisory Committee on Immunization Practices. Recommended adult immunization schedule: United States, 2011. *Ann Intern Med.* 2011; 154: 168-173 [M,II]
21282696

Lin JS, Eder M, Weinmann S. Behavioral counseling to prevent skin cancer: a systematic review for the u.s. Preventive services task force. *Ann Intern Med.* 2011; 154: 190-201 [M,II]
21282699

Fryhofer SA. Immunization 2011: expanding coverage, enhancing protection. *Ann Intern Med.* 2011; 154: 204-206 [AO,I]
21282701

Clase CM, Gao P, Tobe SW, McQueen MJ, Grosshennig A, Teo KK, et al; on behalf of the ONTARGET (ONgoing Telmisartan Alone and in combination with Ramipril Global Endpoint Trial) and TRANSCEND (Telmisartan Randomized Assessment Study in Angiotensin-Converting-Enzyme-Inhibitor Intolerant Subjects with Cardiovascular Disease). Estimated glomerular filtration rate and albuminuria as predictors of outcomes in patients with high cardiovascular risk: a cohort study. *Ann Intern Med.* 2011; 154: 310-318 [S,II]
21357908

Chou R, Dana T, Bougatsos C, Fleming C, Beil T. Screening adults aged 50 years or older for hearing loss: a review of the eviden-

- ce for the u.s. Preventive services task force. *Ann Intern Med.* 2011; 154: 347-355 [M,II]
21357912
- U.S. Preventive Services Task Force. Screening for osteoporosis: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med.* 2011; 154: 356-364 [M,II]
21242341
- U.S. Preventive Services Task Force. Screening for testicular cancer: U.S. Preventive services task force reaffirmation recommendation statement. *Ann Intern Med.* 2011; 154: 483-486 [M,II]
21464350
- Xue F, Willett WC, Rosner BA, Hankinson SE, Michels KB. Cigarette smoking and the incidence of breast cancer. *Arch Intern Med.* 2011; 171: 125-133 [S,II]
21263102
- Earnshaw SR, Scheiman J, Fendrick AM, McDade C, Pignone M. Cost-utility of aspirin and proton pump inhibitors for primary prevention. *Arch Intern Med.* 2011; 171: 218-225 [CE,I]
21325111
- Williams IT, Bell BP, Kuhnert W, Alter MJ. Incidence and transmission patterns of acute hepatitis C in the United States, 1982-2006. *Arch Intern Med.* 2011; 171: 242-248 [S,II]
21325115
- Carlson CM, Kirby KA, Casadei MA, Partin MR, Kistler CE, Walter LC. Lack of follow-up after fecal occult blood testing in older adults: inappropriate screening or failure to follow up? *Arch Intern Med.* 2011; 171: 249-256 [S,I]
20937917
- Wang TJ. Usefulness of novel screening tests for cardiovascular disease. *Arch Intern Med.* 2011; 171: 284-285 [AO,I]
21357802
- Ter Bogt NC, Bemelmans WJ, Beltman FW, Broer J, Smit AJ, van der Meer K. Preventing weight gain by lifestyle intervention in a general practice setting: three-year results of a randomized controlled trial. *Arch Intern Med.* 2011; 171: 306-313 [EC,I]
21357805
- Torrecilla MA, González MP, Rodríguez FG, Fernández JR. Efectos adversos de la vacunación contra el virus del papiloma humano. *Aten Primaria.* 2011; 43: 5-9 [T,I]
21163554
- Batalla C. Sobre la seguridad de la vacuna del virus del papiloma. *Aten Primaria.* 2011; 43: 9-10 [AO,I]
21145138
- Carrillo L, Dalmau J, Martínez JR, Solà R, Pérez F. Grasas de la dieta y salud cardiovascular. *Aten Primaria.* 2011; 43: 157.e1-e16 [R,II]
21392857
- Piot P, Ebrahim S. Prevention and control of chronic diseases. *BMJ.* 2010; 341: c4865 [AO,I]
21078750
- Hingorani AD, Hemingway H. How should we balance individual and population benefits of statins for preventing cardiovascular disease? *BMJ.* 2010; 342: c6244 [AO,I]
21270079
- Galan P, Kesse-Guyot E, Czernichow S, Briancon S, Blacher J, Hercberg S; SU.FOL.OM3 Collaborative Group. Effects of B vitamins and omega 3 fatty acids on cardiovascular diseases: a randomised placebo controlled trial. *BMJ.* 2010; 341: c6273 [EC,I]
21115589
- Winzenberg T, Powell S, Shaw KA, Jones G. Effects of vitamin D supplementation on bone density in healthy children: systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2011; 342: c7254 [M,I]
21266418
- Drug and Therapeutics Bulletin. Preventing exacerbations in chronic obstructive pulmonary disease. *BMJ.* 2011; 342: c7207 [R,I]
21262895
- Turner K, Adams E, Grant A, Macleod J, Bell G, Clarke J, et al. Costs and cost effectiveness of different strategies for chlamydia screening and partner notification: an economic and mathematical modelling study. *BMJ.* 2011; 342: c7250 [CE,I]
21205807
- Moayyedi P, Jankowski JA. Does long term aspirin prevent cancer? *BMJ.* 2010; 341: c7326 [AO,I]
21177739
- Godlee F, Smith J, Marcovitch H. Wakefield's article linking MMR vaccine and autism was fraudulent. *BMJ.* 2011; 342: c7452 [AO,II]
21209060
- Godlee F. Institutional and editorial misconduct in the MMR scare. *BMJ.* 2011; 342: d378 [AO,II]
- Olesen JB, Lip GY, Hansen ML, Hansen PR, Tolstrup JS, Lindhardsen J, et al. Validation of risk stratification schemes for predicting stroke and thromboembolism in patients with atrial fibrillation: nationwide cohort study. *BMJ.* 2011; 342: d124 [S,II]
21282258
- Keavney B. C reactive protein and the risk of cardiovascular disease. *BMJ.* 2011; 342: d144 [AO,I]
21325003
- Shaw N. Vitamin D and bone health in children. *BMJ.* 2011; 342: d192 [AO,I]
21266419
- Driver JA, Logroscino G, Lu L, Gaziano JM, Kurth T. Use of non-steroidal anti-inflammatory drugs and risk of Parkinson's disease: nested case-control study. *BMJ.* 2011; 342: d198 [CC,I]
21252104
- Reckless JP. Primary prevention of cardiovascular disease. *BMJ.* 2011; 342: d201 [R,II]
21266415
- Kaczorowski J, Chambers LW, Dolovich L, Paterson JM, Karwalajtys T, Gierman T, et al. Improving cardiovascular health at population level: 39 community cluster randomised trial of Cardiovascular Health Awareness Program (CHAP). *BMJ.* 2011; 342: d442 [EC,II]
21300712
- Fang MC. Anticoagulation in people with atrial fibrillation. *BMJ.* 2011; 342: d530 [AO,I]
21282259

- Watson JM, Pebody RG. Pandemic influenza vaccines. *BMJ*. 2011; 342: d545 [AO,I] 21303882
- C Reactive Protein Coronary Heart Disease Genetics Collaboration (CCGC). Association between C reactive protein and coronary heart disease: mendelian randomisation analysis based on individual participant data. *BMJ*. 2011; 342: d548 [M,II] 21325005
- Fenstermacher N, Levin M, Ward T. Pharmacological prevention of migraine. *BMJ*. 2011; 342: d583 [R,I] 21335409
- Ruedl G, Kopp M, Burtscher M. The protective effects of helmets in skiers and snowboarders. *BMJ*. 2011; 342: d857 [R,I] 21310792
- Brent D. Prevention of self harm in adolescents. *BMJ*. 2011; 342: d592 [AO,I] 21474524
- Deckers JW, Blumenthal RS. Statins for primary prevention of cardiovascular disease. *BMJ*. 2011; 342: d1048 [R,I] 21325384
- Moynihan R. Overdiagnosis and the dangers of early detection. *BMJ*. 2011; 342: d1140 [AO,I] 21345900
- Sandblom G, Varenhorst E, Rosell J, Löfman O, Carlsson P. Randomised prostate cancer screening trial: 20 year follow-up. *BMJ*. 2011; 342: d1539 [EC,I] 21454449
- Greving J, Visseren F, de Wit G, Algra A. Statin treatment for primary prevention of vascular disease: whom to treat? Cost-effectiveness analysis. *BMJ*. 2011; 342: d1672 [CE,II] 21450800
- Oliver A. Is nudge an effective public health strategy to tackle obesity? Yes. *BMJ*. 2011; 342: d2168 [AO,I] 21493667
- Rayner G, Lang T. Is nudge an effective public health strategy to tackle obesity? No. *BMJ*. 2011; 342: d2177 [AO,I] 21493668
- Nagarakanti R, Ezekowitz MD, Oldgren J, Yang S, Chernick M, Aikens TH, et al. Dabigatran versus warfarin in patients with atrial fibrillation: an analysis of patients undergoing cardioversion. *Circulation*. 2011; 123: 131-136 [T,I] 21200007
- Fisher M, Loscalzo J. The perils of combination antithrombotic therapy and potential resolutions. *Circulation*. 2011; 123: 232-235 [AO,I] 21263004
- Welsh JA, Sharma A, Cunningham SA, Vos MB. Consumption of added sugars and indicators of cardiovascular disease risk among US adolescents. *Circulation*. 2011; 123: 249-257 [T,I] 21220734
- Writing Group Members, Roger VL, Go AS, Lloyd-Jones DM, Adams RJ, Berry JD, Brown TM, et al; on behalf of the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee, Roger VL, Turner MB; On behalf of the American Heart Association Heart Disease and Stroke Statistics Writing Group. Executive summary: heart disease and stroke statistics--2011 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. 2011; 123: 459-463 [T,II] 21282523
- Goldhaber SZ, Piazza G. Optimal duration of anticoagulation after venous thromboembolism. *Circulation*. 2011; 123: 664-667 [AO,I] 21321182
- Fuster V, Sweeny JM. Aspirin: a historical and contemporary therapeutic overview. *Circulation*. 2011; 123: 768-778 [R,I] 21343593
- Wann LS, Curtis AB, Ellenbogen KA, Estes NA 3rd, Ezekowitz MD, Jackman WM, et al. 2011 ACCF/AHA/HRS focused update on the management of patients with atrial fibrillation (update on Dabigatran): a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation*. 2011; 123: 1144-1150 [M,II] 21321155
- Liese AD, Bortsov A, Günther AL, Dabelea D, Reynolds K, Standiford DA, et al. Association of DASH diet with cardiovascular risk factors in youth with diabetes mellitus: the SEARCH for diabetes in youth study. *Circulation*. 2011; 123: 1410-1417 [T,I] 21422385
- Roger VL, Go AS, Lloyd-Jones DM, Adams RJ, Berry JD, Brown TM, et al; on behalf of the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee, Roger VL, Turner MB; On behalf of the American Heart Association Heart Disease and Stroke Statistics Writing Group. Heart disease and stroke statistics--2011 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. 2011; 123: e18-e209 [T,II] 21160056
- Stel VS, Jager KJ. Glomerular filtration rate and initiation of dialysis. *CMAJ*. 2011; 183: 24-25 [AO,I] 21135083
- Clark WF, Na Y, Rosansky SJ, Sontrop JM, Macnab JJ, Glasscock RJ, et al. Association between estimated glomerular filtration rate at initiation of dialysis and mortality. *CMAJ*. 2011; 183: 47-53 [S,II] 21135082
- Lin WY, Tsai SL, Albu JB, Lin CC, Li TC, Pi-Sunyer FX, et al. Body mass index and all-cause mortality in a large Chinese cohort. *CMAJ*. 2011; 183: E329-E336 [S,I] 21398246
- Bolland MJ. Fracture-risk calculators: has their time come? *CMAJ*. 2010 [Epub ahead of print] [AO,I] 21173062
- Langsetmo L, Nguyen TV, Nguyen ND, Kovacs CS, Prior JC, Center JR, et al. Independent external validation of nomograms for predicting risk of low-trauma fracture and hip fracture. *CMAJ*. 2010 [Epub ahead of print] [T,I] 21173069
- Salas-Salvadó J, Bulló M, Babio N, Martínez-González MA, Ibarrola-Jurado N, Basora J, et al; for the PREDIMED Study Investigators. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with the mediterranean diet: results of the PREDIMED-Reus

- nutrition intervention randomized trial. *Diabetes Care.* 2011; 34: 14-19 [EC,II]
20929998
- Arlöv J, Sundström J, Ingelsson E, Lind L. Impact of BMI and the metabolic syndrome on the risk of diabetes in middle-aged men. *Diabetes Care.* 2011; 34: 61-65 [T,II]
20852030
- Saito Y, Morimoto T, Ogawa H, Nakayama M, Uemura S, Doi N, et al; Japanese Primary Prevention of Atherosclerosis With Aspirin for Diabetes Trial Investigators. Low-dose aspirin therapy in patients with type 2 diabetes and reduced glomerular filtration rate: subanalysis from the JPAD trial. *Diabetes Care.* 2011; 34: 280-285 [EC,I]
21270185
- Wang W, Lee ET, Howard BV, Fabsitz RR, Devereux RB, Welty TK. Fasting plasma glucose and hemoglobin a1c in identifying and predicting diabetes: the strong heart study. *Diabetes Care.* 2011; 34: 363-368 [S,II]
21270194
- Bleich SN, Wang YC. Consumption of sugar-sweetened beverages among adults with type 2 diabetes. *Diabetes Care.* 2011; 34: 551-555 [T,I]
21273500
- Germain N, Galuska B, Deb-Joardar N, Millot L, Manoli P, Thuret G, et al. No loss of chance of diabetic retinopathy screening by endocrinologists with a digital fundus camera. *Diabetes Care.* 2011; 34: 580-585 [T,I]
21266650
- Gallwitz B, Böhmer M, Segiet T, Mölle A, Milek K, Becker B, et al. Exenatide twice daily versus premixed insulin aspart 70/30 in metformin-treated patients with type 2 diabetes: a randomized 26-week study on glycemic control and hypoglycemia. *Diabetes Care.* 2011; 34: 604-606 [EC,II]
21285388
- Cheng P, Neugaard B, Foulis P, Conlin PR. Hemoglobin a1c as a predictor of incident diabetes. *Diabetes Care.* 2011; 34: 610-615 [S,II]
21289229
- Gupta AK, Brashear MM, Johnson WD. Prediabetes and prehypertension in healthy adults are associated with low vitamin d levels. *Diabetes Care.* 2011; 34: 658-660 [T,I]
21282345
- Ekinci EI, Clarke S, Thomas MC, Moran JL, Cheong K, Macisaac RJ, et al. Dietary salt intake and mortality in patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care.* 2011; 34: 703-709 [S,I]
21289228
- Yamada T, Yoshitama T, Makino K, Lee T, Saeki F. Heart rate recovery after exercise is a predictor of silent myocardial ischemia in patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care.* 2011; 34: 724-726 [T,I]
21266655
- Bae JC, Rhee EJ, Lee WY, Park SE, Park CY, Oh KW, et al. Combined effect of nonalcoholic fatty liver disease and impaired fasting glucose on the development of type 2 diabetes: a 4-year retrospective longitudinal study. *Diabetes Care.* 2011; 34: 727-729 [S,I]
21278140
- Boyko EJ, Meigs JB. Does diabetes always confer coronary heart disease risk equivalent to a prior myocardial infarction?: implications for prevention. *Diabetes Care.* 2011; 34: 782-784 [R,II]
21357366
- Chamnan P, Simmons RK, Forouhi NG, Luben RN, Khaw KT, Wareham NJ, et al. Incidence of type 2 diabetes using proposed HbA1c diagnostic criteria in the European Prospective Investigation of Cancer-Norfolk Cohort: implications for preventive strategies. *Diabetes Care.* 2011; 34: 950-956 [T,II]
20622160
- Bonora E, Kiechl S, Mayr A, Zoppini G, Targher G, Bonadonna RC, et al. High-normal HbA1c is a strong predictor of type 2 diabetes in the general population. *Diabetes Care.* 2011; 34: 1038-1040 [S,II]
21307378
- Arad Y, Fonseca V, Peters A, Vinik A. Beyond the monofilament for the insensate diabetic foot: a systematic review of randomized trials to prevent the occurrence of plantar foot ulcers in patients with diabetes. *Diabetes Care.* 2011; 34: 1041-1046 [M,I]
21447666
- Sostres C, Lanas A. Should prophylactic low-dose aspirin therapy be continued in peptic ulcer bleeding? *Drugs.* 2011; 71: 1-10 [AO,II]
21175237
- Reginster JY. Antifracture efficacy of currently available therapies for postmenopausal osteoporosis. *Drugs.* 2011; 71: 65-78 [R,II]
21175240
- Munier CM, Andersen CR, Kelleher AD. HIV Vaccines: progress to date. *Drugs.* 2011; 71: 387-414 [R,II]
21395355
- McKeage K, Romanowski B. AS04-adjuvanted Human Papillomavirus (HPV) types 16 and 18 vaccine (Cervarix®): a review of its use in the prevention of premalignant cervical lesions and cervical cancer causally related to certain oncogenic HPV types. *Drugs.* 2011; 71: 465-468 [R,I]
21395359
- Frampton JE. Telmisartan: a review of its use in cardiovascular disease prevention. *Drugs.* 2011; 71: 651-677 [R,I]
21504246
- Chaves F. Emergencia de infecciones pediátricas por Staphylococcus aureus resistente a meticilina asociadas a la comunidad: ¿debemos dar la alerta? *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2010; 28: 672-674 [AO,II]
20817359
- Vazquez F. El incremento de las infecciones de transmisión sexual en el siglo xxi: nuevos retos y aparición de nuevas patologías. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2011; 29: 77-78 [AO,I]
21334781
- Carnicer-Pont D, Vives N, Casabona I, Barbarà J. Epidemiología de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana. Retraso en el diagnóstico. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2011; 29: 144-151 [R,I]
21334780
- Koenig W, Ridker PM. Rosuvastatin for primary prevention in patients with European systematic coronary risk evaluation risk $\geq 5\%$ or Framingham risk $>20\%$: post hoc analyses of the JUPITER trial requested by European health authorities. *Eur Heart J.* 2011; 32: 75-83 [EC,II]
20971747

- Rana JS, Arsenault BJ, Després JP, Côté M, Talmud PJ, Ninio E, et al. Inflammatory biomarkers, physical activity, waist circumference, and risk of future coronary heart disease in healthy men and women. *Eur Heart J*. 2011; 32: 336-344 [CC,II]
19224930
- Endres M, Heuschmann PU, Laufs U, Hakim AM. Primary prevention of stroke: blood pressure, lipids, and heart failure. *Eur Heart J*. 2011; 32: 545-552 [R,II]
21285072
- Healy GN, Matthews CE, Dunstan DW, Winkler EA, Owen N. Sedentary time and cardio-metabolic biomarkers in US adults: NHANES 2003-06. *Eur Heart J*. 2011; 32: 590-597 [T,II]
21224291
- Barrett B, McKenna P. Communicating benefits and risks of screening for prostate, colon, and breast cancer. *Fam Med*. 2011; 43: 248-253 [R,II]
21499997
- Davis K, Haisfield L, Dorfman C, Krist A, Taylor KL. Physicians' attitudes about shared decision making for prostate cancer screening. *Fam Med*. 2011; 43: 260-266 [T,I]
21499999
- Ramond A, Bouton C, Richard I, Roquelaure Y, Baufreton C, Legrand E, et al. Psychosocial risk factors for chronic low back pain in primary care—a systematic review. *Fam Pract*. 2011; 28: 12-21 [M,II]
20833704
- Sánchez-Payá J, Hernández-García I, Barrenengoa J, Rolando H, Camargo R, Cartagena L, et al. Determinantes de la vacunación antigripal en personal sanitario, temporada 2009-2010. *Gac Sanit*. 2011; 25: 29-34 [T,I]
21333406
- Galán I, Rodríguez-Laso A, Díez-Gañán L, Cámara E. Prevalencia y factores relacionados con las conductas de riesgo de cáncer de piel en Madrid (España). *Gac Sanit*. 2011; 25: 44-49 [T,I]
21324565
- Arria AM, O'Brien MC. The "high" risk of energy drinks. *JAMA*. 2011; 305: 600-601 [AO,I]
21266673
- Houssami N, Abraham LA, Miglioretti DL, Sickles EA, Kerlikowske K, Buist DS, et al. Accuracy and outcomes of screening mammography in women with a personal history of early-stage breast cancer. *JAMA*. 2011; 305: 790-799 [S,II]
21343578
- Thompson AM, Hu T, Eshelbrenner CL, Reynolds K, He J, Bazzano LA. Antihypertensive treatment and secondary prevention of cardiovascular disease events among persons without hypertension: a meta-analysis. *JAMA*. 2011; 305: 913-922 [M,II]
21364140
- Ventura HO, Lavie CJ. Antihypertensive therapy for prehypertension: relationship with cardiovascular outcomes. *JAMA*. 2011; 305: 940-941 [AO,I]
21364146
- Pierce JP, Messer K, White MM, Cowling DW, Thomas DP. Prevalence of heavy smoking in California and the United States, 1965-2007. *JAMA*. 2011; 305: 1106-1112 [T,I]
21406647
- Mateen FJ, Brook RD. Air pollution as an emerging global risk factor for stroke. *JAMA*. 2011; 305: 1240-1241 [R,I]
21427378
- Mold JW, Quattlebaum C, Schinnerer E, Boeckman L, Orr W, Hollabaugh K. Identification by primary care clinicians of patients with obstructive sleep apnea: a practice-based research network (PBRN) study. *J Am Board Fam Med*. 2011; 24: 138-145 [T,I]
21383212
- Grover M, Mookadam M, Armas D, Bozarth C, Castleberry T, Gannon M, et al. Identifying patients at risk for obstructive sleep apnea in a primary care practice. *J Am Board Fam Med*. 2011; 24: 152-160 [T,I]
21383214
- Jacobs EJ. Will an aspirin a day help keep fatal cancer away? *Lancet*. 2011; 377: 3-4 [AO,I]
21195237
- Rothwell PM, Fowkes FG, Belch JF, Ogawa H, Warlow CP, Meade TW. Effect of daily aspirin on long-term risk of death due to cancer: analysis of individual patient data from randomised trials. *Lancet*. 2011; 377: 31-41 [M,II]
21144578
- Oberg M, Jaakkola MS, Woodward A, Peruga A, Prüss-Ustün A. Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke: a retrospective analysis of data from 192 countries. *Lancet*. 2011; 377: 139-146 [T,II]
21112082
- Vieth R. Vitamin D nutrient to treat TB begs the prevention question. *Lancet*. 2011; 377: 189-190 [AO,I]
21215444
- Martineau AR, Timms PM, Bothamley GH, Hanifa Y, Islam K, Claxton AP, et al. High-dose vitamin D(3) during intensive-phase antimicrobial treatment of pulmonary tuberculosis: a double-blind randomised controlled trial. *Lancet*. 2011; 377: 242-250 [EC,I]
21215445
- Emberson J, Bennett D, Link E, Parish S, Danesh J, Armitage J, et al; Heart Protection Study Collaborative Group. C-reactive protein concentration and the vascular benefits of statin therapy: an analysis of 20,536 patients in the Heart Protection Study. *Lancet*. 2011; 377: 469-476 [EC,II]
21277016
- Tobacco companies expand their epidemic of death. *Lancet*. 2011; 377: 528 [AO,I]
21315442
- Finucane MM, Stevens GA, Cowan MJ, Danaei G, Lin JK, Paciorek CJ, et al; Global Burden of Metabolic Risk Factors of Chronic Diseases Collaborating Group (Body Mass Index). National, regional, and global trends in body-mass index since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 960 country-years and 9.1 million participants. *Lancet*. 2011; 377: 557-567 [T,II]
21295846
- Danaei G, Finucane MM, Lin JK, Singh GM, Paciorek CJ, Cowan MJ, et al; Global Burden of Metabolic Risk Factors of Chronic Diseases Collaborating Group (Blood Pressure). National, regional, and global trends in systolic blood pressure since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 786

- country-years and 5•4 million participants. *Lancet*. 2011; 377: 568-577 [T,II]
21295844
- Farzadfar F, Finucane MM, Danaei G, Pelizzari PM, Cowan MJ, Paciorek CJ, et al; Global Burden of Metabolic Risk Factors of Chronic Diseases Collaborating Group (Cholesterol). National, regional, and global trends in serum total cholesterol since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 321 country-years and 3•0 million participants. *Lancet*. 2011; 377: 578-586 [T,II]
21295847
- Wormser D, Kaptoge S, Di Angelantonio E, Wood AM, Pennells L, Thompson A, et al; Emerging Risk Factors Collaboration. Separate and combined associations of body-mass index and abdominal adiposity with cardiovascular disease: collaborative analysis of 58 prospective studies. *Lancet*. 2011; 377: 1085-1095 [M,II]
21397319
- Resnick MD. A better understanding of mortality in young people. *Lancet*. 2011; 377: 1128-1130 [AO,I]
21450339
- Viner RM, Coffey C, Mathers C, Bloem P, Costello A, Santelli J, et al. 50-year mortality trends in children and young people: a study of 50 low-income, middle-income, and high-income countries. *Lancet*. 2011; 377: 1162-1174 [T,II]
21450338
- Herrera A, Carpintero P, Fernández-Pérez C, Hernández-Vaqueiro D, Martínez AA, Suso S. Prevención secundaria en fracturas osteoporóticas. Resultados del proyecto GIOS. *Med Clin (Barc)*. 2011; 136: 50-55 [S,I]
20880558
- Banegas JR, Díez-Gañán L, Bañuelos-Marco B, González-Enríquez J, Villar-Álvarez F, Martín-Moreno JM, et al. Mortalidad atribuible al consumo de tabaco en España en 2006. *Med Clin (Barc)*. 2011; 136: 97-102 [T,II]
20980030
- Pérez-Ríos M. Mortalidad atribuida al consumo de tabaco: algo más que una estimación. *Med Clin (Barc)*. 2011; 136: 109-110 [AO,I]
20980029
- Lobo F. Alimentación y actividad física: un reto de nuestro tiempo. *Med Clin (Barc)*. 2011; 136: 153-155 [AO,I]
21047657
- Navarro MD, Sosa M. Estilos de vida y factores de riesgo para la osteoporosis. *Med Clin (Barc)*. 2011; 136: 250-251 [AO,I]
21075401
- Naranjo A, Ojeda-Bruno S, Francisco-Hernández F, Erasquin C, Rúa-Figueroa I, Rodríguez-Lozano C. Aplicación de las guías de prevención secundaria de fractura osteoporótica y del índice FRAX en una cohorte de pacientes con fractura por fragilidad. *Med Clin (Barc)*. 2011; 136: 290-292 [T,I]
21185575
- Abellán J, Ruilope LM, Leal M, Armario P, Tiberio G, Martell N. Control de los factores de riesgo cardiovascular en pacientes con ictus atendidos en Atención Primaria en España. Estudio ICTUSCARE. *Med Clin (Barc)*. 2011; 136: 329-335 [T,I]
21334698
- Alvarez-Sabín J. Prevención secundaria del ictus. Mucho por hacer. *Med Clin (Barc)*. 2011; 136: 340-342 [AO,I]
21145083
- Baena-Díez JM, Bermúdez-Chillida N, Mundet X, Val-García JL, Muñoz MA, Schröder H. Glucemia basal alterada y riesgo de diabetes mellitus a los 10 años. Estudio de cohorte. *Med Clin (Barc)*. 2011; 136: 382-385 [S,II]
21300382
- Influenza Division, National Center for Immunization and Respiratory Diseases. Antiviral agents for the treatment and chemoprophylaxis of influenza-Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR Surveill Summ*. 2011; 60: 1-24 [M,III]
21248682
- National Center for Immunization and Respiratory Diseases. General recommendations on immunization-Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR Surveill Summ*. 2011; 60: 1-64 [M,III]
21293327
- Grant RM, Lama JR, Anderson PL, McMahan V, Liu AY, Vargas L, et al; iPrEx Study Team. Preexposure chemoprophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men. *N Engl J Med*. 2010; 363: 2587-2599 [EC,II]
21091279
- Michael NL. Oral preexposure prophylaxis for HIV--another arrow in the quiver? *N Engl J Med*. 2010; 363: 2663-2665 [AO,I]
21091280
- Kim JJ. Focus on research: weighing the benefits and costs of HPV vaccination of young men. *N Engl J Med*. 2011; 364: 393-395 [AO,II]
21288093
- Zheng W, McLerran DF, Rolland B, Zhang X, Inoue M, Matsuo K, et al. Association between body-mass index and risk of death in more than 1 million Asians. *N Engl J Med*. 2011; 364: 719-729 [M,II]
21345101
- Christiani DC. Combating environmental causes of cancer. *N Engl J Med*. 2011; 364: 791-793 [AO,I]
21366471
- Connolly SJ, Eikelboom J, Joyner C, Diener HC, Hart R, Golitsyn S, et al; AVERROES Steering Committee and Investigators. Apixaban in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med*. 2011; 364: 806-817 [EC,II]
21309657
- DeFronzo RA, Tripathy D, Schwenke DC, Banerji M, Bray GA, Buchanan TA, et al; ACT NOW Study. Pioglitazone for diabetes prevention in impaired glucose tolerance. *N Engl J Med*. 2011; 364: 1104-1115 [EC,II]
21428766
- Tirosh A, Shai I, Afek A, Dubnov-Raz G, Ayalon N, Gordon B, et al. Adolescent BMI trajectory and risk of diabetes versus coronary disease. *N Engl J Med*. 2011; 364: 1315-1325 [S,I]
21470009
- Villareal DT, Chode S, Parimi N, Sinacore DR, Hilton T, Armatto-Villareal R, et al. Weight loss, exercise, or both and physical function in obese older adults. *N Engl J Med*. 2011; 364: 1218-1229 [EC,I]
21449785

Manson JE, Mayne ST, Clinton SK. Vitamin D and prevention of cancer--ready for prime time? *N Engl J Med*. 2011; 364: 1385-1387 [R,I]
21248761

Roger VL. Prevención secundaria: el reto permanente. *Rev Esp Cardiol*. 2011; 64: 8-9 [AO,I]
21190773

Brotos C, Soriano N, Moral I, Rodrigo MP, Kloppe P, Rodríguez AI, et al; PREseAP study research team. Ensayo clínico aleatorizado para evaluar la eficacia de un programa integral de prevención secundaria de las enfermedades cardiovasculares en atención primaria: estudio PREseAP. *Rev Esp Cardiol*. 2011; 64: 13-20 [EC,II]
21194823

Gersh BJ, Freedman JE, Granger CB. Tratamiento antiagregante plaquetario y anticoagulante para la prevención del ictus en pacientes con fibrilación auricular no valvular: nuevos avances basados en la evidencia. *Rev Esp Cardiol*. 2011; 64: 260-268 [R,II]
21411211

González-Juanatey JR, Millán J, Alegría E, Guijarro C, Lozano JV, Vitale GC. Prevalencia y características de la dislipemia en pacientes en prevención primaria y secundaria tratados con estatinas en España. Estudio DYSIS-España. *Rev Esp Cardiol*. 2011; 64: 286-294 [T,II]
21411216

Grau M, Elosua R, Cabrera A, Guembe MJ, Baena-Díez JM, Vega T, et al. Factores de riesgo cardiovascular en España en la primera década del siglo XXI: análisis agrupado con datos individuales de 11 estudios de base poblacional, estudio DARIOS. *Rev Esp Cardiol*. 2011; 64: 295-304 [M,II]
21397375

Lange P. Spirometric findings as predictors of survival. *Thorax*. 2011; 66: 1-2 [AO,I]
20978027

Hedman L, Bjerg A, Sundberg S, Forsberg B, Rönmark E. Both environmental tobacco smoke and personal smoking is related to asthma and wheeze in teenagers. *Thorax*. 2011; 66: 20-25 [S,I]
21047869

Baldwin DR. Imaging in lung cancer: recent advances in PET-CT and screening. *Thorax*. 2011; 66: 275-277 [R,I]
21422043

Gould MK. Evaluation of screening-detected lung nodules: minimising the risk of unnecessary biopsy and surgery. *Thorax*. 2011; 66: 277-279 [AO,I]
21357585

22. EVALUACIÓN/GARANTÍA DE CALIDAD. GC

Mendoza MD, Smith SG, Eder MM, Hickner J. The seventh element of quality: the doctor-patient relationship. *Fam Med*. 2011; 43: 83-89 [C,II]
21305423

Sacristán JA. Medicina centrada en el paciente e investigación de la efectividad comparada. *Med Clin (Barc)*. 2011; 136: 438-440 [AO,I]
21345468

23. BIOÉTICA. Bioet

Chimonas S, Patterson L, Raveis VH, Rothman DJ. Managing conflicts of interest in clinical care: a national survey of policies at U.S. medical schools. *Acad Med*. 2011; 86: 293-299 [T,I]
21248603

Buyx AM, Friedrich DR, Schöne-Seifert B. Ethics and effectiveness: rationing healthcare by thresholds of minimum effectiveness. *BMJ*. 2011; 342: d54 [R,II]
21242209

Sokol DK. "Make the care of your patient your first concern". *BMJ*. 2011; 342: d646 [AO,I]
21289008

Salzburg Global Seminar. Salzburg statement on shared decision making. *BMJ*. 2011; 342: d1745 [R,II]
21427038

Moynihan R. Power to the people. *BMJ*. 2011; 342: d2002 [AO,I]
21471161

Gulland A. Welcome to the century of the patient. *BMJ*. 2011; 342: d2057 [AO,I]
21471162

Marshall M, Bibby J. Supporting patients to make the best decisions. *BMJ*. 2011; 342: d2117 [R,I]
21474512

Barrett B, McKenna P. Communicating benefits and risks of screening for prostate, colon, and breast cancer. *Fam Med*. 2011; 43: 248-253 [R,II]
21499997

Davis K, Haisfield L, Dorfman C, Krist A, Taylor KL. Physicians' attitudes about shared decision making for prostate cancer screening. *Fam Med*. 2011; 43: 260-266 [T,I]
21499999

The Lancet. Religion, organ transplantation, and the definition of death. *Lancet*. 2011; 377: 271 [AO,I]
21256368

24. PLANIFICACIÓN/GESTIÓN. Plan/Gest

Caudill TS, Lofgren R, Jennings CD, Karpf M. Commentary: Health care reform and primary care: training physicians for tomorrow's challenges. *Acad Med*. 2011; 86: 158-160 [AO,II]
21270552

Johnson PA, Bookman A, Bailyn L, Harrington M, Orton P. Innovation in ambulatory care: a collaborative approach to redesigning the health care workplace. *Acad Med*. 2011; 86: 211-216 [C,I]
21169782

Solanas P, Marzo MM; En el recuadro se relacionan los miembros del grupo de trabajo. COPAGO: conclusiones desde la evidencia científica. Documento semFYC, octubre de 2010. *Aten Primaria*. 2011; 43: 1-2 [AO,I]
21255706

Gutiérrez-Ibarluzea I. Desinversión basada en la evidencia en España. *Aten Primaria*. 2011; 43: 3-4 [AO,I]
21183251

- Simó J, Calvo M, Beltrán JL. Tamaño del cupo e importe, intensidad y calidad de la prescripción de los médicos de familia. *Aten Primaria*. 2011; 43: 69-81 [T,I]
20557980
 - Orozco-Beltrán D, Ollero M. Conferencia nacional para la atención al paciente con enfermedades crónicas. *Aten Primaria*. 2011; 43: 165-166 [AO,I]
21447425
 - Moon JC, Flett AS, Godman BB, Grosso AM, Wierzbicki AS. Getting better value from the NHS drug budget. *BMJ*. 2010; 341: c6449 [AO,I]
21169320
 - Phizackerley D. Commentary: Achieving savings will not be straightforward. *BMJ*. 2010; 341: c7161 [AO,I]
21169322
 - Buyx AM, Friedrich DR, Schöne-Seifert B. Ethics and effectiveness: rationing healthcare by thresholds of minimum effectiveness. *BMJ*. 2011; 342: d54 [R,II]
21242209
 - Serumaga B, Ross-Degnan D, Avery AJ, Elliott RA, Majumdar SR, Zhang F, et al. Effect of pay for performance on the management and outcomes of hypertension in the United Kingdom: interrupted time series study. *BMJ*. 2011; 342: d108 [S,II]
21266440
 - Fiona Godlee. Chronic disease must top the agenda. *BMJ*. 2011; 342: d716 [AO,I]
 - Shah SM, Carey IM. Quality of chronic disease care for older people in care homes and the community in a primary care pay for performance system: retrospective study. *BMJ*. 2011; 342: d912 [T,II]
21385803
 - Thornicroft G. A new mental health strategy for England. *BMJ*. 2011; 342: d1346 [AO,I]
21372074
 - Gask L, Khanna T. Ways of working at the interface between primary and specialist mental healthcare. *Br J Psychiatry*. 2011; 198: 3-5 [AO,II]
21200068
 - Musila N, Underwood M, McCaskie AW, Black N, Clarke A, van der Meulen JH. Referral recommendations for osteoarthritis of the knee incorporating patients' preferences. *Fam Pract*. 2011; 28: 68-74 [M,I]
20817791
 - Benavides FG. Salud pública y seguridad social, dos componentes básicos del estado del bienestar. *Gac Sanit*. 2011; 25: 91-93 [AO,II]
 - Peiró S, Artells, JJ, Meneu, R. Identificación y priorización de actuaciones de mejora de la eficiencia en el Sistema Nacional de Salud. *Gac Sanit*. 2011; 25: 95-105 [C,II]
 - Bermúdez C. Comentario: el Sistema Nacional de Salud requiere acciones más estructurales para mejorar su eficiencia. *Gac Sanit*. 2011; 25: 106-107 [AO,II]
 - Torne J, Encinas X, Vidal JM, Baucells JM. Modelo multidisciplinario de una unidad de diagnóstico rápido. *Med Clin (Barc)*. 2011; 136: 129-130 [AO,I]
 - Sacristán JA. Medicina centrada en el paciente e investigación de la efectividad comparada. *Med Clin (Barc)*. 2011; 136: 438-440 [AO,I]
21345468
 - Montero Ruiz E, López-Álvarez J. La interconsulta médica: problemas y soluciones. *Med Clin (Barc)*. 2011; 136: 488-490 [R,I]
19767026
 - Torres PJ. Límites en la interrupción avanzada del embarazo. *Med Clin (Barc)*. 2011; 136: 491-494 [AO,I]
19942236
 - Ertmann RK, Reventlow S, Söderström M. Is my child sick? Parents' management of signs of illness and experiences of the medical encounter: Parents of recurrently sick children urge for more cooperation. *Scand J Prim Health Care*. 2011; 29: 23-27 [C,I]
21080763
 - Velasco M, Zentner A, Busse R. The effects of gatekeeping: A systematic review of the literature. *Scand J Prim Health Care*. 2011; 29: 28-38 [M,II]
21192758
- ## 25. INFORMÁTICA. Informat
- Stead WW, Searle JR, Fessler HE, Smith JW, Shortliffe EH. Biomedical informatics: changing what physicians need to know and how they learn. *Acad Med*. 2011; 86: 429-434 [R,I]
20711055
 - Robin BR, McNeil SG, Cook DA, Agarwal KL, Singhal GR. Preparing for the changing role of instructional technologies in medical education. *Acad Med*. 2011; 86: 435-439 [R,II]
21346506
 - Graham AL, Cobb NK, Papandonatos GD, Moreno JL, Kang H, Tinkelman DG, et al. A randomized trial of Internet and telephone treatment for smoking cessation. *Arch Intern Med*. 2011; 171: 46-53 [EC,I]
21220660
 - Conesa MD, Aguinaga E, Hernández JJ. Evaluación de la calidad de las páginas web sanitarias mediante un cuestionario validado. *Aten Primaria*. 2011; 43: 33-40 [T,I]
20304528
 - McLean S, Protti D, Sheikh A. Telehealthcare for long term conditions. *BMJ*. 2011; 342: d120 [R,I]
21292710
 - Walker EA, Shmukler C, Ullman R, Blanco E, Scollan-Koliopoulos M, Cohen HW. Results of a successful telephonic intervention to improve diabetes control in urban adults: a randomized trial. *Diabetes Care*. 2011; 34: 2-7 [EC,I]
21193619
 - Fisher L, Dickinson WP. New technologies to advance self-management support in diabetes: not just a bunch of cool apps! *Diabetes Care*. 2011; 34: 240-243 [AO,I]
21193622
 - Nyenwe EA, Ashby S, Tidewell J, Nouer SS, Kitabchi AE. Improving diabetes care via telemedicine: lessons from the Addressing Diabetes in Tennessee (ADT) project. *Diabetes Care*. 2011; 34: e3.[R,I]
21357359

- Skye EP, Wimsatt LA, Master-Hunter TA, Locke AB. Developing online learning modules in a family medicine residency. *Fam Med*. 2011; 43: 185-192 [QE,I]
21380951
- Robertson J, Moxey AJ, Newby DA, Gillies MB, Williamson M, Pearson SA. Electronic information and clinical decision support for prescribing: state of play in Australian general practice. *Fam Pract* 2011; 28: 93-101 [C,I]
21109619
- Domingo M, Lupón J, González B, Crespo E, López R, Ramos A, et al. Telemonitorización no invasiva en pacientes ambulatorios con insuficiencia cardíaca: efecto en el número de hospitalizaciones, días de ingreso y calidad de vida. Estudio CARME (CAtalán Remote Management Evaluation). *Rev Esp Cardiol*. 2011; 64: 277-285 [QE,I]
21411210
- 26. OTRAS. Otras**
- Arribas JM. Pasado, presente y futuro de la cirugía menor en atención primaria. *Aten Primaria*. 2011; 43: 58-60 [AO,I]
- Peiró S, Meneu R. Crisis económica y epicrisis del sistema sanitario. *Aten Primaria*. 2011; 43: 115-116 [R,II]
21342720
- Martínez F. Fibroescepticismo: el debate continúa. *Aten Primaria*. 2011; 43: 167-168 [AO,I]
21397989
- Amin A, Meeran K. New drugs for hyponatraemia. *BMJ*. 2010; 341: c6219 [AO,I]
21078752
- Wakil A, Ng JM, Atkin SL. Investigating hyponatraemia. *BMJ*. 2011; 342: d1118 [R,I]
21382929
- Wanten G, Calder PC, Forbes A. Managing adult patients who need home parenteral nutrition. *BMJ*. 2011; 342: d1447 [R,I]
21421667
- McMinn J, Steel C, Bowman A. Investigation and management of unintentional weight loss in older adults. *BMJ*. 2011; 342: d1732 [R,I]
21447571
- Garnock-Jones KP. Ranibizumab: in macular oedema following retinal vein occlusion. *Drugs*. 2011; 71: 455-463 [R,I]
21395358
- Baarveld F, Visser CA, Kollen BJ, Backx FJ. Sports-related injuries in primary health care. *Fam Pract*. 2011; 28: 29-33 [T,I]
20923967
- Flannery FT, Parikh PD, Oetgen WJ. Characteristics of medical professional liability claims in patients treated by family medicine physicians. *J Am Board Fam Med*. 2010; 23: 753-761 [T,I]
21057071
- Gooren LJ. Clinical practice. Care of transsexual persons. *N Engl J Med*. 2011; 364: 1251-1257 [R,I]
21449788
- Cuttler L, Rosenfield RL. Assessing the value of treatments to increase height. *N Engl J Med*. 2011; 364: 1274-1276 [AO,I]
21449792
- Martín E, Hernandez B, Garcia-Arias M, Alvaro-Gracia JM, Balsa A, Gomez J et al. Consenso de uso de rituximab en artritis reumatoide. Un documento con recomendaciones basadas en la evidencia. *Reumatol Clin*. 2011; 07: 30-44 [M,I]

ACTIVIDADES CIENTÍFICAS

· **XXI Congreso Andaluz de Medicina Familiar y Comunitaria. SAMFyC**

Córdoba, 5-8 octubre 2011

Secretaría técnica: ACM

Telf.: 958 523 299

Fax: 958 203 550

www.samfyccordoba2011.com

· **Jornadas de Actualización semFYC Novartis**

Sevilla, 27-28 octubre, 2011

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

· **IV Congreso Clínico semFYC en Cardiovascular**

I Reunión conjunta SemFYC-SEC

Alicante, 1-2 diciembre, 2011

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

· **Jornadas de Actualización semFYC Novartis**

Granada, 15-16 diciembre, 2011

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

· **XXXII Congreso semFYC**

Bilbao, 13-15 junio, 2012

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

URL: <http://semfyc2012.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 cuatro los números editados de Medicina de Familia. Andalucía.

Te rogamos nos haga 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 haga 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.



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 semFYC, para las finalidades propias de la actividad antes indicada, así como para remitirle información no promocional ni publicitaria en relación a la misma. Asimismo le informamos que podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, dirigiéndose por escrito a:

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