

# Medicina de Familia Andalucía

## Editorial

- 257 ¿Qué pasa con la atención domiciliar?

## El espacio del usuario

- 259 Por un sistema sanitario público, universal y gratuito

## Originales

- 261 Uso del índice tobillo brazo en pacientes de alto riesgo. Frecuencia de alteración y factores asociados
- 273 Satisfacción de las gestantes con el actual programa de embarazo. Expectativas sobre un parto menos medicalizado
- 286 Valoración de la calidad y resultados del Proceso de Detección Precoz del Cáncer de Cérvix desde Atención Primaria en una Zona Básica de Salud urbana (2006-2008)

## Artículo de revisión

- 294 Evidencias disponibles en la etapa climatérica

## Artículos especiales

- 301 Trabajando con la queja (II): comprender y proponer nuevos significados

## ¿Cuál es su diagnóstico?

- 306 Paciente con crisis hemolítica aguda que se niega a transfusión

- 308 Respuesta al caso clínico

- 310 Publicaciones de interés

- 343 Actividades Científicas

- 344 Información para los autores



# JUNTA DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

## **Presidenta**

*Paloma Porras Martín*

## **Vicepresidente Primero**

*Francisco José Guerrero García*

## **Vicepresidente Segundo**

*José Antonio Prados Castillejo*

## **Vicepresidenta Tercera**

*Eloísa Fernández Santiago*

## **Secretaria**

*Herminia M. Moreno Martos*

## **Vicepresidente Económico**

*Jesús Sepúlveda Muñoz*

## **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*

*Alejandro Pérez Milena*

## **Vocal de Residentes**

*Francisco Javier Castro Martínez*

## **Vocal de Relaciones Externas**

*Eloísa Fernández Santiago*

**Vocal provincial de Almería:**

**Vocal provincial de Cádiz:**

**Vocal provincial de Córdoba:**

**Vocal provincial de Huelva:**

**Vocal provincial de Jaén:**

**Vocal provincial de Málaga:**

**Vocal provincial de Granada:**

**Vocal provincial de Sevilla:**

*M<sup>a</sup>. Pilar Delgado Pérez*

*M<sup>a</sup>. José Serrano Muñoz*

*Pilar Serrano Varo*

*Jesús E. Pardo Álvarez*

*Justa Zafra Alcántara*

*Rocío E. Moreno Moreno*

*Francisco José Guerrero García*

*Leonor Marín Pérez*

*pdelgadomedico@hotmail.com*

*majsemu@hotmail.com*

*pseva1@supercable.es*

*jeparedes10@teletel.es*

*justazafra@wanadoo.es*

*roemomo@hotmail.com*

*franguerrero72@yahoo.com*

*leonorjl04@yahoo.es*

## **SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

C/Arriola, 4, bj D – 18001 – Granada (España)

Tel: 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.*  
Luis Ávila Lachica. *Málaga.*  
Juan de Dios Alcántara Bellón. *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<sup>a</sup>. 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.*  
M<sup>a</sup>. Carmen García Tirado. *Granada.*  
José María de la Higuera González. *Sevilla.*  
José Lapetra Peralta. *Sevilla.*  
Francisca Leiva Fernández. *Málaga.*  
José Gerardo López Castillo. *Granada.*  
Luis Andrés López Fernández. *Granada.*  
Fernando López Verde. *Málaga.*  
Manuel Lubián López. *Cádiz.*  
Joaquín Maeso Villafaña. *Granada.*  
Eduardo Mayoral Sánchez. *Sevilla.*  
Rafael Montoro Ruiz. *Granada.*  
Guillermo Moratalla Rodríguez. *Cádiz.*  
Herminia M<sup>a</sup>. Moreno Martos. *Almería.*  
Francisca Muñoz Cobos. *Málaga.*  
M<sup>a</sup> Ángeles Ortiz Camúñez. *Sevilla.*  
Maximiliano Ocete Espínola. *Granada.*  
Juan Ortiz Espinosa. *Granada.*

Luis Pérula de Torres. *Córdoba.*  
Miguel Ángel Prados Quel. *Granada.*  
J. 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](mailto:revista@samfyc.es)  
[samfyc@samfyc.es](mailto: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 plastificados totalmente biodegradables.*

Disponible en formato electrónico en la web de la SAMFyC

Printed in Spain.

Maqueta: Antonio J. García Cruz

Imprime: Copartgraf



## Sumario

---

### **Editorial**

- 257 ¿Qué pasa con la atención domiciliar?

### **El espacio del usuario**

- 259 Por un sistema sanitario público, universal y gratuito

### **Originales**

- 261 Uso del índice tobillo brazo en pacientes de alto riesgo. Frecuencia de alteración y factores asociados
- 273 Satisfacción de las gestantes con el actual programa de embarazo. Expectativas sobre un parto menos medicalizado
- 286 Valoración de la calidad y resultados del Proceso de Detección Precoz del Cáncer de Cérvix desde Atención Primaria en una Zona Básica de Salud urbana (2006-2008)

### **Artículo de revisión**

- 294 Evidencias disponibles en la etapa climatérica

### **Artículos especiales**

- 301 Trabajando con la queja (II): comprender y proponer nuevos significados

### **¿Cuál es su diagnóstico?**

- 306 Paciente con crisis hemolítica aguda que se niega a transfusión

- 308 **Respuesta al caso clínico**

- 310 **Publicaciones de interés**

- 343 **Actividades Científicas**

- 344 **Información para los autores**
-



Official Publication of the  
Andalusian Society of Family  
and Community Medicine

# MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA

Med fam Andal Vol.12, N°.3, december 2011

## Summary

---

### **Editorial**

- 257 What's Happening with Primary Care?

### **The Consumer's Corner**

- 259 In Favor of a Free Public Health Care System with Universal Coverage

### **Original Articles**

- 261 Use of the Ankle-Brachial Index (ABI) in high risk patients. Frequency of alteration and associated risk factors
- 273 Satisfaction of Mothers Regarding a Current Pregnancy Program. Expectations for less Medicalized Childbirth
- 286 An Evaluation of Quality and Results in a Process for Cervical Cancer Screening at the Primary Health Care Level in an Urban Basic Health Zone (2006-2008)

### **Review Article**

- 294 Existing Evidence on the Perimenopause Period

### **Special Articles**

- 301 Addressing Complaints (II): How to Understand and Propose New Meanings

### **Which is Your Diagnosis?**

- 306 Patient with an acute hemolytic crisis that refuses a transfusion

- 308 **Answer to a Clinical Case**

- 310 **Publications of Interest**

- 343 **Scientific Activities**

- 344 **Information for Authors**
-

## EDITORIAL

### ¿Qué pasa con la atención domiciliaria?

Porras Martín P

Presidenta SAMFyC

Desde hace unos años, en distintos foros de discusión se ha hablado con mucha frecuencia de “la recuperación de la atención domiciliaria”. Para nuestros gestores, la atención del enfermo en el domicilio era algo nuevo, habían olvidado, incluso, la vieja figura del médico de cabecera o del “practicante” que acudían cada uno por su lado a visitar a pacientes encamados. Han olvidado que desde la creación de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, los médicos de familia atendemos a nuestros pacientes, allí donde se encuentren, ya sea en el centro o en el domicilio. En respuesta a esto, desde casi todos los servicios de salud se han implementado planes, proyectos, medidas, que tenían como base aumentar la atención domiciliaria principalmente aumentando los recursos de tiempo y personal de la enfermería.

Pero ¿es que la atención domiciliaria es algo distinto a la atención sanitaria? ¿A qué nos referimos cuando hablamos de atención domiciliaria? ¿Qué recursos necesita para llevarse a cabo? En definitiva, ¿deberíamos decir atención domiciliaria o simplemente atención en el domicilio?

Cuando en el buscador “Google” introducimos los criterios de búsqueda “atención domiciliaria” nos aparecen 370.000 resultados y se refieren a servicio doméstico. Si ya introducimos atención domiciliaria sanitaria, empieza a aparecer ya alguna cosa que tiene que ver con la atención en el domicilio, pero poco con los médicos de familia ¿es que los médicos de familia “no hacemos atención” a nuestros pacientes cuando están en su domicilio?

La Atención Primaria se encarga, por su propia definición y desde sus orígenes, de atender a la población, ya sea cuando acuden a nuestros centros o en sus casas, y por lo tanto deberemos utilizar el término de atención en el domicilio, pues

lo que define más la asistencia “no es tanto lo que hacemos sino dónde lo hacemos”.

En el domicilio, el hogar de nuestros pacientes, espacio básico y fundamental de la Atención Primaria, el paciente se encuentra en una situación de mayor vulnerabilidad, pues fundamentalmente acudimos a él cuando dicho paciente no es capaz de solucionar cualquier problema y nos tiene que abrir las puertas de su casa. Los agentes que atendemos en el primer nivel asistencial somos los médicos de familia y las enfermeras de familia, si bien ayudados en ocasiones por las enfermeras gestoras de casos, los trabajadores sociales y los puntuales servicios de rehabilitación que desde hace años pero tan tímidamente aparecen en nuestro ámbito de actuación.

En los últimos años, en Andalucía, al igual que en otras comunidades, los médicos de familia hemos visto aumentada nuestra cartera de servicios, nuestro tiempo de dedicación a los pacientes en consulta, con la firma de objetivos esquizofrénicos en nuestros contratos programas. Nos hemos visto abocados a aumentar el número de pacientes atendidos, con agendas abiertas todo el día pero al mismo tiempo reduciendo la frecuentación. Tenemos que aumentar nuestra actividad en los domicilios pero sin tiempo en las agendas para realizarlo. Este es el motivo por el que un aviso domiciliario, es una “losa” para aquellos de nosotros comprometidos con nuestros pacientes.

Debido a los cambios demográficos y sociales que se están produciendo desde finales del siglo XX, los pacientes mayores, muchos de los cuales presentan múltiples patologías, van a ir aumentando, una gran mayoría de estos pacientes van a verse obligados a estar “recluidos” en sus domicilios. Además, el propio desarrollo de

la atención hospitalaria, con el aumento de la Cirugía Mayor Ambulatoria, las altas cada vez más precoces; la atención a los pacientes terminales, ocasiona que gran parte de la asistencia se tenga que prestar en el domicilio del paciente por los profesionales de la Atención Primaria.

Los pacientes en el domicilio no son en líneas generales mucho más complicados que aquellos que atendemos en nuestras consultas, pero es cierto que necesitan más tiempo; por los desplazamientos y porque necesariamente hay que integrarse con el medio del paciente, intentando interactuar con la familia y en ocasiones con sus cuidadores profesionales.

Pero para una buena atención domiciliar, es imprescindible “recuperar el espacio de la atención en el domicilio” de los médicos de familia, y esta recuperación pasa fundamental e inexorablemente por la creación de un **espacio temporal** para la atención en el domicilio, es decir, la creación de **agendas reales** y no ficticias, como las que tenemos ahora, ya sea para atención a demanda o programada, tan esencial para que prestemos una asistencia de calidad a nuestros pacientes. No necesitamos que vengan “otros” a realizar nuestro trabajo, necesitamos espacio y agendas para hacer el nuestro. Somos expertos en lo que hacemos y los principales agentes de salud de nuestros pacientes.

---

#### Fe de erratas:

En la sección **PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN**, del volumen 12, número 2, suplemento 1 (página 259), en el proyecto **CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS SOBRE EL DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS**, los autores correctos son: Fajardo Contreras M<sup>a</sup>C, Valverde Bolívar FJ, Jiménez Rodríguez JM, González Igeño V, **Huertas Hernández F**, Gómez Calero A.

En la sección **PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN**, del volumen 11, número 2, suplemento 1 (página 276), en el proyecto **COMPARACIÓN DE EFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN FORMATIVA IMPARTIDA POR PARES Y FORMADORES**, el apellido de la segunda autora está errado, siendo lo correcto: Guidi EC, **Mancilla Mariscal I**, Luciani Huacac LA, Gómez Priego JJ, Jiménez Pulido I, Pérez Milena A.

En la sección **COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER**, del volumen 11, número 2, suplemento 1 (página 236), en la comunicación **DESIGUALDADES DE CALIDAD EN DIABÉTICOS TIPO 2**, la autoría debe ser atribuida a: Segura Coronil JM, Posadas Hodar C, Ramón Motos MJ, Sánchez González M, Cruz López E. ZBS Granada-Nordeste.

## EL ESPACIO DEL USUARIO

### Por un sistema sanitario público, universal y gratuito

Ruiz Legido O

*Presidenta FACUA Andalucía*

La salud es un derecho humano básico para el desarrollo del individuo y de la colectividad y, como tal, queda recogido en el artículo 43 de la Constitución Española, que reconoce en su primer apartado *“el derecho a la protección de la salud”*.

En aquellos países que han apostado por la salud, ésta ha sido un instrumento al servicio del desarrollo social y económico de sus pueblos y un factor clave en los avances que se han producido en la calidad de vida de la ciudadanía.

El grado de salud de la población es por sí mismo un indicador de desarrollo humano, existiendo una sinergia clara entre salud de la población, bienestar social y riqueza. Utilizando términos económicos, puede decirse que invertir en salud es hacerlo en desarrollo social y revierte en riqueza para la comunidad. La salud es aumento de la calidad de vida y es productividad. Por todo ello no resulta acertado que el debate sobre este servicio público se centre, exclusivamente y de forma interesada, en el problema del gasto sanitario como un problema irresoluble que necesariamente debe ser abordado desde políticas de recortes y de contribución individual de los ciudadanos a su sostenimiento mediante fórmulas de copago.

La universalidad y la financiación pública de los sistemas sanitarios como el español contribuyen al desarrollo de los países y permiten a sus ciudadanos ganar en equidad, igualdad y justicia social. Estos principios hacen que las políticas públicas de salud que garantizan, entre otros derechos, el acceso a servicios sanitarios de calidad al conjunto de la población, sin distinción y de una manera solidaria, contribuyan a la distribución de la renta y sean instrumentos que permiten articular la equidad social y una mayor cohesión social y territorial.

Nuestro actual sistema sanitario público está siendo víctima de constantes ataques y del periódico cuestionamiento de su dimensión universal, su financiación pública y su carácter gratuito. Así, en vez de poner en valor la contribución que dicho sistema ha supuesto para el propio desarrollo económico y social de los territorios, algunos se han lanzado, tijera en mano, a cortar por lo sano y a reducir, sin más, el gasto público en salud. Sin embargo, los recortes presupuestarios en servicios y prestaciones que se están llevando a cabo en los sistemas sanitarios públicos de algunas comunidades autónomas sólo contribuirán a provocar más desigualdades sociales, la privatización y mercantilización de los servicios sanitarios y la inequidad en el acceso a las prestaciones.

Las experiencias existentes han demostrado que, una menor inversión pública en salud puede provocar mayor gasto en otras áreas y un desplazamiento de los costes, pero no una reducción de éstos en términos generales. Los sistemas de copago y la privatización de servicios no contribuyen a racionalizar el gasto sanitario, ni sirven para mejorar la gestión de los sistemas públicos. Al contrario, una desintegración paulatina del actual sistema público de salud, universal y gratuito, sólo favorecerá a aquéllos que ven en la salud un gran mercado por explotar y perjudicará al conjunto de la ciudadanía y más especialmente a aquellos colectivos más desprotegidos y desfavorecidos.

Y debemos ser conscientes de que a esta desintegración intencionada de los sistemas sanitarios públicos van encaminados no pocos esfuerzos que ven en la salud ese mercado por desarrollar, existiendo ya signos evidentes de este proceso: cuestionamiento permanente de lo público, aumento del gasto sanitario privado, el cre-



cimiento del comercio internacional de servicios de salud y el incremento de las inversiones en empresas hospitalarias privadas y en compañías aseguradoras del sector.

Invertir en salud es invertir en bienestar social y en desarrollo económico y, por tanto es preciso tener en consideración que lo que se invierte en gasto sanitario público es recuperado y revierte en riqueza para la comunidad.

Es necesario buscar fórmulas que permitan reforzar los mecanismos de financiación de los sistemas sanitarios públicos y el establecimiento de criterios para la racionalización del gasto y su mayor y mejor eficiencia, dejando completamente fuera.

Deben rechazarse los recortes indiscriminados en gasto sanitario público que se están llevando a cabo en algunas comunidades autónomas y el establecimiento de sistemas de "repago" que generan inequidad en el acceso a las prestaciones.

Hay que generar resistencia frente a los continuos ataques a un sistema cuya financiación debe basarse en la solidaridad y en la progresividad y es el único que permite garantizar la salud de la población reduciendo también desigualdades.

La sanidad necesita mejoras y reformas pero éstas no deben estar basadas en recortes del gasto público que sólo contribuirán a hacer aún mayor la brecha social ya existente. Nuestro sistema de salud debe seguir siendo universal y gratuito, y debe ser financiado fundamentalmente mediante impuestos directos, contribuyendo más a su sostenimiento quienes más tienen, de forma solidaria, garantizando un reparto equitativo de la riqueza y la renta.

Pero además, es preciso garantizar una participación social efectiva en el diseño y el desarrollo de las políticas públicas de salud y para ello los poderes públicos deben promover e impulsar dicha participación, actualmente inexistente.

## ORIGINAL

# Uso del índice tobillo brazo en pacientes de alto riesgo. Frecuencia de alteración y factores asociados

Acero Guasch N<sup>1</sup>, Muñoz Cobos F<sup>2</sup>, Cuenca del Moral R<sup>2</sup>, Ruiz Álvarez C<sup>3</sup>, Vega Gutiérrez P<sup>4</sup>, García Ruiz AJ<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Médica de familia. Área de Salud de Eivissa y Formentera, Islas Baleares

<sup>2</sup> Médica de familia. Centro de Salud El Palo. Distrito Sanitario Málaga

<sup>3</sup> Médica Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Palo. Unidad Docente Medicina Familiar y Comunitaria de Málaga

<sup>4</sup> Médica de familia. Hospital Quirón. Málaga

<sup>5</sup> Doctor en Medicina. Profesor del Departamento de Farmacología. Cátedra de Economía de la Salud y Uso Racional del Medicamento. Universidad de Málaga

## RESUMEN

**Título:** Uso del índice tobillo brazo en pacientes de alto riesgo. Frecuencia de alteración y factores asociados.

**Objetivos:** Determinar la frecuencia de Índice tobillo brazo (ITB) alterado (<0.9) en pacientes de riesgo, factores asociados y concordancia con la palpación de pulsos.

**Diseño:** descriptivo transversal.

**Emplazamiento:** Centro de salud urbano.

**Población y muestra:** Pacientes con riesgo de arteriopatía de miembros inferiores: enfermedad cardiovascular (ECV), diabetes mellitus (DM), alto riesgo cardiovascular (RCV) (SCORE>5%) y/o clínica vascular. Muestreo consecutivo, n=88 (alfa 0.05, precisión 0.08). Variable dependiente: ITB. Variables independientes:

Edad, sexo, ECV, DM, Hipertensión arterial (HTA), Hiperlipemia (HLP), tabaquismo, Hemoglobina glicosilada (HbA1c), LDL, índice de masa corporal (IMC), tratamiento.

**Intervenciones:** Análisis bivariante: T-Student/U-Mann Whitney (variables cualitativas), correlación Pearson (variables cuantitativas). Análisis multivariante: regresión lineal. Análisis concordancia: índice de Kappa.

**Resultados:** 88 pacientes, 57 hombres. Edad media 66.44±11'03 años. DM 77.3%, HTA 55.7%, HLP 46.6%, fuman 21.6%, ECV 30.7%, Palpación de pulsos patológica 22.7% (13.97-31.48). Valores medios HbA1c 7.13±1.05, LDL 111.63±34.44, IMC 30.95±4.6, ITB 1.13±0.24. ITB normal 75%(65.95-84.05), ITB <0.9: 12.5% (5.59-19.41). Terapia antiagregante 60.2% (50.27-70.16), ácido acetilsalicílico 90.9% (83.31-98.51). El modelo multivariante (R<sup>2</sup> 0.98) relaciona ITB mayor con presentar DM (p<0.001, coeficiente beta 0.73 (0.38-1,26) y menor con ECV (p<0.05, coeficiente Beta -0.064(-0.24-(-0.02)). Coeficiente Kappa 0.349 (p 0.001).

**Conclusiones:** 11'8% presentan ITB <0'9. Factores asociados a ITB patológico: DM y alteración en palpación de pulsos. Baja concordancia entre palpación de pulsos e ITB.

**Palabras clave:** Ankle Brachial Index (Índice Tobillo Brazo); Peripheral Vascular Disease (Enfermedad Arterial Periférica); Pulse palpation (Palpación de pulsos).

Correspondencia: Nieves Acero Guasch  
Unidad de Investigación del Distrito Sanitario de AP Aljarafé  
C/ Montgrí, nº 8 - 2º.  
07800 Eivissa (Illes Balears)  
E-mail: nieves\_acero@hotmail.com

Recibido el 18-01-2011; aceptado para publicación el 26-10-2011  
Med fam Andal 2011; 3: 261-272

## SUMMARY

**Tilte:** Use of the Ankle-Brachial Index (ABI) in high risk patients. Frequency of alteration and associated risk factors.

**Objectives:** Determine the frequency of an altered (<0.9) ankle-brachial index (ABI) in risk patients, associated factors, and concordance with wrist pulses.

**Design:** cross-sectional descriptive.

**Setting:** Urban health clinic.

**Population and sample:** Patients at risk of peripheral arterial disease: cardiovascular disease (CVD), diabetes mellitus (DM), high risk cardiovascular disease (HRCVD) (SCORE>5%) and/or a history of vascular disease. Consecutive sample, n=88 (Alfa 0.05, precision 0.08). Dependent variable: ABI. Independent variables: age, sex, CVD, DM, high blood pressure (HBP), hyperlipidemia (HLD), smoking habit, glycated hemoglobin (HbA1C), LDL, body mass index (BMI), treatment.

**Interventions:** Bivariate analysis: T-Student/U-Mann Whitney (qualitative variables), Pearson's correlation (quantitative variables). Multivariate analysis: lineal regression. Concordance analysis: Kappa's index.

**Results:** 88 patients, 57 males. Average age 66.44±11.03 years. DM 77.3%, HBP 55.7%, HLP 46.6%, smokers 21.6%, HRDVD 30.7%, abnormal wrist pulse 22.7% (13.97-31.48). Mean values: HbA1c 7.13±1.05, LDL 111.63±34.44, BMI 30.95±4.6, ABI 1.13±0.24. Normal ABI 75% (65.95-84.05), ABI <0.9: 12.5% (5.59-19.41). Antiplatelet therapy 60.2% (50.27-70.16), acetylsalicylic acid 90.9% (83.31-98.51). The multivariate model (R2 0.98) relates ABI more with the presence of DM (p<0.001, Beta coefficient 0.73 (0.38-1.26) and less with CVD (p<0.05, Beta coefficient -0.064(-0.24-(-0.02)). Kappa coefficient 0.349 (p 0.001).

**Conclusions:** 11.8% had an ABI <0.9. Factors that were associated with a pathological ABI: DM and alterations in the wrist pulse. Low concordance between wrist pulse and ABI.

**Key words:** Ankle-Brachial Index, peripheral artery disease, wrist pulse.

## INTRODUCCIÓN

En la atención clínica al riesgo cardiovascular (RCV) cobra gran relevancia la detección precoz de la enfermedad cardiovascular en la larga fase asintomática, en cualquiera de sus formas, considerando además que su presencia en un órgano determinado puede ser indicativa de la afectación en otras localizaciones (1).

El diagnóstico de la EAP puede realizarse de forma sencilla mediante la determinación del Índice tobillo-brazo (ITB), una prueba barata, simple, objetiva, no invasiva y de fácil realización en la consulta de atención primaria (2). Se reconoce su valor como predictor independiente de mortalidad cardiovascular en pacientes con EAP asintomática (3). Sin embargo, dado que la prevalencia del ITB patológico es baja, el ITB no puede ser utilizado como prueba de cribado universal, y para ser eficiente se debe seleccionar al grupo de sujetos candidatos (4). La inclusión del ITB en la estratificación del riesgo cardiovascular implica una reclasificación de la categoría de riesgo (5), debiendo considerar a los pacientes con ITB <0.9 en una categoría de riesgo superior a la calculada en las tablas de RCV (6).

Se considera que el ITB se encuentra bajo o disminuido cuando es <0.9 (7)(8) con una sensibilidad del 95% y una especificidad del 99% para identificar una reducción del flujo sanguíneo >50%. Recientemente se ha descrito en distintos estudios, (9)(10) que los sujetos que presentan valores de ITB  $\geq 1.4$  y aquellos en los que no se puede determinar el ITB por ser incompresible la arteria, presentan un aumento del riesgo de complicaciones coronarias y de la tasa de mortalidad. Un ITB elevado o incompresible no es sinónimo de EAP, por lo que ante la sospecha de ésta deberán realizarse otras pruebas diagnósticas (11) que no dependan de la colapsabilidad de la arteria (12)(13).

En España, la prevalencia de enfermedad arterial de los miembros inferiores se ha evaluado en el estudio ESTIME, realizado en mayores de 55 años (media de edad de 70 años) y es del 8.5%, un 10.2% en varones y un 6.3% en mujeres (14). La prevalencia de EAP en los diversos estudios publicados en el ámbito de la atención primaria oscila entre el 5% y el 30% (15), según las características de la población incluida a estudio. La

prevalencia de EAP aumenta con la edad alcanzando el 20% de la población con edad superior a los 65 años (16). Asimismo, se relaciona con la existencia de otros factores de riesgo cardiovascular. Subdividiendo según riesgo cardiovascular calculado mediante función SCORE, se obtuvieron datos de ITB patológico en el 11.9% de pacientes con riesgo cardiovascular alto (17). En pacientes diabéticos, se han encontrado datos de prevalencia de ITB disminuido que oscilan entre el 11.3% (15) y el 26.33% (18) según los trabajos consultados.

En un reciente estudio, realizado en el ámbito de la atención primaria, el 10.4% de pacientes con diabetes o fumadores asintomáticos presentó valores de ITB reducido (19). Otros estudios revelan datos de prevalencia que alcanzan el 27.4%(20) en pacientes de alto riesgo cardiovascular, ya fueran ambulatorios u hospitalizados. Estudios similares, realizados en población con factores de riesgo cardiovascular en atención primaria determinan una prevalencia de ITB alterado del 23% (21). Esta alta prevalencia en pacientes asintomáticos hace importante utilizar métodos de detección eficaces, no siendo suficiente la exploración clínica, pues la presencia de pulsos no descarta enfermedad arterial (22).

Los objetivos de este estudio son, determinar la frecuencia de ITB alterado ( $<0.9$ ) en pacientes de riesgo (ECV, DM, alto RCV, clínica isquemia de miembros inferiores) atendidos en un centro de salud y los factores asociados a esta alteración así como comparar la concordancia entre ITB alterado y ausencia de pulsos pedios/ tibiales posteriores a la exploración.

## SUJETOS Y MÉTODOS

El estudio se ha realizado en el ámbito de un centro de salud urbano que atiende a una población de 34000 pacientes, concretamente en una consulta de atención primaria con 1540 pacientes asignados y que presenta las siguientes características por grupos: 344 mayores de 65 años, 160 incluidos en programa de DM2, 564 en programa de RCV. El diseño es descriptivo transversal. Los sujetos estudiados han sido aquellos pacientes con riesgo de arteriopatía de miembros

inferiores (ECV, DM, alto RCV (SCORE $>5\%$ ) y/o clínica sugestiva de isquemia de miembros inferiores) atendidos en una consulta de atención primaria. Los criterios de inclusión son: población perteneciente al centro de salud El Palo, adscritos a una clave médica; deben tener su historia clínica informatizada (DIRAYA); diagnóstico previo de ECV de cualquier localización, lo cual incluye cardiopatía isquémica en cualquiera de sus manifestaciones (Infarto agudo de miocardio (IAM), Angor, Cardiopatía isquémica, cirugía de revascularización coronaria, angioplastia coronaria); enfermedad cerebrovascular, ictus o accidente isquémico transitorio; arteriopatía ocliterante de miembros inferiores; así como insuficiencia renal por nefroangioesclerosis, o pacientes con colocación de stent en arteria renal); pacientes con diagnóstico de DM2; presencia de clínica sugestiva de isquemia de miembros inferiores (isquemia aguda (dolor de aparición brusca, parestesias, impotencia funcional, edema, frialdad, cambios de coloración, hipoestesia o anestesia, ausencia de pulsos distales a la zona isquémica) o isquemia crónica (claudicación intermitente: dolor muscular relacionado con la marcha, que desaparece con el reposo y reaparece al reanudar la actividad. En fases avanzadas puede aparecer dolor en reposo. Otras manifestaciones serían: parestesias, hipoestесias, alteraciones tróficas de la piel y uñas, frialdad, palidez y ausencia de pulsos distales a la lesión) (23); pacientes con RCV alto, mediante la medición del riesgo según la tabla SCORE para países de bajo riesgo (24). No serán incluidos en el estudio aquellos pacientes en situación de enfermedad terminal, o con cualquier otra enfermedad aguda que impida la realización de la técnica (fractura reciente de miembros, vendajes de miembro inferior o superior, heridas o procesos cutáneos activos en las zonas de toma de tensión arterial, etc.). Se ha realizado un muestreo consecutivo de pacientes que cumplen criterios de inclusión y acuden a consulta o se realiza visita domiciliaria. Se ha calculado un tamaño muestral de 88 sujetos para nivel de confianza del 95% y precisión 0.08, según la prevalencia esperada de EAP de 8.5% en la población española (14).

Los pacientes se evalúan de forma individualizada dentro del marco de la asistencia sanitaria reglada acorde a su patología y/o motivo de consulta. Se realiza anamnesis con valoración de

ECV conocida, despistaje específico de factores de riesgo cardiovascular (FRCV) (HTA, HLP, tabaquismo, antecedentes familiares de cardiopatía isquémica, obesidad) exploración clínica (auscultación cardiorrespiratoria, toma de tensión arterial, inspección de extremidades inferiores, palpación de pulsos periféricos, peso y talla en tallímetro y báscula de consulta) y analítica con determinación de perfil lipídico, glucemia, HbA1C y microalbuminuria en caso de DM2. Se realiza la medición del ITB según el procedimiento considerado de elección en la actualidad (5)(14)(21). Para las mediciones se utilizó un manguito convencional de determinación de la presión sanguínea y un aparato de Doppler portátil (marca Dopplex® con sonda de haz amplio EASY-8 de 8 MHz). El ITB es el resultado de dividir la presión arterial sistólica (PAS) de cada tobillo, escogiendo el valor más alto entre la arteria pedía y la tibial posterior, entre el valor de la PAS más alto de cualquiera de las dos arterias braquiales. Así se obtienen dos valores de ITB, uno para cada miembro inferior, seleccionando como definitivo el más bajo de los dos (25) con fines de valoración del riesgo cardiovascular del paciente.

La variable dependiente es el Índice tobillo-brazo. Como variables independientes se estudiaron edad, sexo, ECV, DM, Hipertensión arterial (HTA), Hiperlipemia (HLP), tabaquismo, HbA1C, LDL, IMC y tratamiento, distinguiendo si se recibía o no y el tipo del mismo (antiagregante o anticoagulante). Las variables del estudio quedan recogidas en la tabla 1.

El análisis de la prevalencia compara la frecuencia del ITB <0.9 en nuestra muestra con el 8.5% de prevalencia estimada en la población española (14).

Para evaluar la concordancia entre ITB alterado y ausencia de pulsos a la exploración se calcula el Índice Kappa considerando relevante un valor >0.60 (26).

Los factores asociados a ITB alterado se comprueban mediante análisis inicialmente univariante en el que se describen las variables cualitativas mediante su porcentaje de frecuencia absoluta y su intervalo de confianza al 95%, y las variables cuantitativas mediante sus medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de disper-

sión (desviación típica y error típico de la media) así como se da el intervalo de confianza al 95% para la media. Se comprueba el ajuste a la normal de las variables cuantitativas mediante el test de Kolmogorov-Smirnof. En el análisis bivariante se considera la relación entre todas las variables independientes y el ITB alterado, excluyendo los pacientes con ITB>1,4 (arterias no compresibles, prueba no diagnóstica). Se analiza la relación entre variables dependientes cualitativas e ITB mediante test de comparación de medias para muestras independientes: T de Student si se cumplen sus criterios de aplicación ( $n>30$ , normalidad de la variable cuantitativa, igualdad de varianzas comprobada mediante test de Levene (27)) o mediante test no paramétricos (U de Mann Whitney (28)) si no se cumplen las condiciones de aplicación). Para analizar la relación entre variables cuantitativas e ITB se utiliza la correlación de Pearson. En el análisis multivariante se realiza mediante regresión lineal, utilizando el método paso a paso y se selecciona el modelo que ofrece mayor coeficiente de determinación R<sup>2</sup>. El nivel de confianza se establece para alfa 0.05. Se utiliza el paquete estadístico SPSS 12.0.

## RESULTADOS

Se incluyeron un total de 88 pacientes, de los cuales 57 eran hombres y 31 eran mujeres, con una edad media de  $66.44\pm 11.03$  años. El grupo de pacientes presentaba una alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular, siendo los pacientes diabéticos el grupo mayoritario, con una frecuencia de 77.3% intervalo de confianza al 95% (IC) (68.52-86.03). Le sigue en frecuencia la presencia de HTA presentándola un 55.7% de los pacientes IC (45.3-66.06). El 46.6% IC (36.17-57.01) de los pacientes analizados eran dislipémicos. En cuanto al tabaquismo, encontramos una prevalencia del 21.6% IC (12.99-30.19) de fumadores activos. El 30.7% IC (21.05-40.32) de los pacientes analizados ya tenían historia previa de ECV establecida.

En la exploración física el 77.3% IC (68.52-86.03) de los pacientes presentaban una palpación de pulsos distales normal, teniendo el 22.7% IC (13.97-31.48) de ellos una exploración de pulsos patológica (débiles o ausentes).

La media de ITB obtenida fue de  $1.13 \pm 0.24$ , y presenta una distribución normal. Existen 11 pacientes con un ITB  $\geq 1.4$ , lo que corresponde al 12.5% IC (5.59-96.75) de los pacientes. La mayoría, un 75% IC (65.95-84.05) presentan un ITB normal, y el porcentaje de pacientes con un ITB  $< 0.9$  o disminuido fue del 12.5% IC (5.59-19.41).

El grupo de pacientes analizado presentaba una HbA1c media de  $7.13 \pm 1.05$  y un LDL medio de  $111.63 \pm 34.44$ . Se encontró una alta prevalencia de Sobrepeso y Obesidad en nuestra muestra, con un 90.5% IC (84.2-96.75) de pacientes con un IMC  $\geq 25$  siendo el IMC medio de  $30.95 \pm 4.6$ .

Respecto al tratamiento que recibían, encontramos que el 36.4% IC (26.31-46.41) de ellos no estaban tomando ningún tratamiento antiagregante y/o anticoagulante. Sí lo hacía el 60.2% IC (29.55-50) de los pacientes, que recibe terapia antiagregante. El 3.4% IC (-0.38-7.2) de la muestra estaban anticoagulados.

Se analizó el tipo de tratamiento antiagregante utilizado, estando el grupo mayoritario en tratamiento con Ácido Acetilsalicílico en un 90.4% IC (82.37-98.4) de los pacientes antiagregados. El 5.8% IC (-0.57-12.11) de ellos utilizaban triflusal, y tan sólo un 1.9% IC (-1.81-5.66) de los pacientes tomaba clopidogrel, y el mismo porcentaje seguía una terapia combinada.

Entre los pacientes que tenían ECV establecida, el 88.9% IC (77.03-100.7) recibían algún tipo de tratamiento antiagregante y/o anticoagulante; tan solo 3 pacientes con ECV previa no estaban siguiendo tratamiento alguno, lo que corresponde al 11.1% IC (-0.74-22.97) de la muestra. En el grupo de pacientes que no tenían ECV conocida, algo más de la mitad recibían tratamiento antiagregante y/o anticoagulante, concretamente un 54.1% IC (41.59-66.6) de los pacientes sin ECV conocida, y el 45.9% IC (33.4-58.41) de ellos no recibían terapia antiagregante.

El análisis de la concordancia supone la transformación de la variable ITB en dicotómica: normal (valor  $> 0.9$ ) o patológica (valor  $< 0.9$ ). La tabla muestra que 54 de los 77 pacientes (no incluidos los 11 pacientes con ITB  $> 1.4$ , pulsos palpables por arterias no compresibles, no descartable obstrucción) existe concordancia en la clasificación como normal por ambos métodos y en 7 casos como

patológicos, pero en 12 pacientes el ITB es normal y los pulsos no son palpables así como en otros 4 casos con pulsos palpables e ITB  $< 0.90$ . El coeficiente kappa es 0.349 valor bajo aunque significativo ( $p < 0.001$ ). No podemos descartar la hipótesis nula acerca de del kappa esperado  $> 0.5$ .

El análisis bivalente definido para la variable dependiente cuantitativa valor del ITB, se excluyen los 11 pacientes con ITB  $> 1.4$  (resultado inconcluyente) y arroja los resultados que se muestran en la tabla 3.

Se muestra relación significativa de la variable dependiente ITB con la exploración de pulsos pedios. El sexo no es una variable relacionada con el ITB: el valor medio es 1.06 para los hombres y 1.06 para las mujeres ( $p = 0.39$ , estadístico T Student).

Relacionando las variables independientes cuantitativas con el ITB, se encuentra correlación significativa entre el valor de ITB y niveles de HbA1c ( $p < 0.05$ ), el signo positivo de la correlación indica que al aumentar el valor de HbA1C aumenta el ITB probablemente por la asociación frecuente entre DM e incompresibilidad arterial. El bajo valor absoluto del coeficiente de correlación de Pearson (0.326) indica una relación poco relevante. Asimismo, presentan correlación positiva las asociaciones entre HbA1c y LDL, HbA1c e IMC, y niveles de LDL e IMC.

En el análisis multivariante se ha utilizado la regresión lineal introduciendo las variables independientes mediante el método paso a paso y seleccionando finalmente el modelo con mayor coeficiente de determinación. El modelo que se presenta en el análisis multivariante explica un 98% de la varianza de la variable dependiente (coeficiente de determinación 0.98). Relaciona con ITB la presencia de DM ( $p < 0.001$ ) (coeficiente Beta 0.73 Intervalo de Confianza 95% (0.38-1.26) y de ECV ( $p < 0.05$ ) (coeficiente Beta  $-0.06$ , IC 95%  $-0.24$ -(-0.02)) a igualdad del resto de variables. Los niveles de HbA1c se encuentran en el límite de la significación ( $p < 0.06$ ).

## DISCUSIÓN

El porcentaje de ITB alterado es alto en nuestra muestra, debido a que hemos seleccionado una

población con alto riesgo cardiovascular, por lo que hemos obtenido una prevalencia mayor que la esperada para la población general, aunque no significativa probablemente debido a un bajo tamaño muestral y es esperable alcanzar la significación estadística a medida que aumentemos el número de pacientes cribados.

En comparación con otros estudios similares, realizados en el ámbito de la atención primaria, cabe reseñar que en nuestro estudio hemos obtenido valores más bajos de prevalencia de EAP que en otros trabajos consultados, donde se detectó una elevada prevalencia de EAP, de hasta 23% como en el estudio de Puras-Mallagray (21). No obstante, en otros estudios hemos encontrado resultados más aproximados a los obtenidos en nuestro medio, siendo del 10.4% en un estudio de ámbito rural (19) realizado en atención primaria, o el estudio ESTIME14 con una prevalencia de 8.5% de ITB disminuido.

Asimismo, la edad es uno de los factores relacionados con mayor presencia de ITB disminuido. Así, por ejemplo, en un estudio de Meijer et al, que incluyó a pacientes de entre 55 y 85 años (edad media 70 años), la prevalencia global fue del 19.1%, con un rango que abarcaba desde el 8% en los de 55-59 años hasta el 55% en los mayores de 85 años (29). En nuestro estudio la edad media es de 66 años, menor que en el citado estudio, y por tanto, es plausible haber encontrado una menor proporción de EAP definida mediante ITB  $<0.9$ . También puede haber influido en los resultados, la alta prevalencia de pacientes diabéticos, puesto que sabemos que la DM se relaciona con endurecimiento arterial y calcificación de la íntima, lo cual da valores de ITB mayores no por ello indicando mejor perfusión de tejidos periféricos sino más bien parece demostrarse que un ITB excesivamente alto se asocia también a mayor riesgo de eventos cardiovasculares(9)(20).

En el análisis de la concordancia entre la exploración de pulsos distales palpables y los resultados obtenidos mediante determinación del ITB, hemos observado que cuando en la exploración se valora una palpación de pulsos normal, en el 93.1% de los casos se corresponde con un ITB normal, pero existe un 6.9% de ocasiones en que dicha exploración normal, correspondería a un ITB patológico. Sin embargo, la mayor discordancia se presenta

cuando hay una palpación de pulsos anormales, débiles o ausentes, pues en un 63.2% de los casos ha correspondido a un ITB normal y en un 36.8% de ellos reflejaba realmente un ITB patológico. Esto supone la obtención de un índice de Kappa de 0.349, resultado bajo, aunque estadísticamente significativo, por tanto su valor no se debe al azar, y no podemos descartar la hipótesis nula acerca del Kappa esperado  $>0.5$ . Existe, por tanto, una falta de concordancia entre la exploración física y los resultados mediante ITB, lo cual hace valorar la necesidad de completar el estudio de los pacientes de riesgo con la realización del ITB. En un reciente estudio realizado en varones en el ámbito de la atención primaria, se detectó una prevalencia de ITB  $<0.9$  del 13.3% mientras que solo el 7.1% de los varones estudiados presentaban pulsos no palpables en la exploración (30).

En el análisis bivariante aparecen dos factores asociados a ITB: la alteración en la palpación de pulsos y el valor de HbA1C. El primero se explica más por la relación entre ITB no disminuido y pulsos palpables que por la relación pulsos alterados-ITB bajo, de forma que aunque se alcance la significación estadística, existiría un elevado porcentaje de sujetos mal clasificados si atendemos solo a los pulsos. El segundo factor se pone de manifiesto por la correlación positiva entre HbA1C e ITB mostrando la relación ITB alto y diabetes.

El signo de la relación indica que padecer DM aumenta el valor del ITB, con probable relación en la incompresibilidad de las arterias asociada a esta enfermedad; en el caso de ECV el signo negativo de B indica que padecer ECV en cualquier localización se relaciona con ITB reducido a igualdad del resto de condiciones.

Los factores más claramente asociados a ITB patológico en nuestra muestra son la presencia de DM y de ECV, indicando la necesidad de focalizar en estos pacientes las intervenciones de diagnóstico y terapéuticas respecto a la presencia de enfermedad arterial de miembros inferiores, si bien en el caso de pacientes con diabetes y alto ITB tendríamos que utilizar otros métodos diagnósticos para comprobar la posibles obstrucción arterial (12)(13).

Entre las limitaciones del estudio se encuentra que la muestra se ha tomado de un grupo de pa-

cientes adscritos a una única consulta de Atención Primaria, lo cual le confiere una baja validez externa. La precisión del estudio es baja, lo cual podría corregirse aumentando el número de pacientes a incluir en la muestra.

Como sesgos de información puede considerarse la falta de medición de otras variables relacionadas, según la bibliografía, con la presencia de ITB patológico, y que serán tenidas en cuenta en sucesivos análisis (niveles bajos de HDL, historia familiar previa de ECV, inactividad física, niveles elevados de triglicéridos, perímetro abdominal, tiempo de evolución de DM (19).

Hay que señalar también limitaciones metodológicas como el carácter no aleatorio de la muestra y el diseño transversal que solo permite valorar la relación entre variables pero no el carácter de antecedente-consecuente de éstas, lo que requeriría diseños longitudinales.

Las aplicaciones prácticas fundamentales de nuestro estudio se fundamentan en la necesidad de realizar el ITB a pacientes con DM y/o ECV (principales factores de riesgo de ITB bajo en nuestra muestra), independientemente de la palpación o no de pulsos periféricos (bajo valor de Kappa). Es necesario centrar los esfuerzos de control de los FRCV en estos pacientes.

Como conclusiones de nuestro estudio destacamos que el 12.5% de los pacientes estudiados presentan ITB <0.9. Respecto a la valoración de la concordancia y exploración física de pulsos palpables se ha encontrado que existe una baja concordancia entre palpación de pulsos e ITB. Y por último, se han determinado como factores asociados a ITB alterado la presencia de DM y la presencia de ECV.

## BIBLIOGRAFÍA

- Greenland P, Abrams J, Auriegemma GP. AHA conference proceedings. Prevention conference V: beyond secondary prevention: identifying the high-risk patient for primary prevention. Non invasive test of atherosclerotic burden. *Circulation*. 2000; 101:e16-22.
- Shinozaki T, Hasegawa T, Yano E. Ankle-arm index as an indicator of Atherosclerosis: Its application as a screening method. *J Clin Epidemiol*. 1998; 51:1263-9.
- Doobay AV, Anand SS. Sensitivity and specificity of the ankle-brachial index to predict future cardiovascular outcomes: a systematic review. *Arterioscler Thromb Vasc Biol*. 2005; 25:1463-9.
- Vicente Díez JI. ¿Nos podemos beneficiar de la determinación del índice tobillo-brazo en la consulta de atención primaria? *Aten Primaria*. 2006; 38:358-61
- Ankle Brachial Index Collaboration. Ankle Brachial Index Combined With Framingham Risk Score to Predict Cardiovascular Events and Mortality. *JAMA*. 2008; 300: 197-208. PMID 18612117. URL: <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/abstract/300/2/197>
- Mantilla Morató T, Álvarez Cosmea A, Blasco Valle M, Lago Deibe F, Llor Vilá C, Maiques Galán A, et al. *Dislipemias; manejo de las dislipemias en atención primaria*. Barcelona: semFYC Ediciones; 2007.
- Curb JD, Masaki K, Rodríguez BL, Abbott RD, Burchfiel CM. Peripheral artery disease and cardiovascular risk factors in the elderly. The Honolulu Heart Program, *Arterioscler Thromb Vasc Biol*. 1996; 61:495-500.
- Murabito JM. Prevalency and clinical correlates of peripheral arterial disease in the Framingham Offspring Study. *Am Heart J*. 2002; 143:961-5
- Resnick HE, Lindsay RS, McDermott MM, Devereux RB, Jones KL, Fabsitz RR, et al. Relationship of high and low ankle brachial index to all-cause and cardiovascular disease mortality: the Strong Heart Study. *Circulation*. 2004; 109:733-9
- O'Hare AM, Katz R, Shiplak MG, Cushman M, Newman AB. Mortality and cardiovascular risk across the ankle-arm index spectrum. *Circulation*. 2006;113:388-93
- Hirsch AT, Haskal ZJ, Hertzler NR. ACC/AHA 2005 Practice Guidelines for the management of patients with peripheral arterial disease (lower extremity, renal, mesenteric, and abdominal aortic): A collaborative report from the American Association for Vascular Surgery/So-



- ciety for Vascular Surgery, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, Society for Vascular Medicine and Biology, Society of Interventional Radiology, and the ACC/AHA Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Develop Guidelines for the Management of Patients With Peripheral Arterial Disease): Endorsed by the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation; National Heart, Lung, and Blood Institute; Society for Vascular Nursing; TransAtlantic Inter-Society Consensus; and Vascular Disease Foundation. *Circulation*. 2006; 113:e463-654.
12. March-García JR, Fontcuberta-García JM, Benito-Fernández L, Martí-Mestre FX, Vila-Coll R. Guía básica para el estudio no invasivo de la isquemia crónica de miembros inferiores. XII Congreso Nacional del capítulo de diagnóstico vascular no invasivo: documento de consenso. *Angiología*. 2009; 61 (Supl 1): S75-S92.
13. Herranz de la Morena I. Índice tobillo brazo para la evaluación de la enfermedad arterial periférica. *Av Diabetol*. 2005; 21:224-226.
14. Blanes JI, Cairols MA, Marrugat J. ESTIME. Prevalence of peripheral artery disease and its associated risk factors in Spain: The ESTIME Study. *Int Angiol*. 2009; 28:20-5.
15. Vicente I, Lahoz C, Taboada M, Laguna F, García-Iglesias F, Mostaza JM. Índice tobillo-brazo en pacientes con diabetes mellitus: prevalencia y factores de riesgo. *Rev Clin Esp*. 2006; 206:225-9.
16. Diehm C, Schuster A, Allenberg JR, Darius H, Haberl R, Lange S, et al. High prevalence of peripheral arterial disease and co-morbidity in 6880 primary care patients: cross-sectional study. *Atherosclerosis*. 2004; 172: 95-105.
17. Lahoz C, Vicente I, Taboada M, Laguna F, Mostaza JM. Índice tobillo-brazo y riesgo cardiovascular estimado mediante la función SCORE en sujetos no diabéticos en prevención primaria. *Clin Invest Arterioscl*. 2006; 18:45-50.
18. Manzano L. Modificación de la estratificación del riesgo vascular tras la determinación del índice tobillo-brazo en pacientes sin enfermedad arterial conocida. Estudio MERITO. *Med Clin (Barc)*. 2007; 128: 241-6.
19. Méndez Abad M, Gorrín Vargas G, Francisco Rodríguez M, Ardevol González R. Índice tobillo-brazo como método de cribado de arteriopatía periférica asintomática en atención primaria. *Aten Primaria*. 2010; 42:61-2.
20. Manzano L. Valor de la determinación del índice tobillo-brazo en pacientes de riesgo vascular sin enfermedad aterotrombótica conocida: Estudio VITAMIN. *Rev Esp Cardiol*. 2006; 59:662-70.
21. Puras-Mallagray E, Cairols-Castellote MA, Vaquero-Morillo F. Estudio piloto de prevalencia de la enfermedad arterial periférica en atención primaria. *Angiología*. 2006; 58: 119-125.
22. Salas C. Insuficiencia arterial de extremidades inferiores. *Rev Med Clin Condes*. 2009; 20:340-34.
23. López Abril J, Munera Alajarín JC, Núñez Núñez MI. Isquemia arterial de extremidades inferiores. En: Carrasco Carrasco E, coordinador. Manejo de las vasculopatías periféricas en atención primaria. Barcelona. Edika Med. 2006; 2: 6-12.
24. Conroy RM, Pyorala K, Fitzgerald AP, Sans S, Menotti A, De Backer G, et al. SCORE Project Group. Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE Project. *Eur Heart J*. 2003; 24:987-1003.
25. Lahoz C, Mostaza JM. Índice tobillo-brazo: una herramienta útil en la estratificación del riesgo cardiovascular. *Rev Esp Cardiol*. 2006; 59:647-9.
26. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 1977; 33:159-174.
27. Levene H. Robust test for equality of variances. En Olkin I, Hotelling H, et al. *Contributions to Probability and Statistics: Essays in Honor of Harold Hotelling*. Stanford University Press. 1960: 278-292.
28. Mann HB, Whitney DR. On a test of whether one of two random variables is stochastically larger than the other. *Annals of Mathematical Statistics*. 1947; 18: 50-60.
29. Meijer WT, Hoes AW, Rutgers D, Bots ML, Hofman A, Grobbee DE. Peripheral arterial disease in the elderly: The Rotterdam Study. *Arterioscler Thromb Basc Biol*. 1998; 18:185-92.

30. Guerra Hernández IM, Fandiño Cobo ME, Madan Perez T, Hernández Sanabra F, Del Toro Modolell N, Rufino Delgado T. Índice tobillo-

brazo y riesgo cardiovascular en varones de atención primaria. Clin Invest Arterioscl. 2010. doi:10.1016/j.arteri.2010.02.002.

**Tabla 1: Variables del estudio**

| VARIABLE                                 | TIPO         | MEDICION  |
|--|--------------|---|
| Índice Tobillo Brazo                     | Cuantitativa | Cociente entre PAS de cada tobillo, escogiendo el valor más alto entre la arteria pedia y la tibial posterior, entre el valor de la PAS más alto de cualquiera de las dos arterias braquiales   |
| Edad                                     | Cuantitativa | Año de nacimiento   |
| Sexo                                     | Cualitativa  | Mujer/Hombre  |
| Enfermedad Cardiovascular (ECV)          | Cualitativa  | Incluye diagnóstico de: IAM, Angor, Cardiopatía isquémica, cirugía de revascularización coronaria, angioplastia coronaria, enfermedad cerebrovascular, ictus accidente isquémico transitorio, arteriopatía ocliterante de miembros inferiores, insuficiencia renal por nefroangioesclerosis.<br>SI/NO |
| Diabetes Mellitus (DM)tipo2              | Cualitativa  | SI/NO   |
| Hipertensión Arterial (HTA)              | Cualitativa  | SI/NO   |
| Hiperlipemia (HLP)                       | Cualitativa  | SI/NO   |
| Tabaquismo                               | Cualitativa  | Fumador activo (de cualquier cantidad y cualquier tipo de tabaco) SI/NO   |
| Hemoglobina Glicosilada (HbA1c)          | Cuantitativa | Nivel sérico en %   |
| Niveles de LDL                           | Cuantitativa | Nivel sérico en mg/dl   |
| Índice de Masa Corporal (IMC)            | Cuantitativa | Valor peso (kg)/talla <sup>2</sup> (m)  |
| Palpación de pulsos distales             | Cualitativa  | Normal: pulsos pedios y tibiales posteriores palpables<br>Alterado: pulsos pedios y/o tibiales posteriores no palpables   |
| Tratamiento antiagregante/anticoagulante | Cualitativa  | Ninguno<br>Antiagregante<br>Anticoagulante  |
| Tipo de tratamiento antiagregante        | Cualitativa  | AAS<br>Trifusal<br>Clopidogrel<br>Combinado   |

**Tabla 2: Tabla de contingencia AMBOS PULSOS PEDIOS PALPABLES \* ITB normal/disminuido**

|                  |            |                           | ITB normal/disminuido |            | Total  |
|------------------|------------|---------------------------|-----------------------|------------|--------|
|                  |            |                           | NORMAL                | PATOLÓGICO | NORMAL |
| PULSOS PALPABLES | NORMAL     | Recuento                  | 54                    | 4          | 58     |
|                  |            | % PULSOS PEDIOS PALPABLES | 93,1%                 | 6,9%       | 100,0% |
|                  | PATOLÓGICO | Recuento                  | 12                    | 7          | 19     |
|                  |            | % PULSOS PEDIOS PALPABLES | 63,2%                 | 36,8%      | 100,0% |
| <b>Total</b>     |            | Recuento                  | 66                    | 11         | 77     |
|                  |            | % PULSOS PEDIOS PALPABLES | 85,7%                 | 14,3%      | 100,0% |

**Tabla 3: Análisis bivariante: valor medio de la variable dependiente (ITB) en relación a la presencia o no de las condiciones clínicas determinadas por las variables independientes**

| VARIABLE INDEPENDIENTE                   | ITB medio en su presencia | ITB medio en su ausencia | ESTADÍSTICO utilizado                                     | p      |
|--|---------------------------|--------------------------|---|--------|
| DM                                       | 1,10                      | 1,027                    | U de Mann Whitney<br>(no se cumple igualdad de varianzas) | 0.634  |
| HTA                                      | 1,08                      | 1,08                     | T Student   | 0.97   |
| HLP                                      | 1,08                      | 1,08                     | T Student   | 0.91   |
| Tabaquismo                               | 1,02                      | 1,10                     | T Student   | 0.174  |
| ECV                                      | 1,11                      | 1,03                     | U de Mann Whitney<br>(no se cumple igualdad de varianzas) | 0.403  |
| Alteración palpación pulsos              | 0,90                      | 1,14                     | U de Mann Whitney<br>(no se cumple igualdad de varianzas) | 0.003* |
| Tratamiento antiagregante/anticoagulante | 1,07                      | 1,10                     | T Student   | 0.675  |

Tabla 4: Correlación

|                         |                        | Edad en 2010 | HbA1c    | LDL-COLESTEROL | INDICE DE MASA CORPORAL | INDICE TOBILLO BRAZO |
|-------------------------|------------------------|--------------|----------|----------------|-------------------------|----------------------|
| Edad en 2010            | Correlación de Pearson | 1            | ,050     | ,088           | -,109                   | -,056                |
|                         | Sig. (bilateral)       |              | ,731     | ,470           | ,360                    | ,626                 |
|                         | N                      | 77           | 50       | 69             | 73                      | 77                   |
| HbA1c                   | Correlación de Pearson | ,050         | 1        | ,319(*)        | ,381(**)                | ,326(*)              |
|                         | Sig. (bilateral)       | ,731         |          | ,025           | ,007                    | ,021                 |
|                         | N                      | 50           | 50       | 49             | 49                      | 50                   |
| LDL-COLESTEROL          | Correlación de Pearson | ,088         | ,319(*)  | 1              | ,264(*)                 | -,148                |
|                         | Sig. (bilateral)       | ,470         | ,025     |                | ,032                    | ,225                 |
|                         | N                      | 69           | 49       | 69             | 66                      | 69                   |
| INDICE DE MASA CORPORAL | Correlación de Pearson | -,109        | ,381(**) | ,264(*)        | 1                       | ,123                 |
|                         | Sig. (bilateral)       | ,360         | ,007     | ,032           |                         | ,300                 |
|                         | N                      | 73           | 49       | 66             | 73                      | 73                   |
| INDICE TOBILLO BRAZO    | Correlación de Pearson | -,056        | ,326(*)  | -,148          | ,123                    | 1                    |
|                         | Sig. (bilateral)       | ,626         | ,021     | ,225           | ,300                    |                      |
|                         | N                      | 77           | 50       | 69             | 73                      | 77                   |

\* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

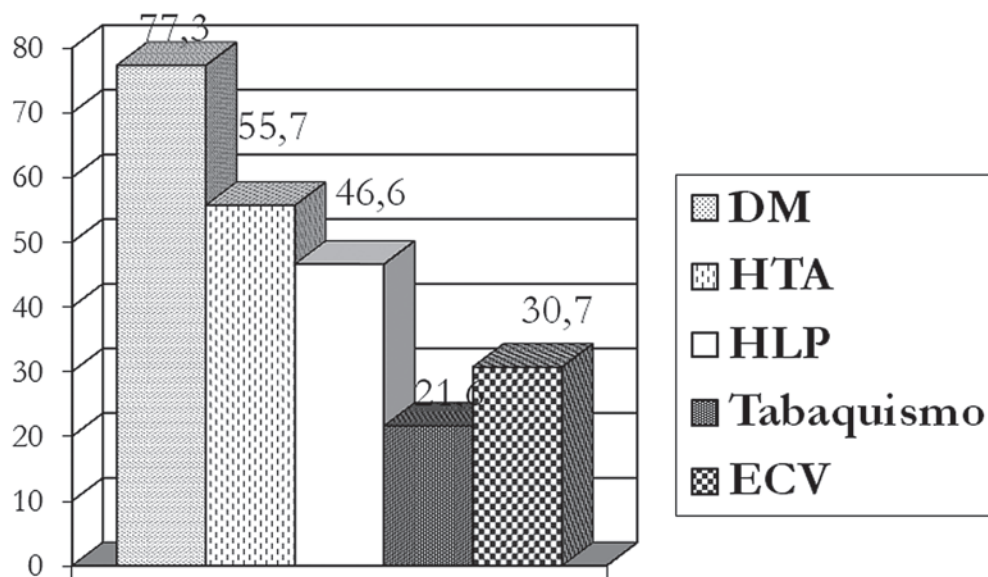
Tabla 5: Análisis multivariante. Modelo de regresión lineal seleccionado

|                           | Coeficientes no estandarizados |            | Coeficientes estandarizados | t               | Sig.            | Intervalo de confianza para B al 95% |             |
|---------------------------|--------------------------------|------------|-----------------------------|-----------------|-----------------|--------------------------------------|-------------|
|                           | B                              | Error típ. | Beta                        | Límite inferior | Límite superior | Límite inf.                          | Límite sup. |
| HEMOGLOBINA GLICOSILADA   | ,045                           | ,024       | ,292                        | 1,904           | ,063            | -,003                                | ,093        |
| DIABETES MELLITUS         | ,824                           | ,217       | ,730                        | 3,801           | ,000            | ,388                                 | 1,261       |
| ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR | -,133                          | ,056       | -,064                       | -2,362          | ,022            | -,246                                | -,020       |
| Edad en 2010              | 4,77E-005                      | ,002       | ,003                        | ,021            | ,983            | -,005                                | ,005        |

Tabla 6: Sesgos y limitaciones del estudio

| Tipo de sesgo                     | Descripción                  | Compensación   |
|-----------------------------------|------------------------------|--|
| Selección<br>Baja validez externa | Población adscrita a un cupo | Condiciones reales de aplicación   |
| Selección                         | Muestreo consecutivo         | Condiciones reales de aplicación.<br>Explicitos criterios de inclusión/exclusión |
| Selección                         | Bajo tamaño muestral         | Formato resultados con intervalos de confianza                                   |
| Información                       | Variables no consideradas    | Alto coeficiente determinación del modelo multivariante seleccionado             |
| Información                       | Diseño transversal           | ---  |

**Gráfica 1: Porcentajes de frecuencia de factores de riesgo cardiovascular y enfermedad cardiovascular en la muestra**



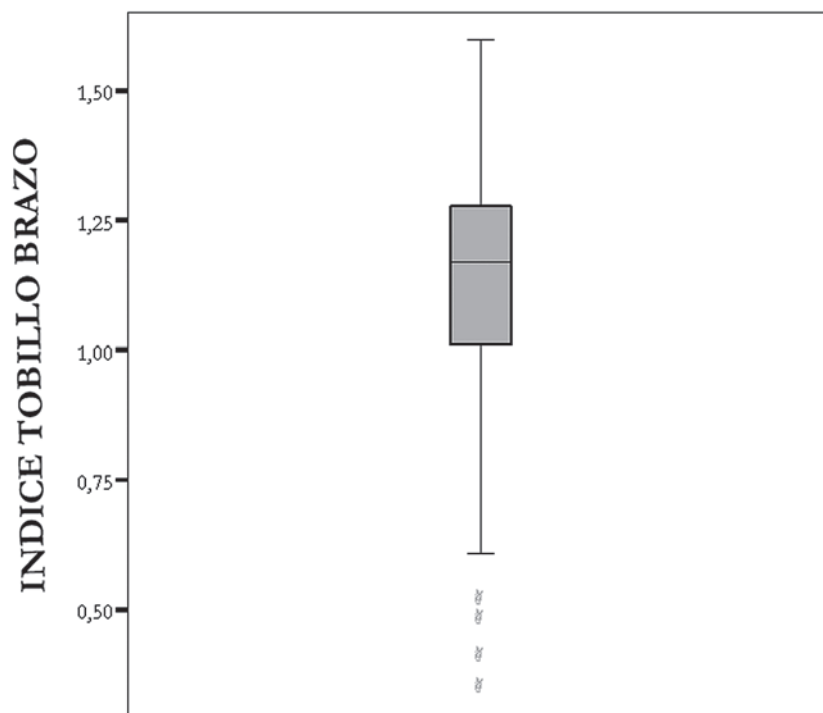
ECV= Enfermedad cardiovascular.

DM= Diabetes mellitus tipo2.

HTA= Hipertensión arterial.

HLP= Hiperlipemia.

**Gráfica 2: Valores del Índice Tobillo-Brazo en la muestra de estudio**



## ORIGINAL

# Satisfacción de las gestantes con el actual programa de embarazo. Expectativas sobre un parto menos medicalizado

Vena M<sup>1</sup>, Revolo Sánchez M<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Médico especialista en Medicina familiar y Comunitaria, Dispositivo de apoyo, Chiclana de la Fra. Cádiz

<sup>2</sup>Médico especialista en Medicina familiar y Comunitaria, Dispositivo de apoyo, Conil de la Fra. Cádiz

### RESUMEN

**Título:** Satisfacción de las gestantes con el actual programa de embarazo. Expectativas sobre un parto menos medicalizado.

**Objetivos:** Analizar la satisfacción de las embarazadas con el control de embarazo en su centro de salud del Sistema andaluz de salud.

Identificar las actitudes de las gestantes hacia un parto más fisiológico, pudiendo por ejemplo elegir posturas diferentes de parto, medios alternativos como el agua, evitar rasurado, enemas y episiotomías rutinarias. Este aspecto se recoge en la última pregunta de un cuestionario autoadministrado.

Conocer la satisfacción de las gestantes con las infraestructuras de los centros en los que se les atiende, la limpieza, la accesibilidad, equipamiento y organización.

**Diseño:** Estudio retrospectivo transversal.

**Emplazamiento:** Dos centros de salud públicos de atención primaria de ámbito urbano.

**Población y muestra:** Muestreo consecutivo de gestantes de bajo riesgo (Anexo 2) incluidas en el Programa de Control de Embarazo mediante el registro en Diraya en segundo semestre 2008.

**Intervenciones:** Cuestionario validado autocumplimentado.

**Resultados:** Se recogieron un total de 170 encuestas. La edad media era de 24.5 años. 13.5% tenían estudios primarios, 31.2% estudios secundarios, 32.9% FP y 22.4% eran universitarias. El 64.7% de las mujeres seguían una actividad laboral, y un 69.4% tenían pareja estable. El 80% de los embarazos eran deseados, frente a un 15.9% que no lo eran. 57.8% habían tenido embarazo previos, 41.2% no y un 1.2% no contestaron. La mitad utilizaron consulta privada a parte de las visitas incluidas en el programa de control de embarazo (51.2%).

Una media del 59.86% de las entrevistadas estaban muy satisfechas, una media del 23.73% lo estaban bastante, mientras un 12.4% lo estaba poco, un 2.3% algo y una media del 1.6% no estaban satisfechas con el equipamiento de los centros. En cuanto a la accesibilidad la mayoría, una media del 74.68% mostraron un alto grado de satisfacción, mientras un 25.11% lo estaba poco, algo o nada.

Más del 50% de las gestantes estaban muy satisfechas con la organización, una media del 25.3% bastante, 2.85% poco, 2.86% algo y un 6.3 % nada satisfechas. Más del 10% tuvieron sensación que se les trataba con prisa y estaban muy insatisfechas con las interrupciones durante la visita.

Con respecto al trato que recibieron por parte del personal una media del 75.56% se mostraron muy satisfechas, un 16.2% bastante, mientras una media del 8.24% lo estaban poco, algo o nada.

En cuanto a la predisposición para un parto más fisiológico había un 60% de las embarazadas que mostraban un alto interés, un 25.6% algo o poco y un 14.4% nada.

**Conclusiones:** Se alcanza un grado de satisfacción alta, siendo el mejor valorado el trato y la competencia profesional.

Correspondencia: Maria Vena  
E-mail: mvena77@hotmail.com

Recibido el 21-06-2010; aceptado para publicación el 26-10-2011  
Med fam Andal 2011; 3: 273-285

Un elevado porcentaje se queja sobre dificultades a la hora de conseguir la primera cita, así con las interrupciones durante la misma.

Cerca de la mitad de las mujeres usan las consultas privadas.

Con respecto a la actitud hacia un parto más fisiológico se observa un alto interés y al mismo tiempo una falta de información que lleva a una postura más conservadora.

**Palabras clave:** Embarazo, Parto natural, Proceso Embarazo.

## SUMMARY

**Title:** Satisfaction of Mothers Regarding a Current Pregnancy Program. Expectations for less Medicalized Childbirth.

**Objective:** Analyze mothers' satisfaction regarding pregnancy control in their health clinics, which pertain to the Andalusian Health System. Identify mothers' attitudes toward a more physiological delivery, with the option of being able to choose different positions for the delivery, alternative forms such as water, possibility of avoiding shaving, enemas and routine episiotomies (an aspect which was addressed in the last question of a self-administered questionnaire). Learn more about the mothers' degrees of satisfaction regarding the infrastructure in centers where they are treated, cleanliness, accessibility, furnishings and organization.

**Design:** Retrospective cross-sectional study.

**Setting:** Two publicly-run primary health care clinics in an urban area.

**Population and sample:** A consecutive sample of low-risk mothers (annex 2) included in a pregnancy control program and registered in the Diraya system during the second semester of the year 2008.

**Interventions:** Self-administered validated questionnaire.

**Results:** A total of 170 questionnaires were returned. The average age was 24.5 years. 13.5% of the respondents had elementary schooling, 31.2% secondary schooling, 32.9% vocational training, and 22.4% were university graduates. 64.7% of the women worked and 69.4% were in a stable relationship. 80% of the pregnancies were wanted, compared with 15.9% which were not. 57.8% had given birth previously, 41.2% had not and 1.2% did not reply to this question. In addition

to participating in the public pregnancy control program, half of the sample was also being seen in a private practice (51.2%).

Regarding how the centers were furnished, an average of 59.86% of the women interviewed said they were very satisfied, an average of 23.73% said they were quite satisfied, 12.4% expressed low satisfaction, 2.3% said they were somewhat satisfied and 1.6 said they were dissatisfied. Regarding the issue of accessibility, the majority, an average of 74.68%, said they were highly satisfied, while 25.11% expressed little, some or no satisfaction.

More than 50% of the mothers said they were very satisfied with the organization, an average of 25.3% said they were quite satisfied, 2.85% a little satisfied, 2.86 somewhat satisfied, and 6.3% not at all satisfied. More than 10% had the sensation that they were being seen in a hurry and expressed dissatisfaction with interruptions that occurred during the visit.

With regard to how they staff at the clinic attended them, an average of 75.56% said they were very satisfied, 16.2% quite satisfied, and an average of 8.24% expressed little, some or no satisfaction.

When asked about their attitudes toward a more physiological delivery procedure, 60% of the pregnant women expressed a high degree of interest, 25.6% were somewhat or a little interested, and 14.4% expressed no interest.

**Conclusions:** A high degree of satisfaction exists, with attention and professional competence being the most highly rated. An elevated percentage of women express complaints regarding difficulties in getting an initial appointment and interruptions during the visit. Almost half of the women are also being seen in private practices. A broad interest in more physiological deliveries exists, coinciding with a lack of information that leads to the adoption of a more conservative approach.

**Key words:** Pregnancy, natural birth, pregnancy process.

## INTRODUCCIÓN

El actual proceso de Embarazo, Parto y Puerperio existente en Andalucía, se define como aquel proceso por el que, tras el deseo expreso de gestación por parte de la mujer o el diagnóstico de embarazo, se programan las actividades para su seguimiento de forma integrada entre los profesionales de Atención Primaria y Especializada, fomentando la participación de la mujer en el desarrollo del mismo. Obtener información directa sobre las ideas acerca de un parto más natural para enriquecer la orientación de los servicios a las necesidades y demandas del ciudadano y optimizar los recursos disponibles es de gran importancia.

La preocupación por la calidad de la atención al embarazo que se realiza desde AP ha sido una constante desde las experiencias iniciales, posiblemente la satisfacción de las embarazadas sea uno de los aspectos menos explorados, entendiéndose como tal el grado de cumplimiento de sus expectativas, lo cual varía entre el 40-90% (5,6). En nuestro ámbito el grado de satisfacción es del 87,4%, aunque es verdad que existen pocos estudios al respecto.

Las evaluaciones hasta el momento en Andalucía sobre el proceso de embarazo se basan en análisis de marcadores procedentes de las historias de los profesionales, pero no existe una evaluación por parte de los usuarios sobre la atención recibida (**Guía para la elaboración del acuerdo de gestión clínica de atención primaria 2008**). Por todo ello queremos saber si las mujeres están satisfechas con los programas de seguimiento, la organización de las citas y los profesionales implicados.

Estudios demuestran que la reducción en el número de visitas no tiene resultados adversos maternos ni perinatales, aunque si que pueden genera un menor nivel de satisfacción con respecto a la atención recibida. Las mujeres embarazadas se muestran más satisfechas con la atención brindada por médicos de AP y matronas (8,7). La OMS determina que la morbimortalidad neonatal se reduce en proporción directa a la precocidad de la primera visita de control del embarazo, a un número suficiente de controles y a una adecuada atención durante el parto (9,10).

Con respecto al momento del parto, la OMS explica claramente que muchas de las prácticas que se están utilizando no son necesarias incluso algunos pueden resultar perjudiciales. Las madres reclaman una atención en los paritorios más acorde con la fisiología del parto, un proceso que en el 90% de los casos se desarrolla de forma normal sin necesitar teóricamente ningún tipo de intervención.

La posición vertical (en cuclillas o en genupectoral) favorece el parto (11,12) ampliando la salida y acortando en longitud el canal vaginal, permitiendo a su vez, que las articulaciones de la cadera se amplíen más, que la fuerza de gravedad actúen en el descenso disminuyendo el número de desgarros y favoreciendo que el recién nacido encuentre su camino.

En la mayoría de los hospitales Españoles, prácticas como el rasurado (13), el enema (14), la monitorización constante, la perfusión de oxitocina, etc. son la norma cuando existen estudios y la misma OMS no lo recomienda. La realización rutinaria de la episiotomía no está justificada (9,15) La OMS considera necesaria su realización en el 20 % de los partos. En países como Holanda esta cifra no llega al 8%. En España, el 90% de las mujeres que dan a luz por primera vez la sufren.

## SUJETOS Y MÉTODOS

Se emplea un diseño descriptivo transversal en mujeres que han dado a luz en el año 2008 de las áreas sanitarias de los centros de salud de Loreto-Puntales (Cádiz) y Rodríguez Arias (San Fernando).

Población de referencia y de estudio:

Gestantes incluidas en el Programa de Control de Embarazo mediante el registro en Diraya.

### Criterios de inclusión y exclusión:

Se incluyen todas las gestantes de bajo riesgo (Anexo 2), pertenecientes a los centros de salud de Loreto-Puntales y Rodríguez Arias, que han



seguido su control de embarazo en dichos centros durante los meses de enero-junio de 2008.

Se han excluido del estudio aquellas gestantes que presentan alguna enfermedad crónica o patología previa o asociada durante el embarazo que precise un seguimiento especializado por parte del servicio de embarazo de alto riesgo y las residentes fuera del área de salud evaluada.

**Tamaño de muestra y procedimiento de estudio:**

En el CS Loreto Puntales durante 2007 se atendieron a 175 pacientes incluidas en el proceso de Embarazo, así que estimamos por tanto que la media semestral sea de 87.5 pacientes. En los primeros 6 meses del 2008 han sido captadas en el Proceso de Embarazo 74 pacientes.

En el CS Rodríguez Arias durante 2007 se atendieron a 292 embarazadas, siendo el número en los primeros 6 meses de 160 mujeres. Durante los 6 primeros meses del 2008 se han atendido un total de 157 mujeres.

El modelo de muestreo será consecutivo.

*Variables independientes:*

El cuestionario recoge información sobre las variables sociodemográficas y las características ligadas al embarazo: edad, nivel cultural, actividad profesional, zona de residencia, estabilidad de la pareja, deseo del embarazo, embarazos previos, riesgo durante el embarazo, presencia de complicaciones, ámbito sanitario en el que se realizó el seguimiento del embarazo.

*Variable dependiente:*

Se utiliza un cuestionario de satisfacción 2 validado, que abarca 29 preguntas, distribuidas en 4 dimensiones: equipamiento, accesibilidad, organización de la consulta y atención, y competencia profesional. (Anexo 1)

Las preguntas están redactadas de forma que algunas de ellas expresan aspectos positivos y otros negativos. Cada pregunta tiene 5 opciones de respuesta valorada mediante una escala de Likert, otorgándose el valor 1 cuando la respuesta seleccionada expresa el mayor grado de insatisfacción o la percepción más desfavorable del servicio, y el valor 5 cuando expresa la mayor satisfacción o la percepción más favorable.

La satisfacción global se define como la suma de las puntuaciones otorgadas a cada una de las sentencias, dividida por 29. Se calcula la satisfacción en cada dimensión mediante la suma de las puntuaciones otorgadas a las preguntas que componen cada dimensión, dividida por el número de preguntas integrantes de cada una de ellas. En ambos casos el rango es de 1 a 5. Se considera que una mujer está satisfecha con el seguimiento de su embarazo si obtiene una satisfacción global > 3, y claramente satisfecha si la puntuación es > 4.

*Recogida de datos y fuentes de información:*

Para conocer la satisfacción de las gestantes con el programa de control de embarazo en su Centro de salud público, realizamos una encuesta estructurada y anónima, autocumplimentada, previa información de las mujeres sobre el carácter voluntario, anónimo y los objetivos del estudio.

| <u>Variables</u>  | <u>Definición</u>       | <u>Fuente de información</u>       |
|---|-------------------------|------------------------------------|
| Edad de madre   | Nº de años cumplidos    | Historia clínica / Documento Salud |
| Paridad   | Nº de embarazos previos | Historia clínica                   |
| Embarazo deseado  |                         | Historia clínica /Documento Salud  |
| Nivel educativo   | Grado académico máximo  | Historia clínica                   |
| Lugar de residencia                                       | Municipio donde reside  | Historia clínica                   |
| Vive sola/en pareja/ no emancipada                        |                         | Cuestionario                       |
| Trabajo fuera del hogar                                   |                         | Historia clínica / Documento Salud |
| Planteamiento de parir en domicilio con matrona           |                         | Historia clínica/ Documento Salud  |
| Información sobre cuidados en puerperio y apoyo lactancia |                         | Cuestionario                       |
| MAP   | Escala satisfacción     | Cuestionario                       |
| Matrona   | Escala de satisfacción  | Cuestionario                       |

Los residentes elaboraron y validaron el cuestionario y lo entregaron a las embarazadas en la primera visita postparto. Las participantes lo devolvieron el mismo día en un sobre opaco cerrado, o lo depositaron los días sucesivos en un buzón cerrado, preparado para ese fin. Se recogieron datos sociodemográficos generales como edad, formación, situación familiar y actividad laboral, así como el uso consulta privada fuera del programa.

#### *Análisis estadístico:*

Se ha calculado el poder de discriminación de cada pregunta comparando las puntuaciones medias de cada sentencia entre las pacientes cuya puntuación de satisfacción global se sitúe por encima del percentil 75 o por debajo del percentil 25.

Para determinar la consistencia interna de las escalas se utiliza el coeficiente alfa de Cronbach. También se calcula, para cada escala, la correlación entre la puntuación de cada pregunta y la suma de las puntuaciones del resto de preguntas de la escala correspondiente.

Se realiza un estudio descriptivo de la muestra, calculando porcentajes y medias. Para estudiar las variables relacionadas con la satisfacción se utilizan las pruebas de la *t* de Student, el análisis de la varianza de una vía mediante el método de Bonferroni para la comparación por parejas, y la correlación de Pearson. Finalmente, se realiza una regresión logística en la que la variable dependiente es estar claramente satisfecha o no, y las covariables candidatas a integrar el modelo fueron las que mostraron relación en el análisis bivariado y las potencialmente confusoras. Para todas las estimaciones se calculan sus intervalos de confianza (IC) del 95%.

El análisis estadístico se efectúa con el programa SPSS, y el nivel de significación asumido en todos los contrastes es de 0,05.

Las limitaciones y posibles sesgos que encontramos son:

- Solamente se recogen opiniones de las gestantes incluidas en el programa de seguimiento del embarazo. Las que no acuden a un centro público no se podrán entrevistar.

- Pese a la explicación por medio del profesional que entrega el cuestionario, y la aclaración en el mismo sobre el anonimato de la gestante, ésta puede responder coaccionada dudando acerca de la confidencialidad de sus datos.

- Quizá se encuentren más motivadas para realizar la encuesta aquellas mujeres que durante su embarazo han tenido problemas bien con la gestación en sí o con el programa de control de embarazo.

- Mujeres que no han tenido ningún tipo de problema por ser familiar o conocido de algún profesional sanitario podrían ser poco críticas a la hora de contestar las preguntas.

- Este resultado de satisfacción podría estar condicionado por su experiencia vivida en el parto y el resultado de éste, tanto positiva como negativamente.

- Las gestantes que han seguido el control hasta el momento del parto pero no acuden a la visita postparto no podrán ser incluidas en el estudio.

- Olvido o no cumplimentación del cuestionario.

- Diferencias entre número de gestantes y edad media en ambas áreas.

## RESULTADOS

Se recogieron un total de 170 encuestas. La edad media era de 24.5 años. 13.5% tenían estudios primarios, 31.2% estudios secundarios, 32.9% FP y 22.4% eran universitarias. El 64.7% de las mujeres seguían una actividad laboral, y un 69.4% tenían pareja estable. La mayoría de los embarazos eran deseados (80%) y algo más de la mitad habían tenido embarazo previos (57.8%, 41.2% no han tenido embarazos previos y un 1.2% no contestaron). La mitad utilizaron consulta privada a parte de las visitas incluidas en el programa de control de embarazo (51.2%).

Más del 80% de las entrevistadas estaban muy o bastante satisfechas con el equipamiento de los centros, mientras un 15% lo estaba poco y un 3% nada. En cuanto a la accesibilidad la mayoría mostraban un alto grado de satisfacción. Las mujeres que no lo estaban referían sobre todo el tiempo de

demora hasta obtener la primera y las dificultades de obtener la cita vía telefónica. Mas del 50% de las gestantes estaban muy satisfechas con la organización, hay destacar, que un 25.3% se mostraron poco satisfechas por el tiempo de espera previa a la cita. Más del 10% tuvieron sensación que se les trataba con prisa y estaban muy insatisfechas con las interrupciones durante la visita.

Con respecto al trato que recibieron por parte del personal más del 80 % mostraron un alto grado de satisfacción, mientras un 1.1% no estaba nada satisfecho.

En cuanto a la predisposición para un parto más fisiológico había un 50% de las embarazadas que mostraban un alto interés, un 25.6% algo y un 14.4% nada.

## DISCUSIÓN

El seguimiento y control de embarazo de bajo riesgo es una de las labores protocolizadas en los centros de Salud Pública en nuestro país. En nuestro estudio describimos la satisfacción de las gestantes de distintas características sociodemográficas con el actual programa de control de embarazo y nos preguntamos su grado de satisfacción con respecto a los centros en los que se les presta dicho servicio. En el último apartado se explora la actitud hacia un parto más fisiológico, cogiendo como ejemplo otros países europeos en los que permiten parir en medio acuática y en los cuales la tasa de episiotomía es entorno al 15%, sin aplicar técnicas invasivas de forma rutinaria. Las mujeres parecen estar bastante satisfechas con el equipamiento de las consul-

| Categoría               | Pregunta                               | Muy satisfecha (%) | Bastante | Poco | Algo | Nada |
|-------------------------|--|--------------------|----------|------|------|------|
| Equipamiento            | Lugar agradable                        | 59.6               | 23.2     | 15.2 | 1.0  | 1.0  |
|                         | Comodidad y limpieza                   | 58.0               | 27.0     | 10.0 | 4.0  | 1.0  |
|                         | Inventario adecuado                    | 62.0               | 21.0     | 12.0 | 2.0  | 3.0  |
| Accesibilidad           | Facilidad para conseguir cita          | 59.2               | 18.4     | 14.3 | 3.1  | 5.1  |
|                         | Demora hasta 1ª visita                 | 44.9               | 24.5     | 16.3 | 4.1  | 10.2 |
|                         | Demora desde la demanda                | 36.1               | 32.0     | 18.6 | 7.2  | 6.2  |
|                         | Horario cómodo                         | 51.0               | 27.6     | 15.3 | 2.0  | 3.1  |
|                         | Accesibilidad al centro                | 44.3               | 30.9     | 20.6 | 3.1  | 1.0  |
|                         | Facilidad para cita telefónica         | 60.8               | 18.6     | 11.3 | 7.2  | 2.1  |
| Organización            | Espera previa a la cita                | 27.3               | 36.4     | 25.3 | 6.1  | 5.1  |
|                         | Tiempo de consulta adecuado            | 62.6               | 23.2     | 9.1  | 1.0  | 4.0  |
|                         | Impresión de prisa                     | 64.2               | 11.6     | 9.5  | 1.1  | 13.7 |
|                         | Interrupciones durante la consulta     | 52.7               | 22.6     | 9.7  | 2.2  | 12.9 |
|                         | Nº visitas adecuado                    | 50.0               | 36.2     | 7.4  | 4.3  | 2.1  |
|                         | Nº pruebas adecuado                    | 48.9               | 24.5     | 21.3 | 3.2  | 2.1  |
|                         | Intimidad de consulta                  | 68.4               | 23.2     | 4.2  | 2.1  | 2.1  |
| Competencia             | Trato satisfactorio                    | 78.1               | 15.6     | 4.2  | 1.0  | 1.0  |
|                         | Profesional agradable                  | 82.3               | 11.5     | 3.1  | 2.1  | 1.0  |
|                         | Escucha al paciente                    | 74.7               | 16.8     | 0    | 7.4  | 1.1  |
|                         | Interés del profesional                | 76.9               | 15.4     | 4.4  | 2.2  | 1.1  |
|                         | Claridad en la respuesta               | 76.8               | 13.7     | 5.3  | 3.2  | 1.1  |
|                         | Consejos útiles                        | 70.8               | 19.8     | 5.2  | 3.1  | 1.0  |
|                         | profesional inspira confianza          | 74.5               | 16.0     | 0    | 8.5  | 1.1  |
|                         | Preparación del profesional            | 75.5               | 14.9     | 6.4  | 2.1  | 1.1  |
|                         | Confianza en formación del profesional | 73.4               | 20.2     | 4.3  | 1.1  | 1.1  |
|                         | Habilidad en exploración               | 77.7               | 16.0     | 0    | 5.3  | 1.1  |
|                         | Explicación clara de resultados        | 70.2               | 19.1     | 6.4  | 1.1  | 3.2  |
| Continuidad profesional | 75.8                                   | 14.7               | 6.3      | 2.1  | 1.1  |      |
|                         | Disposición al parto natural           | 38.9               | 21.1     | 16.7 | 8.9  | 14.4 |

tas y los centros de salud, aunque un bajo porcentaje refiere un bajo nivel de satisfacción. Esto podría depender del uso simultáneo de consultas privadas, que están dotadas con otros medios, ya que en la mayoría de los casos se trata de consultas ginecológicas.

Al analizar la satisfacción con la accesibilidad se observa un mayor grado de insatisfacción, parece ser el menos satisfactorio de todos los puntos explorados. Aquí hay varios factores que pueden influir en esta valoración: en primer lugar destacan dificultades para obtener la cita, bien a través de llamada telefónica al mismo centro, a salud responde o *vía inters@s*. Las consultas para la matrona hay que pedirla en los mostradores de los centros, que, en muchas ocasiones y según la hora en la que se acude tienen largas colas, y no pueden atender todas las llamadas entrantes. La primera visita con la matrona y los controles de embarazo por los médicos de AP suelen tener un horario fijo en las agendas de cada profesional, para contemplar una cita más larga y mejorar la atención individual. Al mismo tiempo, una vez agotadas las citas, se insertan más pacientes para no aumentar la demora en tiempo, lo que a su vez acorta el tiempo de cada consulta y aumenta el tiempo de espera antes de cada cita. Si las entrevistadas tienen un horario laboral poco flexible aumenta la dificultad para poder acudir en el horario establecido y para facilitar el acceso se les asigna una cita "fuera" del control de embarazo. La organización del cuidado de otros miembros de familia también puede ser un obstáculo mayor a la hora de acceder a la cita.

La accesibilidad de los centros presenta otro gran déficit, que es la falta de aparcamiento, ya que se trata de 2 centros urbanos en barrios de alta densidad poblacional. Algunos pacientes siguen empadronados en el domicilio de solteros, para poder seguir con el mismo médico, pero a la hora de acudir se desplazan en vehículo, lo que aumenta aún más la escasez de estacionamiento, y más si la cita es en "hora punta". En cuanto a la organización parece molestar el tiempo de espera. En uno de los centros la matrona acude solamente 2 días a la semana, y para poder atender a todas las demandas se añaden citas al principio o al final de la agenda.

Otro factor importante que aumenta la "sensación" de prisa podría depender del hecho que las consultas se comparten entre varios profesio-

sional. Las interrupciones pueden ser causadas por el mismo personal del centro cuando se acerca la "hora del cambio" y por pacientes que no saben si ha empezado "su" consulta.

Las pacientes parecen estar altamente satisfechas con el trato, la competencia y la confianza de los profesionales, y en cuanto a un parto más fisiológico habría que definir en primer lugar con claridad la infraestructura en la que se atendería y aumentar la información sobre lo que es un parto más fisiológico, cuales los profesionales implicados, qué mujeres pueden optar a él, etc., a lo mejor presentando un proyecto piloto donde se especifican todos los puntos

## CONCLUSIONES

Nuestro estudio revela que se alcanza un grado de satisfacción alta, siendo el mejor valorado el trato y la competencia profesional.

Un elevado porcentaje se queja sobre dificultades a la hora de conseguir la primera cita, así con las interrupciones durante la misma.

Hay un número elevado de mujeres que usan consultas privadas.

Un punto a mejorar es la organización de las citas, facilitando la petición e la mismo y ofreciendo quizás un horario más flexible.

Con respecto a la actitud hacia un parto más fisiológico se observa un alto interés y al mismo tiempo una falta de información que lleva a una postura más conservadora.

## Conflicto de interés

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Agradecimientos

Los autores agradecen a SAMFyC el Premio de Investigación "Isabel Fernandez". A la UDMFyC

de Cádiz y los profesionales el apoyo brindado durante la realización del trabajo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Comisión nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Programa de la especialidad; 2005. URL: [http://www.semfyces/pfw\\_files/cma/Informacion/modulo/documentos/Programa%20Especialidad%20Def.pdf](http://www.semfyces/pfw_files/cma/Informacion/modulo/documentos/Programa%20Especialidad%20Def.pdf)
2. Mederuelo J. Satisfacción de las mujeres con el seguimiento de embarazo. Diferencias entre los dispositivos asistenciales. *Gac Sanit.* 2006; 20: 31-9
3. Sainz-Maza Aparicio M, Sánchez Yubero S, Granados Garrido JA. Encuesta de satisfacción en embarazadas captadas en Atención Primaria; 2001. URL: <http://www.medynet.com/elmedico/publicaciones/centrosalud8/506-510.pdf>
4. Erci B. The relationship between women's satisfaction with prenatal service and the characteristics of the pregnant women and the service. *Eur J. Contracept Report Health Care.* 2004; 9:16-28
5. Díaz Sánchez S. Cobertura y calidad del seguimiento de la atención prenatal en un centro de salud. *Aten Primaria.* 1998; 12: 401-6.
6. Baena Camus. Evaluación de la calidad de la asistencia prenatal en atención primaria. *Aten primaria.* 1992; 10: 726-9.
7. Villar J, Carroli G, Khan-Neelofur D, Piaggio G, Gülmezoglu M. Patrones de control prenatal de rutina para embarazos de bajo riesgo (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. URL: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)
8. Cano Serral G. Desigualdades socioeconómicas relacionadas con el cuidado y el control del embarazo. *Gac Sanit.* 2006; 20: 25-30.
9. OMS. Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento, 1985. Declaración de Fortaleza Organización Mundial de la Salud. Tecnología apropiada para el parto. *Lancet.* 1995; 2: 436-437.
10. OMS. Cuidados en el parto normal. Informe presentado por el Grupo Técnico de Trabajo. Departamento de Salud Reproductiva. Ginebra: OMS; 1996.
11. Gupta JK, Hofmeyr GJ. Posición de la mujer durante el período expulsivo del trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. URL: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)
12. Organización el Parto es nuestro. URL: <http://www.elpartoesnuestro.es>.
13. Basevi V, Lavender T. Rasurado perineal sistemático en el ingreso a la sala de partos (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)
14. Cuervo LG, Rodríguez MN, Delgado MB. Enemas en el trabajo de parto. (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane plus, 2006. Numero 1. Oxford: Update Software ltd.
15. Carroli G, Belizán J. Episiotomía en el parto vaginal (Revisión Cochrane traducida) En: La Biblioteca Cochrane plus, 2006. Numero 1. Oxford: UpdateSoftware ltd.
16. Olsen O, Jewell MD. El nacimiento en casa frente al nacimiento en el hospital (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. URL: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)
17. Macfarlane A, Mc Candlish R, Campell R. Choosing between home and hospital delivery. There is no evidence that hospital is the safest place to give birth. *BMJ.* 2000; 320: 798.
18. Chistianes W, Gouwy A, Bracke P. Does a referral from home to hospital affect satisfaction with childbirth? A cross-national comparison.

BMC Health Services Research. 2007; 7: 109.

19. Wiegers TA. Outcome of planned home and planned hospital births in low risk pregnancies. Prospective study in midwifery practices in the Netherlands. BMJ. 1996; 313: 1309-13.

20. Kenneth C, Daviss BA. Hallazgos en partos domiciliarios planificados atendidos por certified professional midwife (parteras profesionales certificadas): Estudio largo y prospectivo en Norte América. BMJ. 2006; 330: 1416.

---

### Anexo 1: CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN

Los médicos residentes de los centros de salud: Rodríguez Arias y Loreto-Puntales realizan este cuestionario con la finalidad de examinar la satisfacción de las mujeres con el programa de seguimiento del embarazo y de conocer las ideas que existen sobre formas alternativas al parto actual. Consiste en contestar preguntas sobre diferentes aspectos como datos sociodemográficos, equipamiento del centro..., con una escala del 1 al 5, donde el 1 significa que NO está satisfecha y el 5 que está MUY satisfecha. Si esta POCO satisfecha marque el 2, ALGO satisfecha el 3 y BASTANTE satisfecha el 4. Al lado algunas preguntas se aclara la gradación, poniéndose como ejemplo el 1 y el 5.

Ejemplo: El tiempo que tardaba en llegar a su centro/consulta le parece...

Si su centro está muy lejos de su domicilio marque 1 (no satisfecha), si lo alcanzaba en muy poco tiempo marque 5, si es una estancia intermedia marque del 2 al 4

Datos sociodemográficos:

Edad .....

Nivel de formación

primaria       secundaria       FP       estudios universitarios

Actividad profesional      si       no

Lugar de residencia.....

Estabilidad de pareja      si       no

Embarazo deseado      si       no

Embarazos previos      si       no

Uso de consulta privada      si       no

### Equipamiento

1. ¿Le parecía un lugar agradable el centro o consulta donde se realizó el seguimiento de su embarazo?

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|

2. ¿Cómo era la comodidad y limpieza de centro/consulta?

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|

3. ¿Cree usted que lo medios materiales de los que disponía su consulta (aparato de tomar la presión, balanza...) eran adecuados para realizar el seguimiento de su embarazo?

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|

### Accesibilidad

4. ¿Le resultó difícil conseguir cita con el medico que realizo el control de su embarazo para que le atendiese por primera vez?(1: muy difícil, 5: muy fácil)

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|

5. ¿Paso mucho tiempo desde que supo que estaba embarazada hasta que fue vista por primera vez por el profesional que realizo el seguimiento de su embarazo? (1: mucho tiempo. 5: muy poco)

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|

6. Desde el día en que pidió cita para primera consulta hasta el día en que fue vista. ¿Cuánto tiempo paso?(1:mucho tiempo, 5 muy poco)

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|

7. El horario en el que se realizaban las consultas del seguimiento de su embarazo. ¿Se ajustaba a sus preferencias?(1:no se ajustaba nunca. 5: siempre se ajustaba)

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|

8. El tiempo que tardaba en llegar a su centro/consulta le parece ...(1:mucho tiempo, 5: muy poco)

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|

9. ¿Tenía posibilidad de fijar citas por teléfono?(1: no, nunca. 5 :sí, siempre)

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|

### Organización de la consulta

10. En general, el tiempo que esperaba desde la hora que estaba citada hasta que entraba en la consulta le parece ...

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|

11. ¿Está satisfecha con la cantidad de tiempo que le dedicaba su médico/matrona durante la consulta?

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|

12. ¿Le daba la impresión que su médico o matrona tenía prisa por acabar la consulta?(1:sí, siempre. 5: no, nunca)

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|

13. ¿Se producían muchas interrupciones durante la consulta (llamadas de teléfono, entrada de personas...)?(1:sí siempre. 5:no nunca)

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|

14. El número de visitas que ha realizado a su médico/matrona durante el embarazo. ¿Le pareció adecuado?

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|

15. ¿Le parece adecuado el número de pruebas (análisis, ecografías...) que le han realizado durante el embarazo?

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|

16. El lugar en el que su médico/matrona pasaba consulta. ¿Le parece que guardaba su intimidad?

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|

### Atención y competencia profesional

17. ¿Está satisfecha del trato personal recibido de su médico/matrona?

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|

18. ¿Cree que su médico/matrona se mostró educado y agradable durante la consulta?

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|



19. ¿Se sintió escuchada por su médico?(1:no, nunca. 5: sí, siempre)

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|

20. Su médico/matrona. ¿Le mostraba interés por las consultas que usted realizó?

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|

21. ¿Su médico/matrona contestaba con claridad sus preguntas?(1:no, nunca. 5: si, siempre)

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|

22. ¿Cree que las explicaciones de su médico/matrona le han servido para llevar mejor su embarazo?(1:no, nada. 5:sí, mucho)

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|

23. Su médico/matrona. ¿Le dio confianza para preguntarle dudas respecto a su embarazo?

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|

24. ¿Cree que su médico/matrona estaba suficientemente preparado para realizar el seguimiento de su embarazo?(1:no, nada. 5:sí, mucho)

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|

25. ¿Confió en los conocimientos de su médico/matrona?(1:no, nada. 5:Sí, mucho)

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|

26. ¿Considera que su médico/matrona tenía habilidad para realizar las exploraciones necesarias para el control de su embarazo?(1:no, nunca.5:sí, mucha)

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|

27. ¿Comentó con su médico/matrona los resultados de las exploraciones y pruebas diagnosticas realizadas?(1:no, nunca. 5:sí, siempre)

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|

28. Durante el embarazo. ¿Le atendió siempre el mismo médico/matrona?  
(1:no, nunca,5:sí, siempre.

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|

29. En otros países europeos la Seguridad Social costea la atención durante el parto en unas “casas” muy próximas al hospital, donde estando atendidas por matronas especializadas, se puede parir en un medio más natural, no medicalizado. Estaría indicado para mujeres sanas con un embarazo no complicado, y en la casa se permite la estancia de la pareja, hijos, padres, que pueden colaborar si lo desean, en el parto. De implantarse este programa en España, sería una opción válida para Vd?

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|

Muchas gracias por su atención. Su opinión es anónima y será tomada en cuenta para intentar mejorar la calidad de nuestra sanidad.

Si desea realizar cualquier consulta, no dude en consultarnos. La matrona le facilitará nuestros datos.

---

## **Anexo 2: RIESGO 0 O BAJO RIESGO**

Este grupo está integrado por gestantes en las que no es posible identificar ninguno de los factores de riesgo que se definen en los apartados siguientes. Para catalogar a una paciente como de “Bajo riesgo” los factores de riesgo han debido ser investigados correctamente. Debe recordarse que “Bajo riesgo” no significa ausencia del mismo, ya que esta situación no existe. Por ello, no es prudente hablar de embarazos sin riesgo, sino de embarazos de bajo riesgo.

## ORIGINAL

# Valoración de la calidad y resultados del Proceso de Detección Precoz del Cáncer de Cérvix desde Atención Primaria en una Zona Básica de Salud urbana (2006-2008)

Sánchez Vico AB, Lujano Arenas C, Cueto Camarero M<sup>a</sup>M

Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria, ZBS Huelma (Jaén)

*El proyecto de investigación del presente trabajo fue presentado como póster al XIX Congreso de la SAMFyC celebrado en Cádiz del 18 al 20 de junio de 2009.*

### RESUMEN

**Título:** Valoración de la calidad y resultados del Proceso de Detección Precoz del Cáncer de Cérvix desde Atención Primaria en una Zona Básica de Salud urbana (2006-2008).

**Objetivo:** Conocer la calidad y resultados del Proceso de Detección Precoz de Cáncer de Cérvix en una zona básica de salud urbana durante tres años consecutivos.

**Diseño:** Estudio observacional descriptivo.

**Emplazamiento:** Tres centros de salud urbanos.

**Población y muestra:** El marco muestral lo conforman 29522 mujeres, de entre 15 y 65 años, a las que se ha realizado citología cérvico-vaginal entre los años 2006-2008. Se realizó un muestro probabilístico sistemático. El tamaño muestral se calculó con una precisión del 5% y una confianza del 95%. Se analizaron 486 informes citológicos.

**Intervenciones:** Se accedió al registro de citologías cérvico-vaginales de cada centro de salud para recoger las variables estudiadas: año de solicitud, centro de salud, centro de interpretación, edad, proceso de cérvix, anticoncepción hormonal, fecha de solicitud,

de recepción, de emisión y salida de informe, valoración de la muestra, diagnóstico clínico, tipo de lesión epitelial y de infección.

**Resultados:** El 81% de la muestra estaba incluida en el proceso de cáncer de cérvix siendo la edad media 39.8 años. El 99% de las citologías fueron satisfactorias. Solo en un 5% se indicó la toma de anticonceptivos hormonales. La décima parte presentaba infección y el 7% lesión epitelial sugerente de malignidad.

**Conclusiones:** Alta calidad de las tareas específicas del proceso de cáncer de cérvix, destacando la calidad de las muestras; a pesar de la escasa información en las peticiones, que merma la eficacia del proceso.

**Palabras clave:** Uterine cervical neoplasm (neoplasia de cuello uterino), cervical screening (cribado), cervicovaginal cytology (citología cervicovaginal).

### SUMMARY

**Title:** An Evaluation of Quality and Results in a Process for Cervical Cancer Screening at the Primary Health Care Level in an Urban Basic Health Zone (2006-2008).

**Goal:** Describe the quality and results of a process for the early detection of cervical cancer in a basic urban health zone over a consecutive three-year period.

**Design:** Descriptive observational study.

**Setting:** Three urban health clinics.

**Population and Sample:** The sample size consisted of 29,522 women between the ages of 15 and 65 who had a pap smear performed between the years 2006 and 2008. A systematic probability sample was done. The sample size was calculated with a precision of 5% and a confidence interval of 95%. A total of 486 cytology reports were analyzed.

Correspondencia: Ana Belén Sánchez Vico  
Zona Básica de Salud Huelma  
Federico García Lorca, s/n.  
23560 Huelma (Jaén)  
E-mail: belen\_sv@hotmail.com

Recibido el 06-04-2011; aceptado para publicación el 21-10-2011  
Med fam Andal 2011; 3: 286-293

**Interventions:** Variables were obtained from a cervicovaginal cytology register located in each one of the health clinics: year requested, health clinic, center where results were interpreted, age, cervical process, hormonal birth control, date of request, date of reception, date of issue, date the report was sent, sample evaluation, clinical diagnosis, type of epithelial lesion and infection.

**Results:** 81% of the sample had been included in the cervical cancer process and the average age was 39.8 years. 99% of the cytologies were satisfactory. Indications regarding the use of hormonal birth control appeared in only 5% of them. Infections were found in one-tenth of the sample and 7% showed epithelial lesions indicative of possible malignancy.

**Conclusions:** The quality of specific tasks in the process for cervical cancer was high, and the quality of the samples was noteworthy despite a scarcity of information in the requests which contributed to diminishing overall efficacy.

**Key words:** Uterine cervical neoplasm, cervical screening, cervicovaginal cytology.

detección precoz de las lesiones preinvasivas del cuello uterino, permitiendo su descubrimiento en pacientes todavía asintomáticas<sup>(3,4)</sup>. En los países desarrollados la baja incidencia se debe en parte a los programas de detección precoz basados en la citología cérvico-vaginal<sup>(5)</sup>.

En la comunidad autónoma andaluza se implantó en el año 2004 un proceso asistencial integrado del cáncer de cuello de útero, compuesto por un conjunto de actividades encaminadas al diagnóstico precoz, la confirmación diagnóstica y el tratamiento integral en mujeres con lesiones precursoras y/o cáncer invasivo de cérvix atendidas en Atención Primaria o Atención Hospitalaria, actualmente en funcionamiento en todos los centros de salud y hospitales del servicio sanitario público andaluz<sup>(6)</sup>. El objetivo de este estudio es conocer la calidad y resultados del Proceso de Detección Precoz de Cáncer de Cérvix realizado por profesionales de Atención Primaria en una zona básica de salud urbana durante tres años consecutivos.

## SUJETOS Y MÉTODOS

Se realiza un diseño observacional descriptivo para la realización del estudio. Se eligieron tres zonas básicas de salud urbanas de Jaén capital, recogiendo la actividad realizada en el proceso de detección precoz de cáncer de cérvix de tres Centros de Salud, que atienden a población de diferentes estratos sociales, incluyendo una zona necesitada de transformación social. La población susceptible de ser incluida en el proceso está compuesta por 29522 mujeres, de las que se estudian a aquéllas con edades comprendidas entre los 15 y los 65 años de edad con una citología realizada durante los años 2006, 2007 y 2008. La muestra se escoge mediante un muestreo probabilístico sistemático, calculando un tamaño de muestra de 486 (con una precisión del 5% y una confianza del 95%).

Los datos se obtienen del registro de informes de las citologías cervicovaginales existente en cada centro de salud, recogiendo tanto del informe de anatomía patológica como de la historia de salud digital (Diraya) las siguientes variables: año de solicitud, centro de salud, centro de interpretación, edad, proceso de cérvix, anti-

## INTRODUCCIÓN

El cáncer de cérvix constituye un problema importante de salud pública, siendo el segundo cáncer femenino más frecuente en la población mundial, sobre todo en países en vías de desarrollo. En la mayoría de países industrializados, a pesar de la tendencia descendente tanto de la incidencia como de la mortalidad por este tumor en las últimas décadas, se ha descrito un aumento del mismo en mujeres jóvenes<sup>(1)</sup>. En España, aunque la incidencia y mortalidad son de las más bajas del mundo, en las últimas tres décadas se ha producido un incremento paulatino<sup>(2)</sup>, ocupando el décimo lugar entre las causas de muerte por cáncer en mujeres, siendo la mortalidad máxima entre los 45 y 65 años<sup>(3)</sup>. La supervivencia del cáncer de cérvix a los 5 años es muy elevada si se diagnostica en estadios iniciales (hasta un 90%), mientras que en estadios avanzados disminuye a un 14%, lo que justifica la necesidad de la detección precoz. La citología cérvico-vaginal se considera el mejor método de

concepción hormonal, fecha de solicitud, fecha de recepción, fecha emisión de informe, fecha salida de informe, valoración de la muestra, diagnóstico clínico, tipo de lesión epitelial y tipo de infección. Tanto el diseño como el desarrollo del trabajo se ajustaron a las normas de buena práctica clínica (RD 223/2004; directiva comunitaria 2001/20/CE) y a la protección de datos personales (LOPD 15/1999 de 13 de diciembre. BOE 14 de diciembre de 1999), asegurando en todo momento el anonimato de las mujeres y la confidencialidad de los datos, no estando éstos accesibles a personas ajenas al estudio.

Los datos fueron analizados mediante el programa informático SPSS versión 15, aplicándose el test de Kolmogorov-Smirnov para comprobar la normalidad de las variables. Los datos se muestran como media o proporciones con su desviación estándar, y también como intervalos de confianza al 95%. Se propone un nivel de significación estadística con  $p < 0,05$ , aplicándose el test de la *t* de Student de una vía para comparación de medias y el test  $X^2$  para la comparación de proporciones.

## RESULTADOS

Se valora la aplicación del proceso de detección precoz de cáncer de cérvix mediante el estudio de los informes de citología cervico-vaginal realizados durante los años 2006 a 2008. La población de estudio está compuesta por 1603 mujeres en el año 2006, 1514 mujeres en el año 2007 y 2182 mujeres en el año 2008, con una cobertura anual del 5,4% en 2006, 5,1 % en 2007 y 7,4% en 2008. Se han elegido de forma aleatoria simple 162 informes de citologías de cada año (Tabla 1), existiendo pequeñas diferencias no significativas entre los tres centros de salud participantes (Tabla 2).

La media de edad de las mujeres a las que se realizó una citología fue de 39,8 años ( $\pm 0,6$ ). El grupo más numeroso fue el de las mujeres de 36 a 45 años (33%) seguido por el grupo de 26 a 35 años (25%) (Figura 1). Sólo se realizaron 2 citologías a menores de edad y 5 a mujeres de más de 65 años. La mayoría de las mujeres (81%) estaban incluidas en el Proceso de Cáncer de Cérvix. El registro en la historia de salud digital dentro

del apartado específico del proceso es más pobre en el primer año (2006) y mejora en los dos siguientes años (Tabla 1). Casi todas las muestras (91%) fueron valoradas en el hospital de referencia (Ciudad de Jaén), con la intervención en menor medida de otros dos centros de diagnóstico (Clínica Balaguer 5% y Laboratorios Echevarría 4%). En el 95% de los informes no figuraba la toma de anticonceptivos orales y tampoco se detalló el informe clínico en el 78% de los mismos. La citología se realizó durante la menopausia en un 13% de las muestras, un 8% durante el postparto y un 1% en el embarazo, con diferencias significativas según cada centro de salud (Tabla 2;  $p < 0,05$  test  $X^2$ ). El tiempo medio transcurrido entre la realización de la citología y su recepción en el laboratorio de anatomía patológica fue de 10,5 días ( $\pm 1,2$ ), incrementándose hasta casi 20 días en el año 2007 (por lo que se precisó la ayuda de otros laboratorios, como se aprecia en la tabla 1) ( $p < 0,001$  ANOVA). El tiempo medio entre la recepción en anatomía patológica y su valoración y posterior emisión del informe fue de 0,8 días ( $\pm 0,08$ ). El 99% de las muestras remitidas fueron satisfactorias, siendo compatibles con la edad y con la historia clínica en un 82%. El 85% no presentaron alteraciones celulares, existiendo un 38% de muestras con inflamación, con un reparto desigual entre centros de salud (Tabla 2,  $p < 0,02$  test  $X^2$ ). Un 9% de las muestras presentaron infección (bacteriana 6%, micótica 2% y viral 1%). El 7% de las muestras presentó una lesión epitelial sugerente de malignidad, existiendo diferencias significativas según cada centro de salud (Tabla 2;  $p < 0,02$  test  $X^2$ ). Siguiendo la clasificación de Bethesda, cinco muestras presentaron un SIL (lesión escamosa intraepitelial) (1%), 4 de bajo grado (0,8%) y 1 de alto grado (0,2%). Se encontraron 25 citologías con células ASCUS (células atípicas de significado incierto) (5%) y en otras 5 se hallaron AGUS (células glandulares atípicas de significado incierto) (1%). En dos pacientes se encontró una lesión CIN tipo 1 (neoplasia intracervical) (0,4%).

## DISCUSIÓN

Las indicaciones de los diferentes sistemas sanitarios y las sociedades científicas para la detección precoz del cáncer de cuello uterino presentan diferencias sobre la edad de inicio, la perio-

dicidad de las tomas, el tipo de prueba (algunos consideran de elección la citología líquida) y la determinación conjunta del virus del papiloma virus humano<sup>(7,4)</sup>. La citología de Papanicolaou es la prueba indicada en la mayoría de programas de los servicios sanitarios españoles, realizándose de forma oportunista y sin una especial atención a la población diana<sup>(4)</sup>, al igual que ocurre en otros países<sup>(8)</sup>. En Andalucía se ha desarrollado un proceso (o guía de actuación) específica para esta actividad que homogeneiza la actividad preventiva en toda la comunidad y marca criterios de calidad en su realización.

Los resultados obtenidos a nivel nacional son de difícil comparación al no existir información sistemática sobre el cribado del cáncer de cuello uterino<sup>(5)</sup>. En España en el año 2006 casi un 70% de las mujeres mayores de 20 años se han realizado alguna vez una citología, porcentaje que es más alto en el grupo de edad de 35 a 54 años, donde alcanza el 85,5%<sup>(9)</sup>. Sin embargo, existen diferencias significativas entre comunidades autónomas, oscilando la cobertura entre el 58% y el 85%, en función de la clase social, la edad y la zona de residencia (rural o urbana)<sup>(10,11)</sup>. En Andalucía la cobertura alcanza a la quinta parte de la población diana en el año 2009 (proceso). En nuestro estudio encontramos una alta aceptación de la población por parte de las mujeres estudiadas del programa de diagnóstico precoz de cáncer de cérvix, con una adecuada cobertura poblacional.

El Proceso Asistencial Integrado de Cáncer de Cérvix (proceso) propone unos estándares de calidad para médicos de familia que son cumplidos en su mayoría en la práctica recogida en este trabajo: existe una filiación correcta de las muestras citológicas y se dispensa una información estandarizada y unificada según la clasificación Bethesda. Prácticamente la totalidad de las muestras recogidas por profesionales de los centros fueron satisfactorias, lo que pone de manifiesto la adecuada capacitación de los profesionales de Atención Primaria para realizar dicha prueba como método de cribado. Un aspecto de mejora se centra en el pobre registro de los factores de riesgo de las mujeres atendidas, dado que la carencia de una información básica dificulta la labor del patólogo<sup>(12)</sup>.

Otro criterio de calidad es la información de resultados en un tiempo máximo de 15 días desde

la realización de la citología: este criterio no ha sido cumplido debido, fundamentalmente, a diferentes problemas en el servicio hospitalario de referencia, que obligó incluso a la contratación de servicios externos para la interpretación de las citologías. Pese a este problema en el circuito, el tiempo medio es inferior al recomendado por otros autores para la interpretación de los informes citológicos, la información a las mujeres y el seguimiento de los hallazgos, aconsejando hasta un mes como máximo<sup>(13,14)</sup>.

A diferencia de otros estudios<sup>(8)</sup>, más de la mitad de las mujeres incluidas en este proceso se realizan esta prueba con una edad inferior a los 45 años. En el grupo de mujeres analizadas en nuestro estudio la prevalencia de citología normal es mayor que la de frotis patológicos, siguiendo la tendencia de la mayoría de estudios revisados<sup>(14,15,16)</sup>. La infección sólo se presentó en una décima parte de las muestras, predominando la bacteriana frente a la micótica y viral<sup>(15,17)</sup>.

A la vista de los resultados obtenidos se puede concluir que, en general, se cumplen los criterios de calidad del Proceso Asistencial de Cáncer de Cérvix. Sin embargo, la mera ejecución de la detección no nos asegura buenos resultados poblacionales: por un lado, se debe mejorar la captación de mujeres con factores de riesgo, dada su mayor prevalencia de lesiones, mediante una búsqueda activa de las mismas y una mejora de los informes clínicos emitidos<sup>(18,19)</sup>. Por otro lado se debe continuar trabajando en la continuidad de las acciones conjuntas desarrolladas desde Atención Primaria y Atención Hospitalaria, para lo que se deberán diseñar estudios sobre la eficiencia de la actual estrategia desarrollada en la comunidad autónoma de Andalucía y la repercusión sobre la morbimortalidad en la población atendida.

## Bibliografía

1. González Rubio Y, Castaño Pinto MS. Cribado del cáncer de cérvix: ¿La misma frecuencia para mujeres inmigrantes latinoamericanas? MEDIFAM. 2001; 11: 546-552.
2. Marzo-Castillejo M, Bellas B, Guim M, Cierco P, Moreno M. Grupos de Expertos del PAPPs.

Estrategias de prevención del cáncer. Aten Primaria. 2007; 39: 47-66.

3. Programa de Prevención de cáncer de cérvix en Atención Primaria. Toledo: Dirección General de Atención Sanitaria / SESCAM; 2004.

4. Castells X, Sala M, Salas D, Ascunce N, Zubizarreta R, Casamitjana M. Reflexiones sobre las prácticas de diagnóstico precoz del cáncer en España. Gac Sanit. 2009; 23: 244-9.

5. Castells X, Sala M, Ascunce N. Descripción del cribado del cáncer en España. Proyecto DESCRIC. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Agencia de Evaluación de Tecnologías Recerca Mediques de Cataluña; 2007. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, AATR num. 2006/01. URL: <http://aunets.isciii.es>

6. Proceso Asistencial Integrado. Cáncer de Cuello de Útero (carcinoma epidermoide de cuello uterino). Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2002.

7. Anttila A, Ronco G, Clifford G. Cervical cancer screening programmes and policies in 18 European countries. Br J Cancer. 2004; 91:935-41.

8. Aparicio A, Morera M. Evaluación del programa de Detección temprana y atención oportuna del cáncer cervicouterino. Aten Primaria. 2009; 41: 300-7.

9. Encuesta Nacional de Salud. Año 2006. Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Sanidad y Consumo.

10. Luengo S, Muñoz A. Uso de la citología de cribado de cérvix y factores relacionados con el uso de la prueba en España. Aten Primaria. 2004; 33: 229-36.

11. Puig-Tintoré LM, Castells X, Torné A. Cobertura y factores asociados del cribado del cáncer de cuello de útero en España: resultados de una encuesta poblacional en 17 comunidades

autónomas. En: Puig-Tintoré LM, Andía D, editores. Patología del tracto genital inferior y colposcopia en España 2005. Bilbao: XVII Reunión Anual de la AEPCC; 2005.

12. Torres FJ, Pineda I, Chaves J. Problemas cotidianos de la citología ginecológica. Prog Obstet Ginecol. 2007; 50:130.

13. Suárez N, Martínez M, Muñoz G, De Diego D. ¿Realizamos adecuadamente la detección precoz del cáncer de cérvix uterino desde atención primaria? Aten Primaria. 2003; 31.

14. Schmolling Y, Barquín JJ, Zapata A, Merino R, Rodríguez B, León E. Anomalías citológicas de cérvix y lesiones precancerosas subsecuentes en un área sanitaria. Aten Primaria. 2002; 29: 223-9.

15. Sampayo A, Maestro J, Sampayo V, Veleiro MJ, Iglesias C. Citologías y sus alteraciones. Estudio en un centro de Atención Primaria. Cad Aten Primaria. 2008; 5: 280-283.

16. García Mosteiro S, Veleiro Tenreiro MJ, Iglesias Díaz C, Maestro Saavedra FJ, Monteoliva Díaz E. Alteraciones en la citología de cérvix realizada en el programa de atención a la mujer en una consulta de atención primaria de salud. ¿Captamos a la población de riesgo? Cad Aten Primaria. 2008; 15: 23-27.

17. Pérez JC, González R, Baca A, Hormigo A, Serrano FJ, García A. Estudio de Calidad del subprograma de detección precoz del cáncer de cuello de útero en la zona básica Rincón de la Victoria de Málaga. Medicina General. 2002; N° extraordinario: 92-122.

18. Lorente J, Monserrat JA, Borrego JA, Santaella M, Cerdón J. Cribado del cáncer cervicouterino en colectivos de mujeres asintomáticas con factores de riesgo. Prog Obstet Ginecol. 2006; 49:115-20.

19. Cura I, Arribas L, Cortado A, Bailón E, Landa J, López A. Actividades preventivas en la mujer. Aten Primaria. 2005; 36: 102-130.

**Tabla 1.** Hallazgos en las citologías realizadas según el año de realización.

|   | 2006       | 2007        | 2008       |
|---|------------|-------------|------------|
| Citologías realizadas                               | 1603       | 1514        | 2182       |
| Cobertura acumulada                                 | 5.4%       | 10.6%       | 18%        |
| Tamaño de muestra                                   | 162        | 162         | 162        |
| Laboratorio   |            |             |            |
| • Hospital de Jaén                                  | 162 (100%) | 130 (80%)   | 152 (94%)  |
| • Laboratorio Balaguer                              | 0          | 13 (8%)     | 10 (6%)    |
| • Laboratorio Echevarría                            | 0          | 19 (12%)    | 0          |
| Edad (años)   | 40,55±0,80 | 38,60±1,06  | 40,31±0,98 |
| Inclusión en proceso de cérvix (1)                  | 75,3%      | 84%         | 84%        |
| TM1 (2)   | 4,22±0,303 | 19,76±2,945 | 7,11±1,815 |
| TM2   | 1,04±0,95  | 0,89±0,91   | 0,71±0,207 |
| Diagnóstico   |            |             |            |
| • No detallado                                      | 75%        | 78%         | 81%        |
| • Embarazo  | 0%         | 2%          | 1%         |
| • Postparto   | 8%         | 10%         | 6%         |
| • Menopausia  | 17%        | 10%         | 12%        |
| Muestra satisfactoria (3)                           | 100%       | 99,4%       | 97,5%      |
| Valoración funcional compatible con la edad (4)     | 87%        | 72%         | 89%        |
| Valoración funcional compatible con la historia (4) | 81,5%      | 84,1%       | 81,9%      |
| Inflamación   | 30,9%      | 40,1%       | 41,4%      |
| Infección   | 9%         | 12%         | 7%         |
| Citología patológica                                |            |             |            |
| • No  | 83%        | 81%         | 90%        |
| • Lesión epitelial/malignidad                       | 7%         | 9%          | 4%         |
| • Infección   | 10%        | 9%          | 6%         |
| Lesión epitelial o malignidad                       |            |             |            |
| • Negativa  | 92,6%      | 90,1%       | 95,7%      |
| • SIL   | 1,9%       | 1,2%        | 0          |
| • ASCUS   | 4,3%       | 7,4%        | 3,7%       |
| • AGUS  | 1,2%       | 1,2%        | 0,6%       |

TM1: tiempo medio transcurrido entre la realización de la citología y su recepción en el laboratorio de anatomía patológica. TM2: tiempo medio entre la recepción en anatomía patológica y su valoración y posterior emisión del informe

(1)  $p=0,072 \chi^2$

(2)  $p<0,001$  ANOVA

(3)  $p=0,072 \chi^2$

(4)  $p<0,001 \chi^2$



**Tabla 2.** Hallazgos en las citologías realizadas según el centro de salud donde se realizaron.

|   | San Felipe | El Valle    | Virgen de la Capilla |
|---|------------|-------------|----------------------|
| Tamaño de muestra   | 211 (43%)  | 126 (26%)   | 149 (31%)            |
| Laboratorio   |            |             |                      |
| • Jaen  | 190        | 117         | 137                  |
| • Balaguer  | 12         | 4           | 7                    |
| • Echevarria  | 9          | 5           | 5                    |
| Edad (1)  | 39,87±0,76 | 38,01±0,93  | 41,24±1,18           |
| Proceso de cérvix   | 80,6%      | 83,3%       | 79,9%                |
| Tiempo transcurrido desde que se realiza la citología hasta que se recibe en anatomía patológica      | 9,82±1,883 | 12,16±2,624 | 9,95±1,852           |
| Tiempo desde que emite el resultado en anatomía patológica hasta que se manda a atención Primaria (2) | 0,68±0,084 | 1,07±0,252  | 1,01±0,093           |
| Diagnóstico (3)   |            |             |                      |
| • No detallado  | 84%        | 76%         | 72%                  |
| • Embarazo  | 1%         | 1%          | 0%                   |
| • Postparto   | 6%         | 10%         | 8%                   |
| • Menopausia  | 9%         | 13%         | 20%                  |
| Muestra satisfactoria   | 99,5%      | 99,2%       | 98%                  |
| Valoración funcional compatible con la edad   | 82%        | 84%         | 82%                  |
| Valoración funcional compatible con la historia (4)   | 81,5%      | 84,1%       | 81,9%                |
| Inflamación (5)   | 30,3%      | 38,9%       | 46,3%                |
| Infección   | 8%         | 8%          | 12%                  |
| Citología patológica  |            |             |                      |
| • No  | 85,3%      | 87,3%       | 82%                  |
| • Lesión epitelial/malignidad   | 7,1%       | 4%          | 9%                   |
| • Infección   | 8%         | 9%          | 9%                   |
| Lesión epitelial o malignidad (6)   |            |             |                      |
| • Negativa  | 92%        | 96%         | 91%                  |
| • SIL   | 0%         | 0           | 3%                   |
| • ASCUS   | 7%         | 4%          | 4%                   |
| • AGUS  | 1%         | 0           | 2%                   |

(1)  $p=0,088 \chi^2$

(2)  $p=0,090$  ANOVA

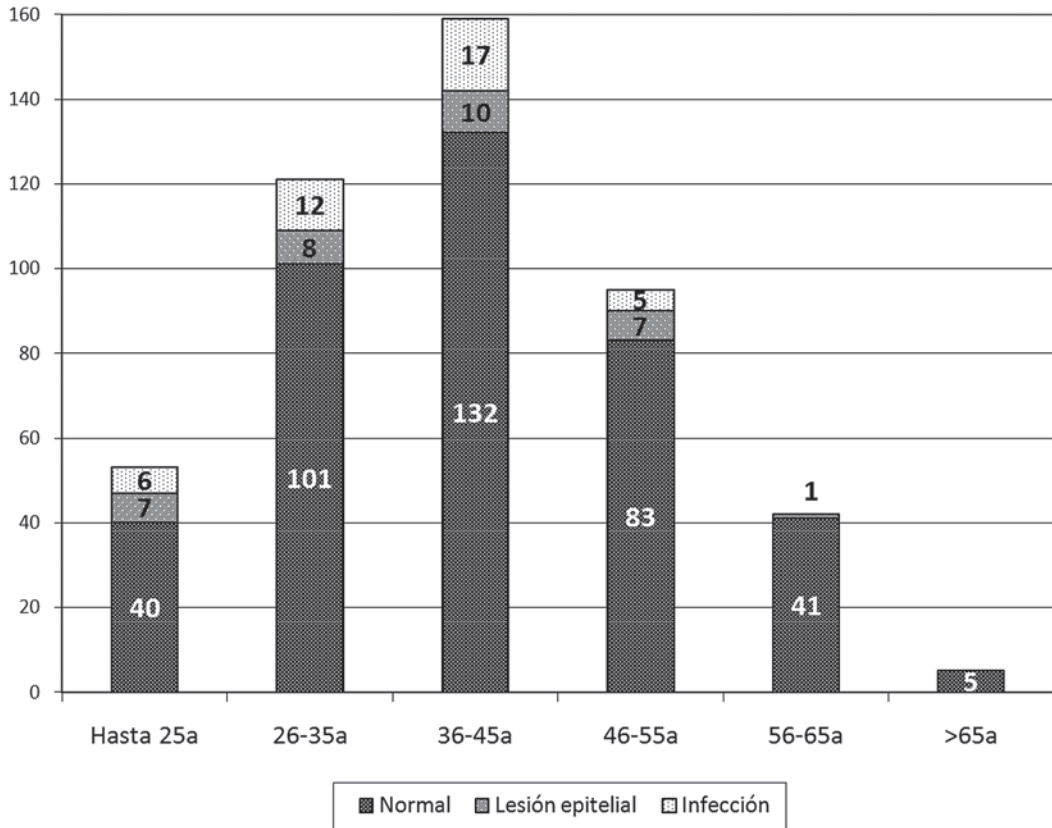
(3)  $p=0,042 \chi^2$

(4)  $p<0,001 \chi^2$

(5)  $p=0,013 \chi^2$

(6)  $p=0,018 \chi^2$

**Figura 1.** Número total de citologías realizadas por tramo de edad según los hallazgos diagnósticos.



## ARTÍCULO DE REVISIÓN

### Evidencias disponibles en la etapa climatérica

Gertrudis Diez MA<sup>1</sup>, Canalejo Echeverría A<sup>1</sup>, Arrabal Pérez V<sup>2</sup>, Santa Cruz Talledo JM<sup>1</sup>, Manteca González A<sup>1</sup>, Gálvez Alcaraz L<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Médico de Familia. UGC El Palo. Málaga

<sup>2</sup> Enfermero de Familia. UGC Victoria. Málaga

El climaterio es un proceso fisiológico y como tal no debe medicalizarse.

La vivencia de los cambios que se producen en el climaterio depende de factores biológicos, psicológicos y socioculturales más que de los cambios hormonales.

La mayoría de las mujeres en el climaterio presentan síntomas leves o pasajeros e incluso un 25% permanecen asintomáticos.

La atención sanitaria que se oferta a las mujeres que están fuera de la edad fértil, con el objetivo de mejorar su calidad de vida, con acciones de promoción de la salud, prevención y control de riesgos y actividades asistenciales, de manera coordinada y protocolizada con Asistencia Especializada.

Son fundamentales las labores de educación sanitaria en el climaterio, tanto a nivel individual como grupal, para informar y aclarar aspectos de esta etapa y sus consecuencias sobre la salud y para proporcionar recursos y habilidades para que sean las mujeres las protagonistas y promotoras de su propia salud.

Es necesario aumentar los conocimientos por los profesionales sobre el grado de las evidencias científicas disponibles en esta etapa.

---

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 31-10-2011  
Med fam Andal 2012; 3: 294-300

EVIDENCIAS SEGÚN MANIFESTACIONES CLINICAS:

#### EVIDENCIAS SOBRE PROBLEMAS DE SALUD RELACIONADOS CON EL CLIMATERIO

1. Las alteraciones menstruales, vasomotoras y genitales y la osteoporosis muestran asociación con la disminución de estrógenos en la menopausia (**Grado A**).
2. El aumento del riesgo cardiovascular, los síntomas osteomusculares, la disminución de la capacidad cognitiva y los trastornos del estado de ánimo no muestran asociación con la disminución de estrógenos en la menopausia (**Grado B**).
3. Las alteraciones del sueño, las cefaleas y los vómitos muestran asociación con la presencia de síntomas vasomotores intensos (**Grado B**).
4. La asociación entre la incontinencia urinaria y la disminución de estrógenos en la menopausia es controvertida (**Grado C**).
5. La asociación entre las infecciones recurrentes del tracto urinario y la disminución de estrógenos en la menopausia es controvertida (**Grado C**).
6. La aceleración de la pérdida de masa ósea se asocia de manera consistente con la disminución de estrógenos en la menopausia (**Grado A**).
7. El ritmo de pérdida de masa ósea aumenta en los primeros años tras la menopausia para posteriormente disminuir e igualarse al de los varones (**Grado B**).

8. El diagnóstico de osteoporosis densitométrica debe realizarse mediante la absorciómetro de rayos X de energía doble (DXA) (**Grado B**).

9. La medición de la DMO no discrimina adecuadamente entre las personas que presentarán una fractura y las que no (**Grado B**).

10. Los ultrasonidos cuantitativos no están indicados para evaluar la DMO ni para predecir fracturas (**Grado B**).

11. La radiografía convencional no debe utilizarse para evaluar la DMO ni como método de cribado de fracturas (**Grado B**).

12. Los marcadores óseos no son útiles para evaluar la DMO ni para predecir fracturas (**Grado B**).

#### EVIDENCIAS EN SÍNTOMAS VASOMOTORES

1. La pérdida de peso, el ejercicio físico, no fumar y las medidas que mantienen estable la temperatura corporal podrían ser opciones beneficiosas en la prevención y tratamiento de los síntomas vasomotores (**Grado C**).

2. El TH sólo está justificado en mujeres con síntomas vasomotores que por su intensidad o frecuencia puedan repercutir en su calidad de vida (**Grado A**).

3. El TH no está indicado para disminuir el riesgo cardiovascular ni para prevenir el cáncer de colon (**Grado A**).

4. El TH no se recomienda a medio-largo plazo debido a los riesgos asociados que comporta (eventos coronarios, accidentes cerebrovasculares, trombosis venosas profundas, tromboembolismos pulmonares, cánceres de mama, endometrio y ovario y litiasis biliar) (**Grado A**).

5. Al tratamiento de las mujeres con útero deben asociarse progestágenos para reducir el riesgo de hiperplasia y cáncer de endometrio (**Grado A**).

6. Los progestágenos solos son un tratamiento moderadamente efectivo para el control de los síntomas vasomotores y podrían ser una alternativa para las mujeres con antecedentes de cáncer de mama o de endometrio (**Grado B**).

7. La eficacia de la tibolona es similar a la de los estrógenos, con o sin progestágenos, para el control de los síntomas vasomotores (**Grado A**).

8. El raloxifeno, la clonidina, la metildopa, la gabapentina y los antidepresivos no han mostrado resultados concluyentes, por lo que no están indicados en el tratamiento de los síntomas vasomotores (**Grado B**).

9. Los fitoestrógenos, la vitamina E, la homeopatía y las hierbas medicinales no han mostrado resultados concluyentes, por lo que no están indicados en el tratamiento de los síntomas vasomotores (**Grado B**).

10. La técnica de la respiración rítmica es moderadamente eficaz y podría ser un tratamiento complementario para el tratamiento de los síntomas vasomotores (**Grado B**).

11. La acupuntura, la reflexoterapia y la magnetoterapia no se recomiendan para el tratamiento de los síntomas vasomotores (**Grado C**).

#### EVIDENCIAS EN INCONTINENCIA URINARIA

1. Modificar la ingesta de líquidos, la pérdida de peso, evitar diuréticos y excitantes del sistema nervioso, evitar la sobrecarga de la musculatura pélvica, el ejercicio físico, eliminar barreras de acceso al aseo, usar ropa cómoda y fácil de quitar y tener una buena higiene personal podrían ser opciones y beneficios para la Prevención y tratamiento de la IU (**Grado C**).

2. En los programas de ejercicios de suelo pélvico es suficiente la realización de series de al menos 8 contracciones 3 veces al día (**Grado A**).

3. La realización de ejercicios de suelo pélvico supervisados durante al menos 3 meses debe ofrecerse como primera línea de tratamiento a las mujeres con IUE o IUM con predominio de esfuerzo (**Grado A**).

4. Los ejercicios de suelo pélvico deben ofertarse a las mujeres en su primer embarazo como una estrategia preventiva de IU (**Grado A**).

5. La reeducación vesical durante al menos 6 semanas debe ofrecerse como primera línea de tratamiento a las mujeres con IUU o IUM con predominio de urgencia (**Grado A**).

6. La retroalimentación o biofeedback sólo debe indicarse cuando haya dificultad para la contracción de la musculatura del suelo pélvico (**Grado A**).

7. La estimulación eléctrica sólo debe indicarse cuando haya dificultad para la contracción de la musculatura del suelo pélvico (**Grado A**).

8. Los anticolinérgicos son los fármacos de elección en la IUU o IUM con predominio de urgencia si no hay una respuesta adecuada al tratamiento no farmacológico (**Grado A**).

9. La desmopresina puede ser considerada en mujeres con nicturia molesta si no hay respuesta a otro tipo de tratamientos (**Grado A**).

10. Los antidepresivos tricíclicos no se recomiendan para el tratamiento de la IU (**Grado A**).

11. El TH no está indicado en el tratamiento de la IU (**Grado A**).

12. Los estrógenos intravaginales se recomiendan para el tratamiento del síndrome de la vejiga hiperactiva en mujeres posmenopáusicas con atrofia vaginal (**Grado A**).

13. La opción quirúrgica se recomienda como tratamiento de la IUE cuando el conservador ha fallado (**Grado A**).

## EVIDENCIAS EN OSTEOPOROSIS

1. Una dieta rica en calcio, la exposición moderada al sol, el ejercicio físico y no fumar son medidas eficaces en la prevención y tratamiento de la osteoporosis (**Grado B**).

2. El TH no se incluye como tratamiento de primera línea para la osteoporosis debido a su desfavorable balance de riesgos y beneficios (**Grado A**).

3. El raloxifeno aumenta la DMO y disminuye la incidencia de fracturas vertebrales (**Grado A**).

4. El raloxifeno reduce la incidencia de cáncer de mama en mujeres con receptores estrogénicos positivos (**Grado A**).

5. El raloxifeno se asocia con una mayor incidencia de eventos tromboembólicos y de ictus mortales (**Grado A**).

6. La calcitonina aumenta la DMO y disminuye la incidencia de fracturas vertebrales (**Grado A**).

7. El etidronato aumenta la DMO y disminuye la incidencia de fracturas vertebrales (**Grado A**).

8. El alendronato aumenta la DMO y disminuye la incidencia de fracturas vertebrales y de cadera (**Grado A**).

9. El alendronato disminuye la incidencia de fracturas de cadera en la subpoblación de mujeres con DMO < -2,5 DE (**Grado A**).

10. El risedronato aumenta la DMO y disminuye la incidencia de fracturas vertebrales y no vertebrales en su conjunto (**Grado A**).

11. El risedronato disminuye la incidencia de fracturas de cadera en la subpoblación de mujeres de 70 a 79 años con DMO < -3 DE. (**Grado A**).

12. El ibandronato aumenta la DMO y disminuye la incidencia de fracturas vertebrales (**Grado A**).

13. El ibandronato disminuye la incidencia de fracturas no vertebrales en su conjunto en la subpoblación de mujeres con DMO < -3 DE (**Grado A**).

14. El ranelato de estroncio aumenta la DMO y disminuye la incidencia de fracturas vertebrales y no vertebrales en su conjunto (**Grado A**).

15. El ranelato de estroncio disminuye la incidencia de fracturas de cadera en la subpoblación de mujeres mayores de 75 años con una DMO < -3 DE (**Grado A**).

16. La teriparatida aumenta la DMO y disminuye la incidencia de fracturas vertebrales y no vertebrales en su conjunto (**Grado A**).

17. La hormona paratiroidea humana recombinante aumenta la DMO y disminuye la incidencia de fracturas vertebrales (**Grado A**).

18. Los fitoestrógenos no están indicados en la prevención ni en el tratamiento de la osteoporosis (**Grado A**).

## CLASIFICACION SEGÚN GRADOS DE EVIDENCIA

|   | GRADO EVIDENCIA / NIVEL DE RECOMENDACIONES   |
|---|--|
| A | síntomas vasomotores y vaginales muestran asociación causal con disminución estrógenos   |
| A | aceleración pérdida masa ósea se asocia de manera consistente con disminución de estrógenos  |
| A | estrógenos con sin progestágenos efectivos y siendo apropiados tratamiento síntomas vasomotores intensos   |
| A | mujeres con útero y síntomas vasomotores añadir progestágenos al TH con estrógenos   |
| A | tratamiento con tibolona es efectivo y es una alternativa en el tratamiento de los síntomas vasomotores  |
| A | Fitoestrógenos, suplementos dieta, no resultados concluyentes, no indicados tratamiento síntomas vasomotores.  |
| A | cimicífuga racemosa (Black cohosh), sauzgatillo (Vitex agnus castus) alternativa segunda línea síntomas vasomot.   |
| A | Estrógenos vaginales dosis bajas altamente efectivos indicados tratamiento de síntomas vaginales.  |
| A | tratamiento síntomas vaginales, mujeres con útero añadir progestágenos al TH con estrógenos  |
| A | recomendable práctica ejercicio regular para promover la salud general y mantenimiento masa ósea   |
| A | combinación calcio y vitamina D indicada prevención osteoporosis y riesgo fractura mujeres >65 años  |
| A | TH disminuye riesgo fracturas vertebrales y no vertebrales, desfavorable balance riesgo-beneficio, no se recomienda tratamiento primera línea  |
| A | tibolona no está indicada prevención osteoporosis y riesgo fractura  |
| A | raloxifeno disminuye riesgo fractura vertebral, indicado mujeres con osteoporosis densitométrica (< -2,5 DE) y/o fracturas previas.  |
| A | raloxifeno aumenta incidencia trombosis venosa y no debe administrarse con riesgo elevado patología  |
| A | raloxifeno reduce incidencia cáncer mama con receptores de estrógenos positivos  |
| A | alendronato y risedronato reducen riesgo fracturas vertebrales y no vertebrales en mujeres postmenopáusicas tardías, indicados mujeres con osteoporosis densitométrica (< -2,5 DE) y/o fracturas previas.  |
| A | etidronato reduce riesgo fracturas vertebrales mujeres postmenopáusicas, indicado mujeres con osteoporosis densitométrica (< -2,5 DE) y/o fracturas previas.   |
| A | bifosfonatos más efectivos mujeres ancianas alto riesgo con osteoporosis densitométrica (< -2,5 DE) y/o fracturas previas.   |
| A | No se recomienda TH medio-largo plazo, potenciales riesgos asociados y/o ausencia beneficios (tromboembolismo, cardiovascular, ACV, cáncer de mama, deterioro cognitivo, demencia, alteraciones de la vesícula biliar, cáncer de ovario y de endometrio) |
| A | fitoestrógenos no están indicados prevención osteoporosis y riesgo fractura  |
| A | TH no indicado para prevención enfermedad cardiovascular, deterioro cognitivo, demencia y/o cáncer de colon  |
| B | alteraciones estado de ánimo y cognitivas, cambios esfera sexual y dolores articulares, no relación causal   |
| B | Pérdida masa ósea aumenta los primeros años para estabilizarse después. Algunas presentan mayor ritmo pérdida masa ósea.   |
| B | No se ha demostrado relación entre enfermedad cardiovascular y disminución estrógenos  |
| B | progesterona es tratamiento moderadamente efectivo y podría ser una alternativa para los síntomas vasomotores  |

|   |   |
|---|---|
| B | vitamina E no se recomienda en el tratamiento de los síntomas vasomotores   |
| B | dong quai (Angélica sinensis), aceite de onagra (Evening primrose oil), ginseng (Panax ginseng), kava (Piper methysticum), hierbas medicinales chinas y ñame silvestre (Dioscorea villosa o wild yam) no se recomiendan tratamiento de los síntomas vasomotores |
| B | técnica respiración rítmica moderadamente eficaz y tratamiento complementario para los síntomas vasomotores   |
| B | tratamiento tibolona es efectivo y una alternativa tratamiento síntomas vaginales   |
| B | cremas hidratantes vaginales están indicadas tratamiento síntomas vaginales leves y tratamiento alternativo al TH   |
| B | factores riesgo fractura están relacionados con riesgo de caída, tipo de traumatismo, fuerza del impacto y dureza y resistencia del hueso   |
| B | baja DMO es factor de riesgo más entre los múltiples factores que influyen en las fracturas   |
| B | antecedentes personales y/o familiares fractura, edad, raza blanca, bajo peso, antecedentes caídas, no utilización estrógenos y mala condición física son factores que asocian de manera consistente al riesgo de fractura                                      |
| B | tabaquismo, alcohol, cafeína, baja ingesta calcio y vitamina D son factores de riesgo se asocian menos consistente al riesgo de fractura  |
| B | > 80 años, antecedentes caídas, deterioro funcional y/o sensorial, ciertos medicamentos y obstáculos ambientales, se asocian manera consistente a mayor riesgo de caídas  |
| B | escalas predicción riesgo disminución DMO, fracturas y caídas útiles selección pacientes con mayor riesgo, una vez validadas donde vayan a ser aplicadas  |
| B | radiografía convencional no debe utilizarse para el diagnóstico osteoporosis  |
| B | diagnóstico osteoporosis densitométrica se debe realizar mediante la DXA  |
| B | DXA debe de realizarse en dos localizaciones, preferentemente en columna lumbar y/o cadera  |
| B | ultrasonidos de talón no están indicados para el diagnóstico, tratamiento ni seguimiento de la osteoporosis   |
| B | marcadores óseos no indicados para diagnóstico y seguimiento osteoporosis, ni en selección de pacientes para indicación densitometría   |
| B | dieta rica calcio, principalmente antes de la menopausia, para prevención y tratamiento osteoporosis  |
| B | ejercicio físico aeróbico (caminar, correr, ir en bicicleta) y programas entrenamiento físico de resistencia, recomendables prevención osteoporosis mujeres pre y postmenopáusicas  |
| B | Se recomienda abandonar el hábito tabáquico para la prevención de la osteoporosis   |
| B | programas de fortalecimiento muscular y equilibrio, programas intervención multidisciplinares indicados en personas mayores con alto riesgo caída   |
| B | protectores cadera podrían indicados prevención fracturas cadera mujeres institucionalizadas con elevado riesgo de fractura   |
| B | suplementos calcio indicados prevención osteoporosis y riesgo fractura mujeres > 65 años con riesgo elevado fractura  |
| B | suplementos vitamina D indicados prevención osteoporosis y riesgo fractura mujeres > de 65 años con riesgo elevado de fractura  |
| B | suplementos flúor no están indicados prevención osteoporosis y riesgo fractura  |
| B | bifosfonatos a corto-medio plazo no han mostrado efectos adversos graves  |
| B | calcitonina reduce riesgo fractura vertebral, no se considera tratamiento primera línea osteoporosis  |
| B | teriparatida reduce riesgo fractura vertebral, no se considera tratamiento primera línea osteoporosis   |
| B | alteraciones sueño, cefaleas y vómitos asociación con presencia de síntomas vasomotores intensos  |
| B | No se recomienda cribado poblacional osteoporosis mediante densitometría para la prevención fractura.   |
| B | mastalgia ha mostrado una asociación inversa con la menopausia  |
| B | se recomienda tratamiento con tibolona a medio-largo plazo, debido al aumento de riesgo de cáncer de mama   |
| C | asociación entre incontinencia urinaria y disminución de estrógenos es controvertida  |

|   |  |
|---|--|
| C | asociación infecciones urinarias recurrentes y disminución estrógenos es controvertida   |
| C | ejercicio físico, pérdida de peso, evitar consumo tabaco, opciones beneficiosas prevención y tratamiento síntomas vasomotores  |
| C | ingesta bebidas frías, evitar comidas picantes, café, alcohol, situaciones de calor, alivian síntomas vasomotores  |
| C | homeopatía no se recomienda tratamiento síntomas vasomotores   |
| C | acupuntura y magnetoterapia no se recomiendan tratamiento de los síntomas vasomotores  |
| C | TH con estrógenos vaginales reduce la frecuencia infecciones urinarias repetición, como tratamiento adyuvante  |
| C | TH con estrógenos y progestágenos no indicado tratamiento incontinencia urinaria, ni prevención infecciones urinarias de repetición  |
| C | DXA para seguimiento mujeres+osteoporosis+tratamiento farmacológico realizarse intervalos superiores a dos o más años  |
| C | fluoración agua no es medida recomendable en prevención osteoporosis y riesgo de fractura  |
| C | Se recomienda una exposición moderada al sol para la prevención de la osteoporosis   |
| C | Moderar ingesta alcohol y cafeína es recomendable para la prevención de la osteoporosis  |
| C | mujeres > de 65 años con riesgo elevado fractura se recomienda densitometría cribado para prevención fractura  |
| C | El intervalo entre las densitometrías de cribado debe ser superior a dos o más años  |
| √ | TH con estrógenos debe administrarse a la mínima dosis eficaz y el mínimo tiempo posible   |
| √ | conveniente comenzar con dosis mínima eficaz, ajustar dosis, revisar necesidad tratamiento cada 12 meses   |
| √ | No datos sobre eficacia raíz de regaliz, salvia, zarzaparrilla, flor de la pasión, ginkgo biloba, raíz de valeriana  |
| √ | Las mujeres deben ser informadas de escasa efectividad tratamientos alternativos y ausencia datos sobre sus efectos adversos   |
| √ | pauta recomendada: comprimido vaginal/día/2-4 semanas seguido de uno o dos a la semana   |
| √ | aplicación óvulos y cremas, contienen estrógenos de baja potencia, realizar con una mayor frecuencia   |
| √ | presencia fracturas vertebrales factor riesgo futuras fracturas y debería incluirse en informe de radiografías   |
| √ | Para prevenir efectos adversos gastrointestinales, bifosfonatos administrar ayunas, acompañados agua (120 ml), sin masticar ni disolver en la boca y la persona no puede sentarse ni tumbarse durante media hora |
| √ | Se desconoce seguridad tratamiento con el teriparatida a medio-largo plazo   |
| √ | personas que se les ofrezca densitometría cribado deben ser informadas beneficios y limitaciones prueba, beneficio relativo y potenciales efectos adversos de opciones de tratamiento                            |
| √ | No es adecuado realizar densitometría porque la paciente la solicite. información adecuada puede evitar la realización de una prueba innecesaria   |

## BIBLIOGRAFÍA

1. Bailón E, Delgado A. Informe menopausia sobre la pertinencia científica. Granada: Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFyC); 1997.

2. Ministerio de Sanidad y Consumo. Programa de atención a los cambios en el climaterio femenino. Madrid: Instituto de Salud "Carlos III". Agencia de Consejería de salud; 1995.

3. Junta de Andalucía. Guía de atención a la evaluación de tecnologías Sanitarias (AETS) de salud de la mujer en el climaterio "complicaciones patológicas de la madurez. Sevilla: Consejería de Salud; 2001.

4. Oferta de Cartera de Servicios de Atención Primaria. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 2007.

5. Programa de atención a la salud afectivo-sexual y reproductiva (PASAR). Las Palmas de



Gran Canaria: Servicio Canario de la Salud. Dirección General de programas asistenciales; 2007.

6. Menopausia y postmenopausia: Guía de práctica clínica. Barcelona: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, Asociación Española para el Estudio de la Menopausia, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano; 2004.

7. Consejería de Sanidad. Guía de consejos para la etapa del Climaterio. Madrid: Servicio de promoción de la salud y Dirección de programas de Salud Pública; 2007.

8. Kanis JA, Oden A, Johansson H, McCloskey E. FRAX® y la evaluación de la probabilidad de fractura. *Rev Metab Óseo y Min.* 2010; 8:15-18.

9. Ruiza I, Bermejo MJ. Conocimientos de las mujeres menopáusicas respecto a la terapia hormonal sustitutiva. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública. Red de Investigación de Salud y Género. Departamento de Medicina Preventiva. Hospital Universitario Virgen de las Nieves; 2003.

10. Madrdejós Mora R, Tomás Sanz R, Llobet Traveset E, Gavagnach Bellsol M, Martínez Pardo S, Moy Ferrer X. Elaboración, implantación y seguimiento de un protocolo de osteoporosis posmenopáusica. Barcelona: Colaboración entre Atención Primaria del servicio de Reumatología, Unidad de Farmacia de Atención Primaria, Mutua de Terrassa, Servicio de Reumatología Hospital de Tarrasa; 2009.

11. Hanley DA, Cranney A, Jones G, Whiting SJ, William DL. Vitamin D in adult health and disease: a review and guideline statement. Guidelines Committee of the Scientific Advisory Council of Osteoporosis Canada. *CMAJ.* 2010; 182.

12. Ministerio de Sanidad y Política Social. Comunicación sobre riesgos de medicamentos para profesionales sanitarios. 25 de septiembre de 2009. URL: [http://www.aemps.gob.es/eu/informa/notasInformativas/medicamentos/UsosHumanos/seguridad/2009/docs/NI\\_2009-10\\_bis\\_fosfonatos](http://www.aemps.gob.es/eu/informa/notasInformativas/medicamentos/UsosHumanos/seguridad/2009/docs/NI_2009-10_bis_fosfonatos)

13. Bifosfonatos: actualización sobre su seguridad. *Bol Ter ANDAL.* 2010; 26(2). URL: <http://www.easp.es/web/documentos/BTA/00016191documento.pdf>

14. Guía canadiense de práctica clínica de osteoporosis; 2010.

15. Proyecto GIOS: Resultados (prevención secundaria de fracturas osteoporóticas en 70 hospitales). España 2003-2006. *Med Clin (Barc).* 2011; 136: 50-5.

16. Área de la mujer. Climaterio. Documentos clínicos Semergen; 2008.

17. Papaioannou A, Morin S, Cheung A, Atkinson S, Brown Jacques P, Feldman S et al. Clinical Practice Guidelines for the diagnosis and management of osteoporosis. Scientific Advisory Council of Osteoporosis. Canada; 2010.

18. National Institute for Health and Clinical Excellence. (NICE). Final appraisal determination Alendronate, etidronate, risedronate, raloxifene, strontium ranelate and teriparatide for the secondary prevention of osteoporotic fragility fractures in postmenopausal women; 2008.

19. Sociedad Navarra de Medicina de Familia y Atención Primaria (SNAMFAP): Documento para el Manejo de la Osteoporosis en Atención Primaria. Osasunbidea: Dirección de Atención Primaria del Servicio Navarro de Salud; 2004.

## ARTÍCULO ESPECIAL

**Trabajando con la queja (II): comprender y proponer nuevos significados**

Boxó Cifuentes JR, Alcaine Soria FL

*Médicos de Familia. Terapeutas de Familia. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria  
Distrito Sanitario Málaga***III. La habilidad hermenéutica: la acción de comprender**

Desde la perspectiva que proporciona este modelo, se considera el discurso como un aparato para la producción de significados más que como un vehículo de transmisión de información de una persona. La comprensión de los contenidos vivenciales no se alcanza solo por la descripción sino que exige su interpretación. Mediante la interpretación se obtiene la significación del contenido de la vivencia y esta operación hermenéutica ha de ser verificada tanto por el propio sujeto de la vivencia, cuanto por cualquier otro, si pretende captar el significado que como tal posee para el primero (1). El proceso asistencial integrado ansiedad, depresión, somatizaciones, considera dos técnicas dentro del arsenal de la ayuda psicológica que afrontan directamente la habilidad interpretativa: el resumen y la redefinición que llegado este punto queremos destacar (2).

**1. La Glosa o Resumen.** Un primer paso en la acción de comprender es realizar con el paciente un pacto de lectura, es decir, acordar con él o ella los términos de lo que se ha escuchado: si está dispuesto a aceptar que lo que ha transmitido es lo que ahora expresa el médico en otras palabras. Esta devolución inicial se denomina glosa o resumen.

La Glosa es un reductor de incertidumbre de la escucha. Se trata de un resumen de lo que se ha creído entender de la historia que se ha contado. *Es un esfuerzo del profesional en incorporar la experiencia del paciente de un modo que este se sienta entendido.* Entendemos que para que la glosa o resumen tenga cierta efectividad debe organizarse de forma que el relato en el cual le pasan cosas al paciente se presente como un relato en el cual el paciente hace cosas. Sin embargo, es imprescindible no hipertrofiar las posibilidades que como persona posee para el cambio total de su situación para no inducir un falso sentimiento de culpa al pensar que la situación depende íntegramente de ella (3). A diferencia de la connotación, no reconoce cualidades sino que procura redefinir a la persona como agente de su historia. Se podrá realizar cuando se ha entendido la trama y el conflicto de valores que refleja. En la glosa el profesional sanitario pone algo de sí. Va más allá de lo dicho trayendo a primer plano aspectos que han quedado relegados, que ha sobreentendido como fondo de la narración y que pueden ayudar al consultante a poder ver las cosas de una manera distinta.

Las limitaciones que el lenguaje impone a la propia vivencia del mundo (pensar sobre parte de lo vivenciado; hablar sólo lo que es posible decir) da lugar al fenómeno del sobreentendimiento. Mediante él, las personas que intentan comunicarse algo tienen conciencia de la incomunicabilidad de lo restante, y dan por supuesto que esto de alguna manera se intuye. El sobre-entendimiento aparece como actividad supletoria de la incomunicación excedente tras la comunicación efectuada. Se obliga a la interpretación de lo dicho por la ocultación que tras ello

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

Recibido el 31-05-2011; aceptado para publicación el 26-07-2011  
Med fam Andal 2011; 3: 301-305

se esconde. Se lleva a cabo a expensas de la proyección que yo hago sobre o dicho por el otro. Se ha de interpretar no lo que se me habla sino lo que sobreentiendo. Interpretar es proyectar (4).

**2. La Redefinición.** Se trata de una organización alternativa de los acontecimientos narrados bajo una trama que los estructura de forma razonablemente comprensiva. *Pretenden incorporar la crisis contingente en un engranaje de sentido.* Max Weber señalaba que es preciso no olvidar un sencillo principio: que es posible racionalizar la vida desde los más distintos puntos de vista y en las más variadas direcciones (5). En este sentido racionalizar equivaldría a dar sentido o dotar de significado a los acontecimientos de la vida de acuerdo a una determinada cosmovisión, la que aporta el paciente y la que propone el profesional (6). El self ha de mantener su equilibrio a pesar de la realidad externa y de las exigencias internas. La racionalización es uno de los mecanismos de defensa del self mediante el cual se da una explicación normalizadora a lo que experimenta la persona. En un sentido existencial y no ético, se justifica, se da cuenta de la humanidad que hay en dicha experiencia abriéndose una puerta de futuro. El profesional puede escoger la redefinición que crea se ajusta mejor al relato del paciente o bien aquella en la que se encuentre más cómodo para organizar los datos. Todos son modelos universales, es decir, pueden dar sentido a diferentes experiencias humanas.

Poseemos diversos modelos de racionalización normalizadora que nos pueden ser útiles para organizar una forma distinta de ver las cosas en la que el paciente encuentre un potencial beneficio de alivio de su angustia o melancolía. Son propuestas no impositivas que podemos explicar apoyados en un gráfico o un diagrama impreso que el paciente puede llevar consigo para consultarlo. Vamos a comentar someramente tres de estos modelos:

I. Diagrama del estrés (7): se identifican las fuentes de estrés que el paciente está soportando dentro de un patrón consustancial con la vida. La tristeza y la ansiedad son reacciones

normales al estrés. Este modelo de organización nos permite reconocer, cuantificar y relacionar al menos tres fuentes habituales de estrés. El *estrés evolutivo* se encuentra presente en la exigencia de las tareas de crecimiento vital en las que las personas están comprometidas. Cada tarea representa un logro necesario y una posibilidad de fracaso de modo que la tensión dialéctica está siempre presente: las personas están presionadas a una realización y amenazadas por una constatación de su incapacidad. El análisis del *estrés transgeneracional* nos permite mirar con el paciente los legados, los imperativos y las habilidades recibidas por herencia, sin crítica ni revisión. El estresor transgeneracional encubierto es causa habitual de desconcierto en la comunicación y en las conductas. El *estrés accidental* es un estrés aleatorio, muchas veces dramático e irreducible a cualquier lógica, simplemente está ahí y hay que contar con él, mirarlo como una amenaza de la cual defenderse con los propios recursos o una oportunidad para evaluar la propia vida (Figura 1).

*Diana es una Sra. de 42 años que al poco de hablar se le asoman las lágrimas a los ojos. Refiere que se encuentra triste y apesadumbrada y que las ilusiones que tenía hace unos meses se le han venido abajo. Se siente fracasada e inútil, le cuesta trabajo hacer sus labores de casa y se refugia en dormir más. Come lo habitual, no ha perdido peso y no le han pasado por la cabeza ideas de suicidio. Ella se dedica a su hogar, es inmigrante sudamericana y lleva en el país casi 2 años. Vino con su esposo y 2 hijas, una de 19 años y otra de 13. Atribuye casi la totalidad de su estado a los problemas con su hija mayor, Clara, que se enfrenta continuamente con ella, por los horarios, vestimenta y el lenguaje que usa. La paciente observa con tristeza que su hija rechaza los valores morales que ella le ha querido transmitir y teme por su futuro. Se lleva bien con su esposo aunque le reprocha que no la apoye más con su hija porque él dice que no quiere distanciarse de la niña. Se siente desautorizada y sola en medio de estas preocupaciones. Toda su familia está su país y echa de menos el apoyo de su madre.*

Se utilizó el diagrama del estrés combinado con el ciclo evolutivo como organizador normalizador de su historia.

- Evolutivo: período de emancipación del adulto joven. Tareas involucradas: Diferenciación del self con respecto de la familia de origen. Desarrollo de las relaciones con igual. Afirmación del self en el trabajo, estudios.

- Accidental: el cambio de país, cultura, desarraigo de las relaciones familiares es otra fuente de estrés que podemos ponderar con la escala de Holmes y Rahe.

- Transgeneracional: la colisión de los valores y costumbres recibidos con los que enfrenta su hija son causa importante de estrés, desaliento y culpa. Dentro de estos valores es posible encontrar ciertos permisos de diálogo entre la norma y el afecto.

II. Proceso de duelo (8,9): en alguna medida toda experiencia humana de dolor se puede redefinir como una pérdida. Las etapas descritas para el duelo por Klüber-Ross (10) permiten entender la tristeza como una parte natural de un proceso más amplio por el que la persona transita. El duelo se ha de explorar en una dialéctica de antagonismos: lo que pierde y gana el que se va y el que se queda. Sobre esta base se recoge el material narrativo para el acompañamiento. La irreductible pluralidad humana, donde cada ser humano es único e inédito determina una impronta en el self: una parte de cada uno existe solamente en relación con otro. No tener ya al otro como compañero de diálogo significa una pérdida dolorosa para la configuración de cada uno. La relación con el otro no solo despierta una parte de cada uno, la crea. Quién se va, cómo se va, su edad, las circunstancias que deja, determinan los contrapesos en la balanza dialéctica de emociones y pensamientos sobre la que reposa el artificio que llamamos proceso de duelo (Figura 2).

*Juan es un hombre de 37 años que acude con su madre a la consulta. Se sienta y está visiblemente afectado. Los ojos húmedos, los dedos cruzados entre las manos, la frente inclinada expresan tristeza y preocupación. Se siente triste, irritable. No duerme bien y tiene dificultades para concentrarse aunque refiere que el trabajo le despeja un poco de sus pensamientos. Hace 4 meses murió su padre de cáncer tras un año de padecimientos. Acaba de firmar la sentencia de divorcio y tiene que abandonar el domicilio con-*

*yugal después de 10 años de casado. Se trata de un divorcio no deseado. Tiene un hijo de 7 años y teme las consecuencias para él. Sus expresiones manifiestan rabia hacia su esposa y culpa por posibles errores. Se siente descalificado como hombre y persona. Ha perdido la ilusión y el apetito aunque no hay cambios en su peso.*

Actuación:

Dados los tiempos que corren se connota positivamente su control, respeto a la decisión de su esposa y su preocupación como padre. Explicamos el proceso de duelo en las pérdidas y cómo la suya es difícil por conjuntarse dos episodios dolorosos. Le recomendamos que no intente ir más deprisa, pues el duelo requiere su tiempo y él mismo se dará cuenta de los cambios de etapa que se irán produciendo. Le animamos a venir semanalmente por ahora. Nos pide algo para dormir. Prescribimos 5 mg de diazepam.

*Pasadas 3 semanas acude de nuevo a la consulta, Juan ha pasado a vivir con su madre. Están satisfechos de los términos en los que ha firmado la sentencia de divorcio. La ira y la culpa han remitido parcialmente. No llora en la consulta y ha mencionado en dos ocasiones la frase, tengo que velar por mi futuro. Refiere que sus compañeros y amigos le comprenden y apoyan. Le parece que su ex-esposa tiene un recambio.*

III. Ciclo del cambio y la entrevista motivacional (11): cualquier planteamiento de cambio genera una crisis. La crisis supone una necesidad de tomar una decisión. Esta se realiza en un estado ambivalente natural que puede generar tristeza y ansiedad. En toda decisión existe una escisión en el interior de la voluntad que es conflicto y no diálogo, y es independiente de la satisfacción buscada. La voluntad dirigiéndose a sí misma hace emerger la contravoluntad, de modo que también se encuentra en la naturaleza de la voluntad sufrir resistencia. El yo forma las dos partes en disputa. Lo que parece hacer posible que se decida por un lado y no por otro, es que uno de los yoes representa un estado más permanente de los sentimientos que el otro no consigue representar. Pero una vez que la decisión se toma, que se transforma en acción, el yo decisorio desaparece permaneciendo la contraposición no realizada de modo que

puede producirse la recaída en el estado anterior (12) (Figura 3).

*Cristina es una mujer de 44 años, casada con 2 hijas. Maestra de profesión. Acude con quejas que describe como angustia y depresión. No es capaz de diferenciar entre ambas pues está triste e inquieta a un mismo tiempo. No duerme bien y llora con facilidad. Ha perdido el gusto por actividades placenteras y el apetito perdiendo 3 K en 2 meses. Tiene sentimientos de culpa e irritabilidad. Le cuesta trabajo concentrarse. No tiene intenciones de autolisis ni quiere la baja. Al indagar sobre sus relaciones con otras personas se decide a contar esta historia. Hace 3 años se produjo el reencuentro con un antiguo novio; derivó en un apasionado romance. Le perturba esta doble vida y ve indicios de que personas se están enterando. Además no está contenta consigo misma. Está confusa con la toma de una decisión para acabar con este estado de cosas.*

El ciclo del cambio nos va a resultar de gran utilidad para abordar aquellos problemas de salud que se presentan como dilemas (abordaje el tabaquismo, ingesta excesiva etílica, adicciones en general, obesidad,...).

La motivación para el cambio parece incrementarse cuando las personas perciben discrepancias entre su situación actual y sus esperanzas futuras. Su tarea es ayudar a concentrar la atención del paciente en cómo los comportamientos actuales difieren del comportamiento ideal o deseado. Normalmente las personas se decantan por aquella conducta que proporcione más estabilidad emocional aunque dejará activo el contenido de la contravoluntad que dará lugar a diversos fenómenos como el arrepentimiento o el enojo por verse forzado por las circunstancias.

## Bibliografía

1. Castilla del Pino C. La culpa. Madrid: Alianza Editorial; 1979. p. 71-75.
2. Proceso Asistencial Integrado. Ansiedad, Depresión, Somatizaciones. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2002. p. 45-46.
3. Castilla del Pino C. La culpa. Madrid: Alianza Editorial; 1979. p. 210.
4. Castilla del Pino C. La incomunicación. Barcelona: Península; 1981. p. 52-59.
5. Weber M. Ética protestante y el espíritu del capitalismo. Madrid: Alba libros; 1998. p. 84.
6. Castilla del Pino C. Introducción a la psiquiatría. Vol. I Psico(pato)logía. Madrid: Alianza Universidad. Textos; 1980. p. 166-67.
7. Pittman SF. Momentos decisivos. Tratamiento de familias en situación de crisis. Buenos Aires: Paidós; 1990.
8. Tizón JL. El duelo en la atención primaria a la salud (I). FMC. 1996; 3: 547-566.
9. Tizón JL. El duelo en la atención primaria a la salud (II). FMC. 1996; 3: 642-663.
10. Maciejewski PK, Zhang B, Block SD, Prigerson HG. An Empirical Examination of the Stage Theory of Grief. JAMA. 2007; 297: 716-723.
11. Miller WR, Rollnick S. La entrevista motivacional. La ambivalencia: el dilema del cambio. Barcelona: Paidós; 2003. p. 63-76.
12. Arendt H. La vida del espíritu. Barcelona: Paidós Básica; 2007. p. 326-330.

## DIAGRAMA DEL ESTRÉS

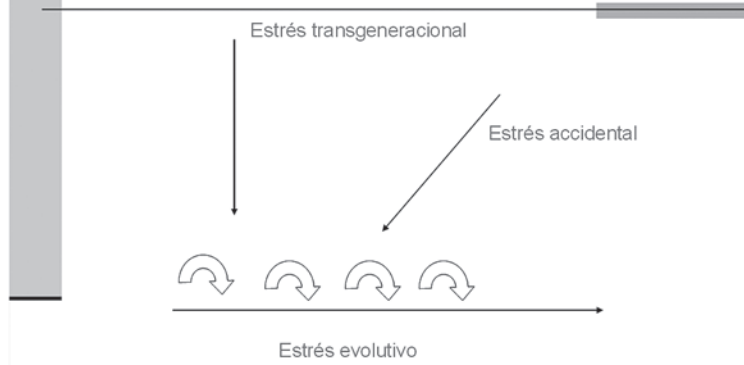


Figura 1: Diagrama del estrés

## Modelo del Proceso de Duelo

| Momentos                        | Sentimientos  | Tareas   |
|---------------------------------|---|--|
| Impacto y crisis                | Embotamiento, angustia, incredulidad, añoranza      | Aceptar la realidad de la pérdida                        |
| Aflicción                       | Culpa, ira, desesperanza, depresión, resentimiento. | Trabajar emociones y dolor de la pérdida                 |
| Pena y desesperanza reversibles | Temor, culpa, tristeza                              | Readaptarse al medio contando con la ausencia del objeto |
| Recuperación o desapego         | Eutima  | Reubicar el objeto en el mundo interno                   |

Figura 2: El proceso de duelo

## La Balanza Decisional



Figura 3: El conflicto decisional

## ¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO?

### Paciente con crisis hemolítica aguda que se niega a transfusión

Fernández González R<sup>1\*</sup>, Alonso Morales M<sup>2</sup>F<sup>2\*</sup>, Puga Montalvo M<sup>3</sup>E<sup>2\*</sup>

1 Residente 4º año MFyC

2 Médico de Familia

\* Adjuntas del Servicio de Urgencias. Hospital Clínico San Cecilio. Granada

**Historia clínica, anamnesis:** Paciente varón de 38 años, natural de Brasil, que acude al Servicio de Urgencias por cuadro de astenia intensa de 2 días de evolución, de aparición brusca, poliartralgias más acusadas a nivel lumbar y cervical sin antecedente de traumatismo previo y que empeora con el movimiento. Además refiere cefalea intensa y crisis de tos sin expectoración. Se acompaña de sensación distérmica sin termometrar. No alteraciones en el hábito intestinal aunque si refiere coluria. Niega viajes al extranjero desde hace 2 años.

Como antecedentes personales destaca una anemia microcítica/ hipocroma (Hemoglobina 12.8 g/dl en 2007) sin tratamiento, rinoconjuntivitis estacional, hiperreactividad bronquial y fisura anal de rafe posterior. No realizaba tratamiento en el momento actual y no presentaba alergias medicamentosas conocidas.

**Exploración física:** el paciente presentaba buen estado general, consciente y orientado en tiempo y espacio, normohidratado y normoperfundido. Ictericia conjuntival. Eupneico en reposo. Glasgow 15/15. Tensión arterial (TA) 120/80 mmHg, Frecuencia cardíaca (Fc) 87 latidos por minuto (lpm), Saturación de oxígeno (SatO<sub>2</sub>) 97% basal, temperatura 37.4°C. Auscultación cardiorespiratoria (ACR): tonos rítmicos con soplo sistólico más intenso en foco aórtico, murmullo vesicular conservado (MVC) sin ruidos patológicos sobreañadidos. No adenopatías cervicales ni supraclaviculares. Abdomen: blando, no doloroso a la palpación, no masas ni megalias, ruidos hidroaéreos conservados, sin signos de irritación peritoneal. Puño percusión renal negativa bilateral. Miembros inferiores (MMII) sin edemas ni signos de trombosis venosa profunda.

**Pruebas complementarias:** Tras la realización de las mismas se obtiene:

-Bioquímica: bilirrubina total 7.18 mg/dL; Bilirrubina indirecta 6.7 mg/dL, GOT 71 U/l, CK 696 UI/l, LDH 2359 U/l, PCR 10.30. Resto de parámetros normales incluidas enzimas de daño miocárdico.

-Hemograma: hematíes 2.68 x10<sup>6</sup>/uL, hemoglobina 6.8 g/dl. Resto de parámetros normales.

-Coagulación: APTT 27. Resto normal.

-Sedimento de orina: bilirrubina. Resto sin alteraciones.

-Radiografía de tórax: no imágenes de infiltrados ni condensaciones.

-Radiografía de abdomen: sin hallazgos patológicos agudos.

-Electrocardiograma: ritmo sinusal a 80 lpm. Eje normal. Bloqueo incompleto de rama derecha del Haz de His (BIRDHH).

El paciente permanece en observación en el Servicio de Urgencias por si se produce inestabilidad hemodinámica y tras 12 horas se ingresa en el Servicio de Medicina Interna para estudio y tratamiento.

Durante el ingreso se le realizan más pruebas complementarias con los siguientes resultados:

-*Ecografía abdominal:* hígado algo prominente con presencia de lesión ocupante de espacio (LOE) hipocogénica de unos 14 milímetros

(mm) en cúpula hepática, entre suprahepática media e izquierda, sin refuerzo sónico posterior y de aspecto inespecífico (podría estar en relación con quiste de duplicación entérico). Vesícula biliar colapsada. Vía biliar no dilatada. Páncreas no visualizado por interposición de gas. Bazo prominente de 12 x 5.7 centímetros (cm), aunque en proporción a la envergadura del paciente. Riñones sin dilatación de vías. No adenopatías. No líquido libre en pelvis.

-TAC de abdomen con contraste intravenoso (CIV): imagen nodular superficial en segmento 4b hepático, isodensa respecto a hígado y sin captación significativa, de 2 cm. El contexto de comportamiento hipoecógeno en ecografía previa orienta a posible quiste ciliado hepático de comportamiento atípico por contenido proteínico o descamativo, aunque los hallazgos en TAC son inespecíficos por lo que se recomienda control ecográfico en 3-6 meses. Ganglios inguinales bilaterales milimétricos. Sin otros hallazgos de interés.

-Test de Coombs directo negativo.

-Hierro 198 ug/dL, ferritina 522 ng/dL, índice de saturación de transferrina (IST) 62%, ácido fólico 14.2, TSH 2.3.

-Reticulocitos 6.7%, VSG 9 mm.

-Frotis de sangre periférica: anisocitosis, presencia de abundantes excenrocitos, hematíes con punteado basófilo.

-Hemoglobina A2 y fetal en límites normales.

-Nivel de glucosa-6P-DH 62 (valores de referencia 100-180 mU/10E9 eritrocitos).

### ¿Cuál es el diagnóstico?

- a) Infecciones como la malaria, infecciones por *Clostridium*, *E. coli* o *S. pneumoniae*.
- b) Efectos secundarios a medicamentos.
- c) Reacciones a transfusiones de sangre.
- d) Hemoglobinuria paroxística nocturna.
- e) Defectos enzimáticos del glóbulo rojo como la deficiencia de glucosa-6-fosfato-deshidrogenasa (G6PDH).



## Comentarios a CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO (del Vol. 12, Núm. 2) ( Med fam Andal 2011; 12: 206 )

### Respuestas razonadas

Sánchez Martínez S<sup>1</sup>, Gómez Rodríguez P<sup>1</sup>, Gutiérrez Marín C<sup>2</sup>, Marmesat Guerrero F<sup>2</sup>

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

2 MFyC. Centro de Salud Mairena del Aljarafe, Sevilla

En resumen tenemos a una paciente de 43 años, fumadora, con un cuadro clínico consistente en tos seca, febrícula y sensación disneica a moderados esfuerzos. En la exploración destaca la normalidad, salvo acropaquias marcadas. Todas las pruebas complementarias resultaron normales, salvo la espirometría que presentó un patrón restrictivo. Ante estos resultados y la continuidad de la clínica se decide derivación al servicio de Medicina Interna, donde tras la realización de más pruebas complementarias llegaron al diagnóstico final.

Las *acropaquias*, dedos hipocráticos o dedos en palillo de tambor, son un signo físico caracterizado por un engrosamiento del tejido conectivo de las falanges terminales de la zona distal de los dedos de las manos y de los pies, acompañado de un reblandecimiento del lecho ungueal. Habitualmente indoloros (aunque algunos pacientes refieren cierta molestia), bilaterales y simétricas (aunque se han descrito formas unilaterales, incluso en solo algunos dedos de una extremidad). Su presencia se asocia a diversos procesos agudos y crónicos con frecuencia de origen respiratorio. El cuadro que presentaba la paciente es compatible con las cinco respuestas anteriormente enunciadas. La clínica de tos, febrícula y disnea junto con el hábito tabáquico apoyan la hipótesis de *neoplasia de pulmón*. Sin embargo esta posibilidad se descartó al realizar TAC de tórax ya que no mostrando imagen compatible con ello, además la paciente no presentaba síndrome constitucional típico en casos de neoplasias y tampoco era compatible la duración de años del cuadro. La posibilidad del linfoma queda descartada por los mismos motivos que la ante-

rior. Por otro lado la *etiología infecciosa* queda descartada ya que tanto las pruebas de laboratorio como la radiografía y la TAC de tórax no mostraban hallazgos compatibles con causa infecciosa.

Por último el TAC de tórax que realizó el servicio de medicina Interna mostró hallazgos altamente sugestivos de neumonía intersticial no específica (NINE), decidiéndose biopsia para confirmar el diagnóstico. La Anatomía Patológica confirmó *neumopatía intersticial* no específica con patrón fibrosante y áreas de enfisema subpleural (elevada concentración celular a expensas de linfocitos con discreta eosinofilia).

Se establece tratamiento con corticoides orales a dosis de miligramo por kilogramo de peso con mejoría del cuadro.

#### Bibliografía:

- Harrison. Principios de Medicina Interna. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana de España S.A. 2001.

- Martinez-Lavin M, Matucci-Cerinic M, Jajic I, Pineda C. Hypertrophic osteoarthropathy: consensus on its definition, classification, assessment, and diagnostic criteria. J Rheumatol. 1993; 20: 1386-7.

- Spicknall KE, Zirwas MJ, English JC. Clubbing: An update on diagnosis, differential diagnosis, pathophysiology, and clinical relevance. J Am Acad Dermatol. 2005; 52: 1020-8.

- Nadrous HF, Myers JL, Decker PA, Ryu JH. Idiopathic Pulmonary Fibrosis in Patients Younger Than 50 Years. *Clin Proc.* 2005; 80: 37-40.

- American Thoracic Society, European Respiratory Society. Idiopathic Pulmonary Fibrosis: Diagnosis And Treatment: International Consensus Statement. *Am J Respir Crit Care Med.* 2000; 161: 646-664.

- Gross Tj, Hunninghake Gw. Idiopathic Pulmonary Fibrosis. *N Engl J Med.* 2001; 345: 517-525.

- Martinez-Lavin M. Exploring the Cause of the Most Ancient Clinical Sign of Medicine: Finger Clubbing. *Semin Arthritis Rheum.* 2007; 36: 380-38.

## PUBLICACIONES DE INTERÉS / ALERTA BIBLIOGRÁFICA

(1 de Mayo de 2011 a 31 de Septiembre de 2011)

Manteca González A

Médico de Familia. Centro de Salud El Palo

Los artículos, publicados entre el 1 de mayo y el 31 de septiembre de 2011, aparecen a continuación clasificados por ÁREAS DE INTERÉS, debajo de cada cual aparecen las reseñas bibliográficas correspondientes. Algunos artículos han sido clasificados bajo 2 ó más epígrafes.

La recopilación se ha extraído de la consulta a las revistas que aparecen en la sección correspondiente del número 0 de la revista.

Entre corchetes, tras cada una de las referencias bibliográficas, aparece el tipo de estudio, según la clasificación que se expone a continuación y, separado por una coma, el grado de interés del artículo según la opinión del revisor.

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

### TIPO DE ESTUDIO

- (AO) Artículo de opinión / editoriales / comentarios.
- (R) Revisiones no sistemáticas.
- (C) Cualitativo
- (T) Observacional descriptivo transversal
- (CC) Observacional analítico casos y controles
- (CE) Estudio de coste-efectividad
- (S) Observacional analítico de seguimiento / cohortes
- (QE) Quasi experimental
- (EP) Estudio probabilístico
- (EC) Experimental ensayo clínico
- (M) Metaanálisis y Revisiones Sistemáticas

### ÁREAS DE INTERÉS:

**MEDICINA DE FAMILIA/ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.** Incluye: APS/bases conceptuales, medicina de familia/profesión, ejercicio profesional, enfermería, trabajo social, trabajo en equipo, relaciones interniveles, psicología, sociología, antropología.

The Good Stewardship Working Group. The "Top 5" lists in primary care: meeting the responsibility of professionalism. Arch Intern Med. 2011; 171: 1385-1390 [C,II] 21606090

Grady D. The "top 5" health care activities for which less is more: comment on "the 'top 5' lists in primary care". Arch Intern Med. 2011; 171: 1390 [AO,II] 21824955

Loo TS, Davis RB, Lipsitz LA, Irish J, Bates CK, Agarwal K, et al. Electronic medical record reminders and panel management to improve primary care of elderly patients. Arch Intern Med. 2011; 171: 1552-1558 [EC,I] 21949163

Sirovich BE, Woloshin S, Schwartz LM. Too little? Too much? Primary care physicians' views on US health care: a brief report. Arch Intern Med. 2011; 171: 1582-1585 [T,I] 21949169

Aguilar AL, Vera M, Outomuro A, Cabrera R, Martín M, Bernardo T. La salud de los médicos de familia: ¿practicamos lo que predicamos? Aten Primaria. 2011; 43: 305-311 [T,I] 21239086

Rodríguez LC, Ferrándiz J, Muñoz JJ, Mora G, García G, Alonso MT. Medidas organizativas y práctica asistencial. Una perspectiva desde los centros de salud. Aten Primaria. 2011; 43: 409-416 [T,I] 21334768

Coll JM; Grupo de Trabajo de Autonomía de Gestión. La autonomía de gestión: ¿nuestra última oportunidad? Aten Primaria. 2011; 43: 455-456 [AO,I] 21802788

Van Weel C. The web of science subject category 'primary health care'. Fam Pract. 2011; 28: 351 [AO,I] 21791529

Heijmans M, Olde Hartman TC, van Weel-Baumgarten E, Dowrick C, Lucassen PL, van Weel C. Experts' opinions on the management of medically unexplained symptoms in primary care. A qualitative analysis of narrative reviews and scientific editorials. Fam Pract. 2011; 28: 444-455 [M,II] 21368064

Kersnik J, Klemenc-Ketis Z, Petek-Ster M, Tusek-Bunc K, Poplas-Susic T, Kolsek M. Family doctors' views of pharmaceutical sales representatives: assessment scale development. Fam Pract. 2011; 28: 456-460 [T,I] 21292626

- Liira H. Patient information for better health outcomes in primary care. *Scand J Prim Health Care*. 2011; 29: 65-66 [AO,I] 21526920
- RIESGO CARDIOVASCULAR.** Incluye: tabaco, dislipemias, hipertensión, obesidad, ejercicio físico, nutrición/dietética.
- Powers BJ, Olsen MK, Smith VA, Woolson RF, Bosworth HB, Oddone EZ. Measuring blood pressure for decision making and quality reporting: where and how many measures? *Ann Intern Med*. 2011; 154: 781-788 [EC,II] 21690592
- Appel LJ, Miller ER 3rd, Charleston J. Improving the measurement of blood pressure: is it time for regulated standards? *Ann Intern Med*. 2011; 154: 838-839 [AO,II] 21690599
- Mant J, Al-Mohammad A, Swain S, Laramée P; for the Guideline Development Group. Management of chronic heart failure in adults: synopsis of the National Institute for Health and Clinical Excellence Guideline. *Ann Intern Med*. 2011; 155: 252-259 [M,III] 21844551
- Chou R, Arora B, Dana T, Fu R, Walker M, Humphrey L. Screening asymptomatic adults with resting or exercise electrocardiography: a review of the evidence for the u.s. Preventive services task force. *Ann Intern Med*. 2011; 155: 375-385 [M,II] 21930855
- Choudhry NK, Fischer MA, Avorn J, Liberman JN, Schneeweiss S, Pakes J, et al. The implications of therapeutic complexity on adherence to cardiovascular medications. *Arch Intern Med*. 2011; 171: 814-822 [S,I] 21555659
- Hackam DG, Shojania KG, Spence JD, Alter DA, Beanlands RS, Dresser GK, et al. Influence of noninvasive cardiovascular imaging in primary prevention: systematic review and meta-analysis of randomized trials. *Arch Intern Med*. 2011; 171: 977-982 [M,II] 21403010
- White WB, Petry NM. Home blood pressure monitoring as an intervention to control hypertension: comment on "home blood pressure management and improved blood pressure control". *Arch Intern Med*. 2011; 171: 1181-1182 [AO,I] 21747014
- Bosworth HB, Powers BJ, Olsen MK, McCant F, Grubber J, Smith V, et al. Home blood pressure management and improved blood pressure control: results from a randomized controlled trial. *Arch Intern Med*. 2011; 171: 1173-1180 [EC,I] 21747013
- McEvoy JW, Blaha MJ, Nasir K, Yoon YE, Choi EK, Cho IS, et al. Impact of coronary computed tomographic angiography results on patient and physician behavior in a low-risk population. *Arch Intern Med*. 2011; 171: 1260-1268 [CC,I] 21606093
- Lauer MS. Pseudodisease, the next great epidemic in coronary atherosclerosis?: comment on "impact of coronary computed tomographic angiography results on patient and physician behavior in a low-risk population". *Arch Intern Med*. 2011; 171: 1268-1269 [AO,I] 21606092
- Abellán J, Díaz MA, Hernández ML, Galindo SB, Iserte AD, Clavos NM, et al. Evaluación y control de los hipertensos diabéticos atendidos en centros de Atención Primaria de España. Estudio BRAND II. *Aten Primaria*. 2011; 43: 297-304 [T,I] 21237535
- Baena-Díez JM, Gómez-Fernández C, Vilató-García M, Vázquez-Lazo EJ, Byram AO, Vidal-Solsona M. Registro del historial farmacoterapéutico de la historia clínica informatizada en pacientes con hipertensión arterial: un nuevo instrumento para valorar la adherencia terapéutica. *Aten Primaria*. 2011; 43: 336-342 [T,I] 21339021
- Ferro-Rey MB, Roca-Cusachs A, Sicras-Mainar A, Alvarez-Martín C, de Salas-Cansado M. Las combinaciones fijas en hipertensión: análisis de impacto presupuestario para el Sistema Nacional de Salud Español de la comercialización de la combinación fija de olmesartan/amlodipino. *Aten Primaria*. 2011; 43: 345-355 [CE,I] 21216500
- Sicras A, Navarro R, Díaz S, Martí B, Sanz V. Tasas de abstinencia de vareniclina frente a bupropión y terapia sustitutiva con nicotina en la cesación del tabaco en atención primaria. *Aten Primaria*. 2011; 43: 482-489 [S,I] 21382649
- Hunter RJ, Schilling RJ. New European guidelines on atrial fibrillation. *BMJ*. 2011; 342: d897 [AO,I] 21339282
- Bolland MJ, Grey A, Avenell A, Gamble GD, Reid IR. Calcium supplements with or without vitamin D and risk of cardiovascular events: reanalysis of the Women's Health Initiative limited access dataset and meta-analysis. *BMJ*. 2011; 342: d2040 [M,II] 21505219
- Abrahamsen B, Sahota O. Do calcium plus vitamin D supplements increase cardiovascular risk? *BMJ*. 2011; 342: d2080 [R,I] 21505220
- Hobbs FD. Angiotensin receptor blockers and cardiovascular outcomes. *BMJ*. 2011; 342: d2193 [AO,I] 21527455
- Bangalore S, Kumar S, Wetterslev J, Messerli FH. Angiotensin receptor blockers and risk of myocardial infarction: meta-analyses and trial sequential analyses of 147 020 patients from randomised trials. *BMJ*. 2011; 342: d2234 [M,II] 21521728
- Charlot M, Grove EL, Hansen PR, Olesen JB, Ahlehoff O, Selmer C, et al. Proton pump inhibitor use and risk of adverse cardiovascular events in aspirin treated patients with first time myocardial infarction: nationwide propensity score matched study. *BMJ*. 2011; 342: d2690 [S,II] 21562004
- Passacuale G, Ferro A. Oral antiplatelet agents clopidogrel and prasugrel for the prevention of cardiovascular events. *BMJ*. 2011; 342: d3488 [R,I] 21685436
- Gurwitz JH. NSAIDs and atrial fibrillation. *BMJ*. 2011; 343: d2495 [AO,I] 21727166

- Schmidt M, Christiansen CF, Mehnert F, Rothman KJ, Sørensen HT. Non-steroidal anti-inflammatory drug use and risk of atrial fibrillation or flutter: population based case-control study. *BMJ*. 2011; 343: d3450 [CC,I]  
21727167
- Hodgkinson J, Mant J, Martin U, Guo B, Hobbs FD, Deeks JJ, et al. Relative effectiveness of clinic and home blood pressure monitoring compared with ambulatory blood pressure monitoring in diagnosis of hypertension: systematic review. *BMJ*. 2011; 342: d3621 [M,II]  
21705406
- Norheim OF, Gjelsvik B, Klemsdal TO, Madsen S, Meland E, Narvesen S, et al. Norway's new principles for primary prevention of cardiovascular disease: age differentiated risk thresholds. *BMJ*. 2011; 343: d3626 [T,I]  
21752853
- Hobbs FD, Roalfe AK, Lip GY, Fletcher K, Fitzmaurice DA, Mant J; on behalf of the Birmingham Atrial Fibrillation in the Aged (BAFTA) investigators and Midland Research Practices Consortium (MidReC) network. Performance of stroke risk scores in older people with atrial fibrillation not taking warfarin: comparative cohort study from BAFTA trial. *BMJ*. 2011; 342: d3653 [S,I]  
21700651
- Douketis JD, Iorio A. The association between venous thromboembolism and physical inactivity in everyday life. *BMJ*. 2011; 343: d3865 [AO,I]  
21727168
- Kabrhel C, Varraso R, Goldhaber SZ, Rimm E, Camargo CA Jr. Physical inactivity and idiopathic pulmonary embolism in women: prospective study. *BMJ*. 2011; 343: d3867 [S,I]  
21727169
- Biondi-Zoccai G, Landoni G. Discontinuation of aspirin for secondary prevention. *BMJ*. 2011; 343: d3942 [AO,I]  
21771830
- García LA, Cea-Soriano L, Martín-Merino E, Johansson S. Discontinuation of low dose aspirin and risk of myocardial infarction: case-control study in UK primary care. *BMJ*. 2011; 343: d4094 [CC,I]  
21771831
- Barton P, Andronis L, Briggs A, McPherson K, Capewell S. Effectiveness and cost effectiveness of cardiovascular disease prevention in whole populations: modelling study. *BMJ*. 2011; 343: d4044 [CE,II]  
21798967
- Flynn NO, Timmis A, Henderson R, Rajesh S, Fenu E; on behalf of the Guideline Development Group. Management of stable angina: summary of NICE guidance. *BMJ*. 2011; 343: d4147 [M,II]  
21821647
- Slagman MC, Waanders F, Hemmelder MH, Woittiez AJ, Janssen WM, Lambers HJ, et al; for the HONEST (HOLLand NEphrology Study) Group. Moderate dietary sodium restriction added to angiotensin converting enzyme inhibition compared with dual blockade in lowering proteinuria and blood pressure: randomised controlled trial. *BMJ*. 2011; 343: d4366 [EC,II]  
21791491
- Cappuccio FP, Capewell S, Lincoln P, McPherson K. Policy options to reduce population salt intake. *BMJ*. 2011; 343: d4995 [R,II]  
21835876
- Buitrago-Lopez A, Sanderson J, Johnson L, Warnakula S, Wood A, Di Angelantonio E, et al. Chocolate consumption and cardiometabolic disorders: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2011; 343: d4488 [M,I]  
21875885
- Krause T, Lovibond K, Caulfield M, McCormack T, Williams B; on behalf of the Guideline Development Group. Management of hypertension: summary of NICE guidance. *BMJ*. 2011; 343: d4891 [M,III]  
21868454
- Ritchie LD, Campbell NC, Murchie P. New NICE guidelines for hypertension. *BMJ*. 2011; 343: d5644 [AO,II]  
21900351
- Mozaffarian D, Capewell S. United Nations' dietary policies to prevent cardiovascular disease. *BMJ*. 2011; 343: d5747 [AO,II]  
21917832
- De Keulenaer GW, Brutsaert DL. Systolic and diastolic heart failure are overlapping phenotypes within the heart failure spectrum. *Circulation*. 2011; 123: 1996-2005 [AO,I]  
21555722
- Kim HN, Januzzi JL Jr. Natriuretic peptide testing in heart failure. *Circulation*. 2011; 123: 2015-2019 [AO,I]  
21555724
- Wright RS, Anderson JL, Adams CD, Bridges CR, Casey DE Jr, Ettinger SM, et al. 2011 Writing Group Members. 2011 ACCF/AHA focused update incorporated into the ACC/AHA 2007 Guidelines for the management of patients with unstable angina/non-ST-elevation myocardial infarction (updating the 2007 Guideline): a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation*. 2011; 123: 2022-2060 [M,II]  
21444889
- Miller M, Stone NJ, Ballantyne C, Bittner V, Criqui MH, Ginsberg HN, et al; on behalf of the American Heart Association Clinical Lipidology, Thrombosis, and Prevention Committee of the Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism, Council on Arteriosclerosis, Thrombosis and Vascular Biology, Council on Cardiovascular N. Triglycerides and cardiovascular disease: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2011; 123: 2292-2333 [M,II]  
21502576
- Anderson JL, Adams CD, Antman EM, Bridges CR, Califf RM, Casey DE Jr, et al. 2011 ACCF/AHA focused update incorporated into the ACC/AHA 2007 Guidelines for the management of patients with unstable angina/non-ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation*. 2011; 123: e426-e579 [M,II]  
21444888
- Aronow WS, Fleg JL, Pepine CJ, Artinian NT, Bakris G, Brown AS, et al. ACCF/AHA 2011 Expert Consensus Document on Hypertension in the Elderly: a report of the American College of Cardiology Foundation Task Force on Clinical Expert Consensus Documents. *Circulation*. 2011; 123: 2434-2506 [M,III]  
21518977
- Avrom J. The relative cost-effectiveness of anticoagulants: obvious, except for the cost and the effectiveness. *Circulation*. 2011; 123: 2519-2521 [AO,I]  
21606400

- Shah SV, Gage BF. Cost-effectiveness of dabigatran for stroke prophylaxis in atrial fibrillation. *Circulation*. 2011; 123: 2562-2570 [CE,II]  
21606397
- Baggish AL, Wood MJ. Athlete's heart and cardiovascular care of the athlete: scientific and clinical update. *Circulation*. 2011; 123: 2723-2735 [R,I]  
21670241
- Balagopal PB, de Ferranti SD, Cook S, Daniels SR, Gidding SS, Hayman LL, et al; on behalf of the American Heart Association Committee on Atherosclerosis; Hypertension and Obesity in Youth of the Council on Cardiovascular Disease in the Young; Council on Nutrition, Physical Activity and Metabolism, and Council on Epidemiology and Prevention. Nontraditional risk factors and biomarkers for cardiovascular disease: mechanistic, research, and clinical considerations for youth: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2011; 123: 2749-2769 [M,II]  
21555711
- Deedwania PC. Blood pressure control in diabetes mellitus: is lower always better, and how low should it go? *Circulation*. 2011; 123: 2776-2778 [AO,I]  
21690500
- Bangalore S, Kumar S, Lobach I, Messerli FH. Blood pressure targets in subjects with type 2 diabetes mellitus/impaired fasting glucose: observations from traditional and bayesian random-effects meta-analyses of randomized trials. *Circulation*. 2011; 123: 2799-2810 [M,II]  
21632497
- Slivi K, Stewart S, Gersh BJ. Hypertension: a global perspective. *Circulation*. 2011; 123: 2892-2896 [AO,I]  
21690504
- Ezekowitz MD, Aikens TH, Nagarakanti R, Shapiro T. Atrial fibrillation: outpatient presentation and management. *Circulation*. 2011; 124: 95-99 [R,I]  
21730322
- Smith SC Jr. Reducing the global burden of ischemic heart disease and stroke: a challenge for the cardiovascular community and the United nations. *Circulation*. 2011; 124: 278-279 [AO,I]  
21730302
- Kim AS, Johnston SC. Global variation in the relative burden of stroke and ischemic heart disease. *Circulation*. 2011; 124: 314-323 [T,I]  
21730306
- Seet RC, Friedman PA, Rabinstein AA. Prolonged rhythm monitoring for the detection of occult paroxysmal atrial fibrillation in ischemic stroke of unknown cause. *Circulation*. 2011; 124: 477-486 [R,I]  
21788600
- Ockene JK, Schneider KL, Lemon SC, Ockene IS. Can we improve adherence to preventive therapies for cardiovascular health? *Circulation*. 2011; 124: 1276-1282 [AO,I]  
21911795
- Hill MD, Coutts SB. Preventing stroke after transient ischemic attack. *CMAJ*. 2011; 183: 1127-1128 [AO,I]  
21646467
- Perry JJ, Sharma M, Sivilotti ML, Sutherland J, Symington C, Worster A, et al. Prospective validation of the ABCD2 score for patients in the emergency department with transient ischemic attack. *CMAJ*. 2011; 183: 1137-1145 [S,I]  
21646462
- Zamora D, Gordon-Larsen P, He K, Jacobs DR Jr, Shikany JM, Popkin BM. Are the 2005 dietary guidelines for americans associated with reduced risk of type 2 diabetes and cardiometabolic risk factors?: twenty-year findings from the CARDIA study. *Diabetes Care*. 2011; 34: 1183-1185 [S,I]  
21478463
- Agarwal S, Morgan T, Herrington DM, Xu J, Cox AJ, Freedman BI, et al. Coronary calcium score and prediction of all-cause mortality in diabetes: the diabetes heart study. *Diabetes Care*. 2011; 34: 1219-1224 [S,II]  
21398528
- Chudyk A, Petrella RJ. Effects of exercise on cardiovascular risk factors in type 2 diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care*. 2011; 34: 1228-1237 [M,II]  
21525503
- Ginsberg HN. The ACCORD (Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes) Lipid trial: what we learn from subgroup analyses. *Diabetes Care*. 2011; 34 Suppl 2: S107-S108 [AO,II]  
21525439
- Nilsson PM, Cederholm J. Diabetes, hypertension, and outcome studies: overview 2010. *Diabetes Care*. 2011; 34 Suppl 2: S109-S113 [R,I]  
21525440
- Scheen AJ. Sibutramine on cardiovascular outcome. *Diabetes Care*. 2011; 34 Suppl 2: S114-S119 [AO,I]  
21525441
- Pistrosch F, Natali A, Hanefeld M. Is hyperglycemia a cardiovascular risk factor? *Diabetes Care*. 2011; 34 Suppl 2: S128-S131 [R,I]  
21525443
- Nicolucci A, Standl E. Antiplatelet therapy for every diabetic person? *Diabetes Care*. 2011; 34 Suppl 2: S150-S154 [AO,I]  
21525447
- Oh J, Teoh H, Leiter LA. Should C-reactive protein be a target of therapy? *Diabetes Care*. 2011; 34 Suppl 2: S155-S160 [R,I]  
21525448
- Dicker D. DPP-4 inhibitors: impact on glycemic control and cardiovascular risk factors. *Diabetes Care*. 2011; 34 Suppl 2: S276-S278 [AO,I]  
21525468
- Parati G, Bilo G, Ochoa JE. Benefits of tight blood pressure control in diabetic patients with hypertension: importance of early and sustained implementation of effective treatment strategies. *Diabetes Care*. 2011; 34 Suppl 2: S297-S303 [R,I]  
21525472
- Mancia G, Grassi G, Zanchetti A. Antihypertensive treatment and blood pressure in diabetic and nondiabetic patients: the lower, the better? *Diabetes Care*. 2011; 34 Suppl 2: S304-S307 [AO,I]  
21525473
- Grossman E. Blood pressure: the lower, the better: the con side. *Diabetes Care*. 2011; 34 Suppl 2: S308-S312 [AO,I]  
21525474

- Grossman E, Verdecchia P, Shamiss A, Angeli F, Reboldi G. Diuretic treatment of hypertension. *Diabetes Care*. 2011; 34 Suppl 2: S313-S319 [R,I] 21525475
- Bitzur R. Diabetes and cardiovascular disease: when it comes to lipids, statins are all you need. *Diabetes Care*. 2011; 34 Suppl 2: S380-S382 [AO,I] 21525486
- Hermida RC, Ayala DE, Mojón A, Fernández JR. Influence of time of day of blood pressure-lowering treatment on cardiovascular risk in hypertensive patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2011; 34: 1270-1276 [EC,I] 21617110
- Okada S, Morimoto T, Ogawa H, Kanauchi M, Nakayama M, Uemura S, et al; for the Japanese Primary Prevention of Atherosclerosis With Aspirin for Diabetes (JPAD) Trial Investigators. Differential effect of low-dose aspirin for primary prevention of atherosclerotic events in diabetes management: a subanalysis of the JPAD trial. *Diabetes Care*. 2011; 34: 1277-1283 [EC,I] 21515838
- Ford ES. Trends in the risk for coronary heart disease among adults with diagnosed diabetes in the u.s.: findings from the national health and nutrition examination survey, 1999-2008. *Diabetes Care*. 2011; 34: 1337-1343 [S,II] 21505207
- Wing RR, Lang W, Wadden TA, Safford M, Knowler WC, Bertoni AG, Hill JO, Brancati FL, et al; the Look AHEAD Research Group. Benefits of modest weight loss in improving cardiovascular risk factors in overweight and obese individuals with type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2011; 34: 1481-1486 [T,I] 21593294
- Vepsäläinen T, Soinio M, Marniemi J, Lehto S, Juutilainen A, Laakso M, et al. Physical activity, high-sensitivity C-reactive protein, and total and cardiovascular disease mortality in type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2011; 34: 1492-1496 [S,I] 21602429
- Barzilay JI, Gao P, Rydén L, Schumacher H, Probstfield J, Commerford P, et al; on behalf of the TRANSCEND Investigators. Effects of telmisartan on glucose levels in people at high risk for cardiovascular disease but free from diabetes: the TRANSCEND study. *Diabetes Care*. 2011; 34: 1902-1907 [EC,I] 21788624
- Wang H, Shara NM, Lee ET, Devereux R, Calhoun D, de Simone G, et al. Hemoglobin a1c, fasting glucose, and cardiovascular risk in a population with high prevalence of diabetes: the strong heart study. *Diabetes Care*. 2011; 34: 1952-1958 [S,I] 21788631
- Eliasson B, Cederholm J, Eeg-Olofsson K, Svensson AM, Zethelius B, Gudbjörnsdóttir S; on behalf of the National Diabetes Register. Clinical usefulness of different lipid measures for prediction of coronary heart disease in type 2 diabetes: a report from the Swedish National Diabetes Register. *Diabetes Care*. 2011; 34: 2095-2100 [T,I] 21775750
- Marmot M. Fruit and vegetable intake reduces risk of fatal coronary heart disease. *Eur Heart J*. 2011; 32: 1182-1183 [AO,I] 21245489
- Capewell S, O'Flaherty M. Can dietary changes rapidly decrease cardiovascular mortality rates? *Eur Heart J*. 2011; 32: 1187-1189 [AO,I] 21367835
- Crowe FL, Roddam AW, Key TJ, Appleby PN, Overvad K, Jakobsen MU, et al; European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC)-Heart Study Collaborators. Fruit and vegetable intake and mortality from ischaemic heart disease: results from the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC)-Heart study. *Eur Heart J*. 2011; 32: 1235-1243 [S,II] 21245490
- Genders TS, Steyerberg EW, Alkadhi H, Leschka S, Desbiolles L, Nieman K, et al; The CAD Consortium. A clinical prediction rule for the diagnosis of coronary artery disease: validation, updating, and extension. *Eur Heart J*. 2011; 32: 1316-1330 [T,I] 21367834
- Chapman MJ, Ginsberg HN, Amarenco P, Andreotti F, Borén J, Catapano AL, et al; for the European Atherosclerosis Society Consensus Panel. Triglyceride-rich lipoproteins and high-density lipoprotein cholesterol in patients at high risk of cardiovascular disease: evidence and guidance for management. *Eur Heart J*. 2011; 32: 1345-1361 [M,II] 21531743
- Mills EJ, O'Regan C, Eyawo O, Wu P, Mills F, Berwanger O, et al. Intensive statin therapy compared with moderate dosing for prevention of cardiovascular events: a meta-analysis of >40 000 patients. *Eur Heart J*. 2011; 32: 1409-1415 [M,I] 21385791
- Redon J, Olsen MH, Cooper RS, Zurriaga O, Martinez-Beneito MA, Laurent S, et al. Stroke mortality and trends from 1990 to 2006 in 39 countries from Europe and Central Asia: implications for control of high blood pressure. *Eur Heart J*. 2011; 32: 1424-1431 [T,II] 21487117
- Ruilope LM, Bakris GL. Renal function and target organ damage in hypertension. *Eur Heart J*. 2011; 32: 1599-1604 [R,I] 21444366
- Natarajan P, Cannon CP. Myocardial infarction vaccine? Evidence supporting the influenza vaccine for secondary prevention. *Eur Heart J*. 2011; 32: 1701-1703 [R,II] 21406438
- Developed with the special contribution of: European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation; Authors/Task Force Members, Reiner Z, Catapano AL, De Backer G, Graham I, Taskinen MR, Wiklund O, et al; ESC Committee for Practice Guidelines (CPG) 2008-2010 and 2010-2012 Committees, Bax J, Vahanian A, Auricchio A, Baumgartner H, Ceconi C, Dean V, et al. ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: The Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Atherosclerosis Society (EAS). *Eur Heart J*. 2011; 32: 1769-1818 [M,III] 21712404
- Gore MO, McGuire DK. Resolving drug effects from class effects among drugs for type 2 diabetes mellitus: more support for cardiovascular outcome assessments. *Eur Heart J*. 2011; 32: 1832-1834 [AO,I] 21471136

- Steffel J, Braunwald E. Novel oral anticoagulants: focus on stroke prevention and treatment of venous thrombo-embolism. *Eur Heart J*. 2011; 32: 1968-1976 [R,II] 21421599
- Elias-Smale SE, Wieberdink RG, Odink AE, Hofman A, Hunink MG, Koudstaal PJ, et al. Burden of atherosclerosis improves the prediction of coronary heart disease but not cerebrovascular events: The Rotterdam Study. *Eur Heart J*. 2011; 32: 2050-2058 [S,I] 21606087
- Wieloch M, Sjalander A, Frykman V, Rosenqvist M, Eriksson N, Svensson PJ. Anticoagulation control in Sweden: reports of time in therapeutic range, major bleeding, and thromboembolic complications from the national quality registry Auricula. *Eur Heart J*. 2011; 32: 2282-2289 [T,II] 21616951
- Kaffashian S, Dugravot A, Nabi H, Batty GD, Brunner E, Kivimäki M, et al. Predictive utility of the Framingham general cardiovascular disease risk profile for cognitive function: evidence from the Whitehall II study. *Eur Heart J*. 2011; 32: 2326-2332 [T,I] 21606085
- Galvin R, Geraghty C, Motterlini N, Dimitrov BD, Fahey T. Prognostic value of the ABCD2 clinical prediction rule: a systematic review and meta-analysis. *Fam Pract*. 2011; 28: 366-376 [M,II] 21486940
- Mostaza JM, Lahoz C, Garcia-Iglesias F, Estirado E, Ruiz-Rivas J, Gonzalez-Alegre T et al. Uso de las estatinas en prevención primaria. *Inf Ter Sist Nac Salud*. 2011; 35: 46-56 [R,II]
- Grøntved A, Hu FB. Television viewing and risk of type 2 diabetes, cardiovascular disease, and all-cause mortality: a meta-analysis. *JAMA*. 2011; 305: 2448-2455 [M,II] 21673296
- Shapses SA, Manson JE. Vitamin D and prevention of cardiovascular disease and diabetes: why the evidence falls short. *JAMA*. 2011; 305: 2565-2566 [R,I] 21693745
- Jenkins DJ, Jones PJ, Lamarche B, Kendall CW, Faulkner D, Cernakova L, et al. Effect of a dietary portfolio of cholesterol-lowering foods given at 2 levels of intensity of dietary advice on serum lipids in hyperlipidemia: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2011; 306: 831-839 [EC,I] 21862744
- Stroke care—a work in progress. *Lancet*. 2011; 377: 1625 [AO,I] 21571128
- Salt and cardiovascular disease mortality. *Lancet*. 2011; 377: 1626 [AO,I] 21571130
- Rothwell PM, Algra A, Amarencu P. Medical treatment in acute and long-term secondary prevention after transient ischaemic attack and ischaemic stroke. *Lancet*. 2011; 377: 1681-1692 [R,I] 21571151
- Langhorne P, Bernhardt J, Kwakkel G. Stroke rehabilitation. *Lancet*. 2011; 377: 1693-1702 [R,I] 21571152
- Britton J. Taxing tobacco profits to prevent the smoking epidemic. *Lancet*. 2011; 377: 2063-2064 [AO,I] 21377201
- Bennett DA, Emberson JR. Text messaging in smoking cessation: the txt2stop trial. *Lancet*. 2011; 378: 6-7 [AO,I] 21722951 2
- Free C, Knight R, Robertson S, Whittaker R, Edwards P, Zhou W, et al. Smoking cessation support delivered via mobile phone text messaging (txt2stop): a single-blind, randomised trial. *Lancet*. 2011; 378: 49-55 [EC,II] 21722952
- Cardiovascular disease in women—often silent and fatal. *Lancet*. 2011; 378: 200 [AO,I] 21763919
- Rimm EB, Stampfer MJ. Folate and cardiovascular disease: one size does not fit all. *Lancet*. 2011; 378: 544-546 [AO,I] 21803413
- On the horizon in heart failure. *Lancet*. 2011; 378: 637 [AO,I] 21856462
- Dickstein K. Cardiac myosin activation: will theory and practice coincide? *Lancet*. 2011; 378: 639-641 [AO,I] 21856465
- Blaha MJ, Budoff MJ, DeFilippis AP, Blankstein R, Rivera JJ, Agatston A, et al. Associations between C-reactive protein, coronary artery calcium, and cardiovascular events: implications for the JUPITER population from MESA, a population-based cohort study. *Lancet*. 2011; 378: 684-692 [S,II] 21856482
- Shah AM, Mann DL. In search of new therapeutic targets and strategies for heart failure: recent advances in basic science. *Lancet*. 2011; 378: 704-712 [R,I] 21856484
- Anker SD, Koehler F, Abraham WT. Telemedicine and remote management of patients with heart failure. *Lancet*. 2011; 378: 731-739 [AO,I] 21856487
- Mullin S. Global anti-smoking campaigns urgently needed. *Lancet*. 2011; 378: 970-971 [AO,I] 21741699
- De la Sierra A, González-Segura D; en representación de los Investigadores del estudio SINERGIA (eStudio de la distribución y del manejo del Riesgo cardiovascular en hipertensión Arterial). Factores de riesgo en los pacientes con hipertensión arterial sin eventos cardiovasculares previos. *Med Clin (Barc)*. 2011; 136: 559-564 [T,I] 21397279
- Sobrino J, Domenech M, Camafort M, Vinyoles E, Coca A; en nombre de los investigadores del grupo ESTHEN. Prevalencia de hipertensión arterial enmascarada en una cohorte de pacientes hipertensos controlados en España. *Med Clin (Barc)*. 2011; 136: 607-612 [S,I] 21440916
- Aguilar-Shea AL, Calvo E, Zamorano JL. Grosor íntimo-medial carotídeo y su relación con la función SCORE en España. *Med Clin (Barc)*. 2011; 136: 653-658 [T,I] 21397278



- Gorostidi M, de la Sierra A. Tratamiento de la hipertensión arterial en el paciente muy anciano. *Med Clin (Barc)*. 2011; 137: 111-112 [R,I]  
21397924
- Ruiz A, Gordillo FJ, Arranz E, Hermosa JC. Optimización fármaco-económica del tratamiento de la hipercolesterolemia con estatinas. *Med Clin (Barc)*. 2011; 137: 119-125 [R,I]  
21074814
- Royo MA, Lobos JM, Millán J, Villar F, Brotons C, Camafort M, et al; en nombre del Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular (CEIPC). Dislipidemias: un reto pendiente en prevención cardiovascular. Documento de consenso CEIPC/SEA. *Med Clin (Barc)*. 2011; 137: 30.e1-e13 [M,II]  
21511309
- Benito L, Hoyo J, Montroig A, Fornés B, Fluxà G, Martí D, et al. Estudio sobre los efectos adversos de los fármacos antiarrítmicos en pacientes con fibrilación auricular atendidos en un Centro de Atención Primaria. *Med Clin (Barc)*. 2011; 137: 241-246 [T,I]  
21621799
- De Diego C, Almendral J. El tratamiento de la fibrilación auricular: ¿una cuestión de perspectiva? *Med Clin (Barc)*. 2011; 137: 257-258 [AO,I]  
21565366
- Wechsler LR. Intravenous thrombolytic therapy for acute ischemic stroke. *N Engl J Med*. 2011; 364: 2138-2146 [AO,I]  
21631326
- O'Connor CM, Starling RC, Hernandez AF, Armstrong PW, Dickstein K, Hasselblad V, et al. Effect of nesiritide in patients with acute decompensated heart failure. *N Engl J Med*. 2011; 365: 32-43 [EC,I]  
21732835
- Cobb NK, Abrams DB. E-cigarette or drug-delivery device? Regulating novel nicotine products. *N Engl J Med*. 2011; 365: 193-195 [AO,I]  
21774706
- Polak JF, Pencina MJ, Pencina KM, O'Donnell CJ, Wolf PA, D'Agostino RB Sr. Carotid-wall intima-media thickness and cardiovascular events. *N Engl J Med*. 2011; 365: 213-221 [S,I]  
21774709
- Egan A, Colman E. Weighing the benefits of high-dose simvastatin against the risk of myopathy. *N Engl J Med*. 2011; 365: 285-287 [R,I]  
21675881
- Goldfine AB, Kaul S, Hiatt WR. Fibrates in the treatment of dyslipidemias--time for a reassessment. *N Engl J Med*. 2011; 365: 481-484 [R,I]  
21830963
- Granger CB, Alexander JH, McMurray JJ, Lopes RD, Hylek EM, Hanna M, et al; ARISTOTLE Committees and Investigators. Apixaban versus warfarin in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med*. 2011; 365: 981-992 [EC,II]  
21870978
- Mega JL. A new era for anticoagulation in atrial fibrillation. *N Engl J Med*. 2011; 365: 1052-1054 [AO,II]  
21870977
- Fiore MC, Baker TB. Treating smokers in the health care setting. *N Engl J Med*. 2011; 365: 1222-1231 [T,I]
- West R, Zatonski W, Cedzynska M, Lewandowska D, Pazik J, Aveyard P et al. Placebo-controlled trial of cytisine for smoking cessation. *N Engl J Med*. 2011; 365: 1193-1200 [EC,I]
- Collinson PO. Determinación de péptido natriurético tipo B aminoterminal urinario en pacientes con insuficiencia cardíaca: ¿autopista o carretera secundaria? *Rev Esp Cardiol*. 2011; 64: 355-357 [AO,I]  
21477913
- Marrugat J, Vila J, Baena-Díez JM, Grau M, Sala J, Ramos R, et al. Validez relativa de la estimación del riesgo cardiovascular a 10 años en una cohorte poblacional del estudio REGICOR. *Rev Esp Cardiol*. 2011; 64: 385-394 [S,I]  
21482004
- Bossaert LL. Perspectiva sobre las guías de reanimación de 2010 del European Resuscitation Council: la necesidad de hacerlo mejor. *Rev Esp Cardiol*. 2011; 64: 445-450 [R,II]  
21530053
- Liew G, Wang JJ. Manifestaciones vasculares retinianas: ¿reflejan el estado del corazón? *Rev Esp Cardiol*. 2011; 64: 515-521 [R,I]  
21530054
- Falces C, Andrea R, Heras M, Vehí C, Sorribes M, Sanchis L, et al. Integración entre cardiología y atención primaria: impacto sobre la práctica clínica. *Rev Esp Cardiol*. 2011; 64: 564-571 [T,I]  
21640459
- Cordero A, Bertomeu-Martínez V, Mazón P, Fácila L, Bertomeu-González V, Cosín J, et al. Factores asociados a la falta de control de la hipertensión arterial en pacientes con y sin enfermedad cardiovascular. *Rev Esp Cardiol*. 2011; 64: 587-593 [T,I]  
21640460
- Vega J, Román S, Garcipérez FJ, Vicente L, Pacheco N, Zamorano J, et al. Enfermedad arterial periférica: eficacia del método oscilométrico. *Rev Esp Cardiol*. 2011; 64: 619-621 [T,I]  
21435772
- Banerjee A, Marín F, Lip GY. Avances incompletos en la estratificación del riesgo de ictus en la fibrilación auricular. *Rev Esp Cardiol*. 2011; 64: 639-641 [AO,I]  
21684058
- Jackson CF, Wenger NK. Enfermedad cardiovascular en el anciano. *Rev Esp Cardiol*. 2011; 64: 697-712 [R,I]  
21723657
- Llisterri JL, Polo J, Martí JC, Barrios V. Nuevas estrategias terapéuticas para la prevención del ictus en pacientes con fibrilación auricular: perspectiva desde atención primaria. *Semergen*. 2011; 37: 352-359 [R,I]

**DIABETES**

- Bennett WL, Maruthur NM, Singh S, Segal JB, Wilson LM, Chatterjee R, et al. Comparative effectiveness and safety of medications for type 2 diabetes: an update including new drugs and 2-drug combinations. *Ann Intern Med*. 2011; 154: 602-613 [M,II]  
21403054

- Abellán J, Díaz MA, Hernández ML, Galindo SB, Iserte AD, Claros NM, et al. Evaluación y control de los hipertensos diabéticos atendidos en centros de Atención Primaria de España. Estudio BRAND II. *Aten Primaria*. 2011; 43: 297-304 [T,I]  
21237535
- Ariza C, Gavara V, Muñoz A, Aguera F, Soto M, Lorca JR. Mejora en el control de los diabéticos tipo 2 tras una intervención conjunta: educación diabetológica y ejercicio físico. *Aten Primaria*. 2011; 43: 398-406 [EC,I]  
21349603
- Birulés M. Ensayo clínico comunitario en diabéticos tipo 2: beneficios de la educación sanitaria asociada a ejercicio físico. *Aten Primaria*. 2011; 43: 407-408 [AO,I]  
21722993
- Pickup JC, Freeman SC, Sutton AJ. Glycaemic control in type 1 diabetes during real time continuous glucose monitoring compared with self monitoring of blood glucose: meta-analysis of randomised controlled trials using individual patient data. *BMJ*. 2011; 343: d3805 [M,II]  
21737469
- Farmer A, Fox R. Diagnosis, classification, and treatment of diabetes. *BMJ*. 2011; 342: d3319 [AO,I]  
21659368
- Gale EA, Yudkin JS. Commentary: Politics of affordable insulin. *BMJ*. 2011; 343: d5675 [AO,I]  
21917829
- Sawicki PT. Commentary: Does additional benefit justify additional costs of insulin analogues? *BMJ*. 2011; 343: d5858 [AO,I]  
21917837
- Deedwania PC. Blood pressure control in diabetes mellitus: is lower always better, and how low should it go? *Circulation*. 2011; 123: 2776-2778 [AO,I]  
21690500
- Bangalore S, Kumar S, Lobach I, Messerli FH. Blood pressure targets in subjects with type 2 diabetes mellitus/impaired fasting glucose: observations from traditional and bayesian random-effects meta-analyses of randomized trials. *Circulation*. 2011; 123: 2799-2810 [M,II]  
21632497
- Zamora D, Gordon-Larsen P, He K, Jacobs DR Jr, Shikany JM, Popkin BM. Are the 2005 dietary guidelines for americans associated with reduced risk of type 2 diabetes and cardiometabolic risk factors?: twenty-year findings from the CARDIA study. *Diabetes Care*. 2011; 34: 1183-1185 [S,I]  
21478463
- Chudyk A, Petrella RJ. Effects of exercise on cardiovascular risk factors in type 2 diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care*. 2011; 34: 1228-1237 [M,II]  
21525503
- Ginsberg HN. The ACCORD (Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes) Lipid trial: what we learn from subgroup analyses. *Diabetes Care*. 2011; 34 Suppl 2: S107-S108 [AO,II]  
21525439
- Nilsson PM, Cederholm J. Diabetes, hypertension, and outcome studies: overview 2010. *Diabetes Care*. 2011; 34 Suppl 2: S109-S113 [R,I]  
21525440
- Standl E, Schnell O, Ceriello A. Postprandial hyperglycemia and glycemic variability: should we care? *Diabetes Care*. 2011; 34 Suppl 2: S120-S127 [R,I]  
21525442
- Pistrosch F, Natali A, Hanefeld M. Is hyperglycemia a cardiovascular risk factor? *Diabetes Care*. 2011; 34 Suppl 2: S128-S131 [R,I]  
21525443
- Nicolucci A, Standl E. Antiplatelet therapy for every diabetic person? *Diabetes Care*. 2011; 34 Suppl 2: S150-S154 [AO,II]  
21525447
- Oh J, Teoh H, Leiter LA. Should C-reactive protein be a target of therapy? *Diabetes Care*. 2011; 34 Suppl 2: S155-S160 [R,I]  
21525448
- Bonora E, Tuomilehto J. The pros and cons of diagnosing diabetes with A1C. *Diabetes Care*. 2011; 34 Suppl 2: S184-S190 [AO,II]  
21525453
- DeFronzo RA, Abdul-Ghani M. Type 2 diabetes can be prevented with early pharmacological intervention. *Diabetes Care*. 2011; 34 Suppl 2: S202-S209 [R,II]  
21525456
- Tuomilehto J, Schwarz P, Lindström J. Long-term benefits from lifestyle interventions for type 2 diabetes prevention: time to expand the efforts. *Diabetes Care*. 2011; 34 Suppl 2: S210-S214 [R,I]  
21525457
- Bolli GB, Lucidi P, Porcellati F, Fanelli CG. Pivotal role of timely basal insulin replacement after metformin failure in sustaining long-term blood glucose control at a target in type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2011; 34 Suppl 2: S220-S224 [R,I]  
21525459
- Lebovitz HE. Insulin: potential negative consequences of early routine use in patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2011; 34 Suppl 2: S225-S230 [AO,I]  
21525460
- Miccoli R, Penno G, Del Prato S. Multidrug treatment of type 2 diabetes: a challenge for compliance. *Diabetes Care*. 2011; 34 Suppl 2: S231-S235 [R,I]  
21525461
- Cernea S, Raz I. Therapy in the early stage: incretins. *Diabetes Care*. 2011; 34 Suppl 2: S264-S271 [R,I]  
21525466
- Dicker D. DPP-4 inhibitors: impact on glycemic control and cardiovascular risk factors. *Diabetes Care*. 2011; 34 Suppl 2: S276-S278 [AO,I]  
21525468
- Parati G, Bilo G, Ochoa JE. Benefits of tight blood pressure control in diabetic patients with hypertension: importance of early and sustained implementation of effective treatment strategies. *Diabetes Care*. 2011; 34 Suppl 2: S297-S303 [R,I]  
21525472
- Mancia G, Grassi G, Zanchetti A. Antihypertensive treatment and blood pressure in diabetic and nondiabetic patients: the lower, the better? *Diabetes Care*. 2011; 34 Suppl 2: S304-S307 [AO,I]  
21525473

- Grossman E. Blood pressure: the lower, the better: the con side. *Diabetes Care.* 2011; 34 Suppl 2: S308-S312 [AO,I] 21525474
- Heerspink HJ, Holtkamp FA, de Zeeuw D, Ravid M. Monitoring kidney function and albuminuria in patients with diabetes. *Diabetes Care.* 2011; 34 Suppl 2: S325-S329 [R,I] 21525477
- Bitzur R. Diabetes and cardiovascular disease: when it comes to lipids, statins are all you need. *Diabetes Care.* 2011; 34 Suppl 2: S380-S382 [AO,I] 21525486
- Hu FB. Globalization of diabetes: the role of diet, lifestyle, and genes. *Diabetes Care.* 2011; 34: 1249-1257 [R,I] 21617109
- Hermida RC, Ayala DE, Mojón A, Fernández JR. Influence of time of day of blood pressure-lowering treatment on cardiovascular risk in hypertensive patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care.* 2011; 34: 1270-1276 [EC,I] 21617110
- Okada S, Morimoto T, Ogawa H, Kanauchi M, Nakayama M, Uemura S, et al; for the Japanese Primary Prevention of Atherosclerosis With Aspirin for Diabetes (JPAD) Trial Investigators. Differential effect of low-dose aspirin for primary prevention of atherosclerotic events in diabetes management: a subanalysis of the JPAD trial. *Diabetes Care.* 2011; 34: 1277-1283 [EC,I] 21515838
- Rognant N, Lemoine S, Laville M, Hadj-Aïssa A, Dubourg L. Performance of the chronic kidney disease epidemiology collaboration equation to estimate glomerular filtration rate in diabetic patients. *Diabetes Care.* 2011; 34: 1320-1322 [T,I] 21540431
- Huang ES, Liu JY, Moffet HH, John PM, Karter AJ. Glycemic control, complications, and death in older diabetic patients: the diabetes and aging study. *Diabetes Care.* 2011; 34: 1329-1336 [S,I] 21505211
- Ford ES. Trends in the risk for coronary heart disease among adults with diagnosed diabetes in the u.s.: findings from the national health and nutrition examination survey, 1999-2008. *Diabetes Care.* 2011; 34: 1337-1343 [S,II] 21505207
- Brambilla P, La Valle E, Falbo R, Limonta G, Signorini S, Cappellini F, et al. Normal fasting plasma glucose and risk of type 2 diabetes. *Diabetes Care.* 2011; 34: 1372-1374 [S,I] 21498787
- Sacks DB, Arnold M, Bakris GL, Bruns DE, Horvath AR, Kirkman MS, et al. Position statement executive summary: guidelines and recommendations for laboratory analysis in the diagnosis and management of diabetes mellitus. *Diabetes Care.* 2011; 34: 1419-1423 [M,II] 21617111
- Boulé NG, Robert C, Bell GJ, Johnson ST, Bell RC, Lewanczuk RZ, et al. Metformin and exercise in type 2 diabetes: examining treatment modality interactions. *Diabetes Care.* 2011; 34: 1469-1474 [EC,I] 21602430
- Wing RR, Lang W, Wadden TA, Safford M, Knowler WC, Bertoni AG, Hill JO, Brancati FL, et al; the Look AHEAD Research Group. Benefits of modest weight loss in improving cardiovascular risk factors in overweight and obese individuals with type 2 diabetes. *Diabetes Care.* 2011; 34: 1481-1486 [T,I] 21593294
- Vepsäläinen T, Soinio M, Marniemi J, Lehto S, Juutilainen A, Laakso M, et al. Physical activity, high-sensitivity C-reactive protein, and total and cardiovascular disease mortality in type 2 diabetes. *Diabetes Care.* 2011; 34: 1492-1496 [S,I] 21602429
- Ponsonby AL, Sun C, Ukoumunne OC, Pezic A, Venn A, Shaw JE, et al. Objectively measured physical activity and the subsequent risk of incident dysglycemia: The Australian Diabetes, Obesity and Lifestyle Study (AusDiab). *Diabetes Care.* 2011; 34: 1497-1502 [S,I] 21562319
- Vehik K, Cuthbertson D, Ruhlig H, Schatz DA, Peakman M, Krischer JP; for the DPT-1 and TrialNet Study Groups. Long-term outcome of individuals treated with oral insulin: Diabetes Prevention Trial-Type 1 (DPT-1) oral insulin trial. *Diabetes Care.* 2011; 34: 1585-1590 [S,I] 21610124
- O'Connor PJ, Bodkin NL, Fradkin J, Glasgow RE, Greenfield S, Gregg E, et al. Diabetes performance measures: current status and future directions. *Diabetes Care.* 2011; 34: 1651-1659 [R,I] 21709298
- Hernandez TL, Friedman JE, Van Pelt RE, Barbour LA. Patterns of glycemia in normal pregnancy: should the current therapeutic targets be challenged? *Diabetes Care.* 2011; 34: 1660-1668 [R,I] 21709299
- Kahn SE, Utzschneider KM. What's next for diabetes prevention? *Diabetes Care.* 2011; 34: 1678-1680 [R,I] 21709302
- Jenkins DJ, Kendall CW, Banach MS, Srichaikul K, Vidgen E, Mitchell S, et al. Nuts as a replacement for carbohydrates in the diabetic diet. *Diabetes Care.* 2011; 34: 1706-1711 [EC,I] 21715526
- Laitteerapong N, Karter AJ, Liu JY, Moffet HH, Sudore R, Schilling D, et al. Correlates of quality of life in older adults with diabetes: the diabetes & aging study. *Diabetes Care.* 2011; 34: 1749-1753 [T,I] 21636795
- Hu Y, Li L, Xu Y, Yu T, Tong G, Huang H, et al. Short-term intensive therapy in newly diagnosed type 2 diabetes partially restores both insulin sensitivity and {beta}-cell function in subjects with long-term remission. *Diabetes Care.* 2011; 34: 1848-1853 [EC,II] 21680726
- Schmid R, Vollenweider P, Waeber G, Marques-Vidal P. Estimating the risk of developing type 2 diabetes: a comparison of several risk scores: the cohorte lausannoise study. *Diabetes Care.* 2011; 34: 1863-1868 [T,I] 21636799
- Barzilay JI, Gao P, Rydén L, Schumacher H, Probstfield J, Commerford P, et al; on behalf of the TRANSCEND Investigators. Effects of telmisartan on glucose levels in people at high risk for cardiovascular disease but free from diabetes:

- the TRANSCEND study. *Diabetes Care*. 2011; 34: 1902-1907 [EC,I]  
21788624
- The InterAct Consortium. Mediterranean diet and type 2 diabetes risk in the European Prospective Investigation Into Cancer and Nutrition (EPIC) study: the InterAct project. *Diabetes Care*. 2011; 34: 1913-1918 [S,I]  
21788627
- Vermunt PW, Milder IE, Wieleaard F, de Vries JH, van Oers HA, Westert GP. Lifestyle counseling for type 2 diabetes risk reduction in dutch primary care: results of the APHRODITE study after 0.5 and 1.5 years. *Diabetes Care*. 2011; 34: 1919-1925 [S,I]  
21775759
- Quinn CC, Shardell MD, Terrin ML, Barr EA, Ballew SH, Gruber-Baldini AL. Cluster-randomized trial of a mobile phone personalized behavioral intervention for blood glucose control. *Diabetes Care*. 2011; 34: 1934-1942 [EC,I]  
21788632
- Wang H, Shara NM, Lee ET, Devereux R, Calhoun D, de Simone G, et al. Hemoglobin a1c, fasting glucose, and cardiovascular risk in a population with high prevalence of diabetes: the strong heart study. *Diabetes Care*. 2011; 34: 1952-1958 [S,I]  
21788631
- Power C, Thomas C. Changes in BMI, duration of overweight and obesity, and glucose metabolism: 45 years of follow-up of a birth cohort. *Diabetes Care*. 2011; 34: 1986-1991 [S,II]  
21775760
- Hellemons ME, Persson F, Bakker SJ, Rossing P, Parving HH, De Zeeuw D, et al. Initial angiotensin receptor blockade-induced decrease in albuminuria is associated with long-term renal outcome in type 2 diabetic patients with microalbuminuria: a post hoc analysis of the IRMA-2 trial. *Diabetes Care*. 2011; 34: 2078-2083 [T,I]  
21788629
- Eliasson B, Cederholm J, Eeg-Olofsson K, Svensson AM, Zethelius B, Gudbjörnsdóttir S; on behalf of the National Diabetes Register. Clinical usefulness of different lipid measures for prediction of coronary heart disease in type 2 diabetes: a report from the Swedish National Diabetes Register. *Diabetes Care*. 2011; 34: 2095-2100 [T,I]  
21775750
- Gore MO, McGuire DK. Resolving drug effects from class effects among drugs for type 2 diabetes mellitus: more support for cardiovascular outcome assessments. *Eur Heart J*. 2011; 32: 1832-1834 [AO,I]  
21471136
- Rutter MK, Nesto RW. Blood pressure, lipids and glucose in type 2 diabetes: how low should we go? Re-discovering personalized care. *Eur Heart J*. 2011; 32: 2247-2255 [R,I]  
21705358
- Grøntved A, Hu FB. Television viewing and risk of type 2 diabetes, cardiovascular disease, and all-cause mortality: a meta-analysis. *JAMA*. 2011; 305: 2448-2455 [M,II]  
21673296
- Bongartz T, Kudva Y. Can treatment of chronic inflammatory diseases reduce the risk of diabetes mellitus? *JAMA*. 2011; 305: 2573-2574 [AO,I]  
21693749
- Leung L, Riutta T, Kotecha J, Rosser W. Chronic constipation: an evidence-based review. *J Am Board Fam Med*. 2011; 24: 436-451 [M,I]  
21737769
- Misra S, Hancock M, Meeran K, Dornhorst A, Oliver NS. HbA1c: an old friend in new clothes. *Lancet*. 2011; 377: 1476-1477 [AO,II]  
21354611
- Tobias M. Global control of diabetes: information for action. *Lancet*. 2011; 378: 3-4 [AO,I]  
21705073
- Bennett DA, Emberson JR. Text messaging in smoking cessation: the txt2stop trial. *Lancet*. 2011; 378: 6-7 [AO,I]  
21722951
- Danaei G, Finucane MM, Lu Y, Singh GM, Cowan MJ, Paciorek CJ, et al; Global Burden of Metabolic Risk Factors of Chronic Diseases Collaborating Group (Blood Glucose). National, regional, and global trends in fasting plasma glucose and diabetes prevalence since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 370 country-years and 2.7 million participants. *Lancet*. 2011; 378: 31-40 [M,II]  
21705069
- Free C, Knight R, Robertson S, Whittaker R, Edwards P, Zhou W, et al. Smoking cessation support delivered via mobile phone text messaging (txt2stop): a single-blind, randomised trial. *Lancet*. 2011; 378: 49-55 [EC,II]  
21722952
- Hu FB. Diet and exercise for new-onset type 2 diabetes? *Lancet*. 2011; 378: 101-102 [AO,I]  
2170507
- Misra A, Garg S. HbA1c and blood glucose for the diagnosis of diabetes. *Lancet*. 2011; 378: 104-106 [AO,II]  
21705066
- Andrews RC, Cooper AR, Montgomery AA, Norcross AJ, Peters TJ, Sharp DJ, et al. Diet or diet plus physical activity versus usual care in patients with newly diagnosed type 2 diabetes: the Early ACTID randomised controlled trial. *Lancet*. 2011; 378: 129-139 [EC,II]  
21705068
- Heianza Y, Hara S, Arase Y, Saito K, Fujiwara K, Tsuji H, et al. HbA1c 5.7-6.4% and impaired fasting plasma glucose for diagnosis of prediabetes and risk of progression to diabetes in Japan (TOPICS 3): a longitudinal cohort study. *Lancet*. 2011; 378: 147-155 [S,II]  
21705064
- Mathieu C, Gillard P. Arresting type 1 diabetes after diagnosis: GAD is not enough. *Lancet*. 2011; 378: 291-292 [AO,I]  
21715000
- Wherrett DK, Bundy B, Becker DJ, DiMeglio LA, Gitelman SE, Goland R, et al; Type 1 Diabetes TrialNet GAD Study Group. Antigen-based therapy with glutamic acid decarboxylase (GAD) vaccine in patients with recent-onset type 1 diabetes: a randomised double-blind trial. *Lancet*. 2011; 378: 319-327 [EC,I]  
21714999
- Romero-Aroca P. Factores de riesgo y efecto de los fármacos administrados por vía sistémica sobre la retinopatía diabética. *Med Clin (Barc)*. 2011; 137: 161-162 [R,I]  
21397923

- Chew EY. Fatty acids and retinopathy. *N Engl J Med.* 2011; 364: 1970-1971 [AO,I]  
21591950
- Cebul RD, Love TE, Jain AK, Hebert CJ. Electronic health records and quality of diabetes care. *N Engl J Med.* 2011; 365: 825-833 [T,II]  
21879900
- Aschim B, Lundevall S, Martinsen EW, Frich JC. General practitioners' experiences using cognitive behavioural therapy in general practice: A qualitative study. *Scand J Prim Health Care.* 2011; 29: 176-180 [C,I]  
21861599
- CÁNCER.** Incluye: mama, cérvix, próstata, colon, otros.
- Schousboe JT, Kerlikowske K, Loh A, Cummings SR. Personalizing mammography by breast density and other risk factors for breast cancer: analysis of health benefits and cost-effectiveness. *Ann Intern Med.* 2011; 155: 10-20 [CE,II]  
21727289
- Mandelblatt JS, Stout N, Trentham-Dietz A. To screen or not to screen women in their 40s for breast cancer: is personalized risk-based screening the answer? *Ann Intern Med.* 2011; 155: 58-60 [AO,II]  
21727294
- Moyer VA; on behalf of the U.S. Preventive Services Task Force. Screening for bladder cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med.* 2011; 155: 246-251 [M,III]  
21844550
- Tang KL, Eurich DT, Minhas-Sandhu JK, Marrie TJ, Majumdar SR. Incidence, correlates, and chest radiographic yield of new lung cancer diagnosis in 3398 patients with pneumonia. *Arch Intern Med.* 2011; 171: 1193-1198 [S,I]  
21518934
- Aranda J, Aguilar-Shea AL, Marín JC. ¿Podemos estar tranquilos ante una colonoscopia sin lesiones? *Cáncer colorrectal de intervalo. Aten Primaria.* 2011; 43: 333-335 [R,I]  
21497420
- Redman C, Duffy S, Bromham N, Francis K; on behalf of the Guideline Development Group. Recognition and initial management of ovarian cancer: summary of NICE guidance. *BMJ.* 2011; 342: d2073 [M,II]  
21511784
- Steckelberg A, Hülfenhaus C, Haastert B, Mühlhauser I. Effect of evidence based risk information on "informed choice" in colorectal cancer screening: randomised controlled trial. *BMJ.* 2011; 342: d3193 [EC,I]  
21636633
- Autier P, Boniol M, Gavin A, Vatten LJ. Breast cancer mortality in neighbouring European countries with different levels of screening but similar access to treatment: trend analysis of WHO mortality database. *BMJ.* 2011; 343: d4411 [T,II]  
21798968
- Jones A, Ellis P. Potential withdrawal of bevacizumab for the treatment of breast cancer. *BMJ.* 2011; 343: d4946 [R,I]  
21816748
- Stratton J, Godwin M. The effect of supplemental vitamins and minerals on the development of prostate cancer: a systematic review and meta-analysis. *Fam Pract.* 2011; 28: 243-252 [M,I]  
21273283
- Renzi C, Mastroeni S, Mannooranparampil TJ, Passarelli F, Pasquini P. Timely diagnosis of cutaneous squamous cell carcinoma: the GP's role. *Fam Pract.* 2011; 28: 277-279 [T,I]  
21127020
- Ferro T, Borràs JM. Una bola de nieve está creciendo en los servicios sanitarios: los pacientes supervivientes de cáncer. *Gac Sanit.* 2011; 25: 240-245 [R,I]  
21353346
- Salas D. Cribado del cáncer colorrectal: Fortalezas para avanzar en el cribado en España. *Gac Sanit.* 2011; 25: 329-330 [R,II]  
21715063
- Segura A. Cribado del cáncer colorrectal: No es lo mismo predicar que dar trigo, ni se empieza la casa por el tejado. *Gac Sanit.* 2011; 25: 331-332 [AO,II]  
21715061
- Zubiaurre L, Bujanda L. Aspirina en la prevención del cáncer colorrectal. *Gastroenterol Hepatol.* 2011; 34: 337-345 [R,I]  
21435744
- Núñez O, Matilla A, Merino B, Díaz A, Colón A, Ramón E, et al. Estudio descriptivo de la experiencia sobre carcinoma hepatocelular en hígado no cirrótico. *Gastroenterol Hepatol.* 2011; 34: 322-338 [S,I]  
21530005
- Zorzi M, Fedato C, Grazzini G, Stocco FC, Banovich F, Bortoli A, et al. High sensitivity of five colorectal screening programmes with faecal immunochemical test in the Veneto Region, Italy. *Gut.* 2011; 60: 944-949 [T,I]  
21193461
- Buys SS, Partridge E, Black A, Johnson CC, Lamerato L, Isaacs C, et al; PLCO Project Team. Effect of screening on ovarian cancer mortality: the Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian (PLCO) Cancer Screening Randomized Controlled Trial. *JAMA.* 2011; 305: 2295-2303 [EC,II]  
21642681
- Acheson LS. Recording, interpreting, and updating the family history of cancer: implications for cancer prevention. *JAMA.* 2011; 306: 208-210 [AO,I]  
21750302
- Robinson JK, Bigby M. Prevention of melanoma with regular sunscreen use. *JAMA.* 2011; 306: 302-303 [AO,I]  
21712528
- Freedman ND, Silverman DT, Hollenbeck AR, Schatzkin A, Abnet CC. Association between smoking and risk of bladder cancer among men and women. *JAMA.* 2011; 306: 737-745 [S,I]  
21846855
- New guidelines for early detection of ovarian cancer. *Lancet.* 2011; 377: 1544 [AO,I]  
21550466
- Portenoy RK. Treatment of cancer pain. *Lancet.* 2011; 377: 2236-2247 [R,I]  
21704873

- Feliu J, Virizueta JA. El seguimiento en los supervivientes de cáncer: una responsabilidad compartida. *Med Clin (Barc)*. 2011; 137: 163-165 [R,I]  
21596399
- Feliu J, Virizueta JA. El seguimiento en los supervivientes de cáncer: una responsabilidad compartida. *Med Clin (Barc)*. 2011; 137: 163-165 [AO,I]  
21596399
- Theoret MR, Ning YM, Zhang JJ, Justice R, Keegan P, Pazdur R. The risks and benefits of 5 $\alpha$ -reductase inhibitors for prostate-cancer prevention. *N Engl J Med*. 2011; 365: 97-99 [R,I]  
21675880
- Aberle DR, Adams AM, Berg CD, Black WC, Clapp JD, Fagerstrom RM, et al; National Lung Screening Trial Research Team. Reduced lung-cancer mortality with low-dose computed tomographic screening. *N Engl J Med*. 2011; 365: 395-409 [EC,II]  
21714641 11
- Sox HC. Better evidence about screening for lung cancer. *N Engl J Med*. 2011; 365: 455-457 [AO,I]  
21714644 23
- INFECCIOSAS.** Incluye: VIH/SIDA, tuberculosis, tropicales, enfermedades de declaración obligatoria, hepatitis, vacunas, infecciones urinarias, neumonías.
- Dieffenbach CW, Fauci AS. Thirty Years of HIV and AIDS: Future Challenges and Opportunities. *Ann Intern Med*. 2011; 154: 766-771 [R,II]  
21628350
- Beerepoot MA, Ter Riet G, Nys S, van der Wal WM, de Borgie CA, de Reijke TM, et al. Cranberries vs antibiotics to prevent urinary tract infections: a randomized double-blind noninferiority trial in premenopausal women. *Arch Intern Med*. 2011; 171: 1270-1278 [EC,I]  
21788542
- Gurley BJ. Cranberries as antibiotics?: Comment on "Cranberries vs antibiotics to prevent urinary tract infections: a randomized double-blind noninferiority trial in premenopausal women". *Arch Intern Med*. 2011; 171: 1279-1280 [AO,I]  
21788543
- Aronoff SC. How useful are laboratory tests in diagnosing serious infections in febrile children? *BMJ*. 2011; 342: d2782 [AO,I]  
21653620
- Settle C, Kerr KG. Diarrhoea after broad spectrum antimicrobials. *BMJ*. 2011; 342: d3798 [R,I]  
21708921
- Cormican M, Murphy AW, Vellinga A. Interpreting asymptomatic bacteriuria. *BMJ*. 2011; 343: d4780 [R,I]  
21816734
- Graham DY, Fischbach LA. Empiric therapies for *Helicobacter pylori* infections. *CMAJ*. 2011; 183: E506-E508 [R,I]  
21343269
- Albanna AS, Menzies D. Drug-resistant tuberculosis: what are the treatment options? *Drugs*. 2011; 71: 815-825 [R,II]  
21568360
- Venkatesh KK, Swaminathan S, Andrews JR, Mayer KH. Tuberculosis and HIV co-infection: screening and treatment strategies. *Drugs*. 2011; 71: 1133-1152 [R,II]  
21711060
- Llor C, Rabanaque G, López A, Cots JM. The adherence of GPs to guidelines for the diagnosis and treatment of lower urinary tract infections in women is poor. *Fam Pract*. 2011; 28: 294-299 [T,I]  
21127022
- Vallès X, Carnicer-Pont D, Casabona J. Estudios de contactos para infecciones de transmisión sexual. ¿Una actividad descuidada? *Gac Sanit*. 2011; 25: 224-232 [M,I]  
21420203
- Godoy P. La vigilancia y el control de las infecciones de transmisión sexual: todavía un problema pendiente. *Gac Sanit*. 2011; 25: 263-266 [AO,I]  
21715057 5 23
- Mearin F, Balboa A. Trastornos funcionales digestivos post-infecciosos: del episodio agudo a la molestia crónica. *Gastroenterol Hepatol*. 2011; 34: 415-421 [R,I]  
21641686
- Kranzer K. Improving tuberculosis diagnostics and treatment. *Lancet*. 2011; 377: 1467-1468 [AO,I]  
21507476
- Samandari T, Agizew TB, Nyirenda S, Tedla Z, Sibanda T, Shang N, et al. 6-month versus 36-month isoniazid preventive treatment for tuberculosis in adults with HIV infection in Botswana: a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet*. 2011; 377: 1588-1598 [EC,II]  
21492926
- HIV treatment as prevention—it works. *Lancet*. 2011; 377: 1719 [AO,I]  
21601691
- Confalonieri M, Meduri GU. Glucocorticoid treatment in community-acquired pneumonia. *Lancet*. 2011; 377: 1982-1984 [AO,I]  
21636121
- Meijvis SC, Hardeman H, Remmelts HH, Heijligenberg R, Rijkers GT, van Velzen-Blad H, et al. Dexamethasone and length of hospital stay in patients with community-acquired pneumonia: a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet*. 2011; 377: 2023-2030 [EC,I]  
21636122
- A strategic revolution in HIV and global health. *Lancet*. 2011; 377: 2055 [AO,I]  
21684364
- A new era for global tuberculosis control? *Lancet*. 2011; 378: 2 [AO,I]  
21724022
- Cohen T, Corbett EL. Test and treat in HIV: success could depend on rapid detection. *Lancet*. 2011; 378: 204-206 [AO,I]  
21684592
- Mayer KH. Antiretrovirals for HIV prevention: translating promise into praxis. *Lancet*. 2011; 378: 206-208 [AO,I]  
21763922
- Montaner JS. Treatment as prevention—a double hat-trick. *Lancet*. 2011; 378: 208-209 [AO,I]  
21763923

Padian NS, McCoy SI, Karim SS, Hasen N, Kim J, Bartos M, et al. HIV prevention transformed: the new prevention research agenda. *Lancet*. 2011; 378: 269-278 [R,II]  
21763938

Schouten EJ, Jahn A, Midiani D, Makombe SD, Mnthambala A, Chirwa Z, et al. Prevention of mother-to-child transmission of HIV and the health-related Millennium Development Goals: time for a public health approach. *Lancet*. 2011; 378: 282-284 [R,II]  
21763940

Carlet J, Collignon P, Goldmann D, Goossens H, Gyssens IC, Harbarth S, et al. Society's failure to protect a precious resource: antibiotics. *Lancet*. 2011; 378: 369-371 [R,II]  
21477855

Mazzoleni LE, Francesconi CF, Sander GB. Mass eradication of *Helicobacter pylori*: feasible and advisable? *Lancet*. 2011; 378: 462-464 [AO,I]  
21777975

Nelson PK, Mathers BM, Cowie B, Hagan H, Des Jarlais D, Horyniak D, et al. Global epidemiology of hepatitis B and hepatitis C in people who inject drugs: results of systematic reviews. *Lancet*. 2011; 378: 571-583 [M,II]  
21802134

Cohen MS, Shaw GM, McMichael AJ, Haynes BF. Acute HIV-1 Infection. *N Engl J Med*. 2011; 364: 1943-1954 [R,I]  
21591946

Arora S, Thornton K, Murata G, Deming P, Kalishman S, Dion D, et al. Outcomes of treatment for hepatitis C virus infection by primary care providers. *N Engl J Med*. 2011; 364: 2199-2207 [S,I]  
21631316

Rosen HR. Clinical practice. Chronic hepatitis C infection. *N Engl J Med*. 2011; 364: 2429-2438 [R,I]  
21696309

Bern C. Antitrypanosomal therapy for chronic Chagas' disease. *N Engl J Med*. 2011; 364: 2527-2534 [AO,I]  
21714649

Martinson NA, Barnes GL, Moulton LH, Msandiwa R, Hausler H, Ram M, et al. New regimens to prevent tuberculosis in adults with HIV infection. *N Engl J Med*. 2011; 365: 11-20 [EC,I]  
21732833

Madhi SA, Nachman S, Violari A, Kim S, Cotton MF, Bobat R, et al; P1041 Study Team. Primary isoniazid prophylaxis against tuberculosis in HIV-exposed children. *N Engl J Med*. 2011; 365: 21-31 [EC,I]  
21732834

Montini G, Tullus K, Hewitt I. Febrile urinary tract infections in children. *N Engl J Med*. 2011; 365: 239-250 [R,I]  
21774712

Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, Gamble T, Hosseinipour MC, Kumarasamy N, et al; HPTN 052 Study Team. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *N Engl J Med*. 2011; 365: 493-505 [EC,II]  
21767103

Hammer SM. Antiretroviral treatment as prevention. *N Engl J Med*. 2011; 365: 561-562 [AO,I]  
21767102

Lallemant M, Chang S, Cohen R, Pecoul B. Pediatric HIV--a neglected disease? *N Engl J Med*. 2011; 365: 581-583 [AO,II]  
21848457

Albert RK, Connett J, Bailey WC, Casaburi R, Cooper JA Jr, Criner GJ, et al; COPD Clinical Research Network. Azithromycin for prevention of exacerbations of COPD. *N Engl J Med*. 2011; 365: 689-698 [EC,II]  
21864166

## ASMA/BRONQUITIS CRÓNICA

Gershon A, Croxford R, To T, Stanbrook MB, Upshur R, Sanchez-Romeu P, et al. Comparison of inhaled long-acting  $\beta$ -agonist and anticholinergic effectiveness in older patients with chronic obstructive pulmonary disease: a cohort study. *Ann Intern Med*. 2011; 154: 583-592 [S,I]  
21536937

Burgos F. La espirometría forzada de calidad en Atención Primaria, impacto en el tratamiento de la EPOC. *Arch Bronconeumol*. 2011; 47: 224-225 [AO,I]  
21489672

Monteagudo M, Rodriguez-Blanco T, Parcet J, Peñalver N, Rubio C, Ferrer M, et al. Variabilidad en la realización de la espirometría y sus consecuencias en el tratamiento de la EPOC en Atención Primaria. *Arch Bronconeumol*. 2011; 47: 226-233 [T,I]  
21295903

Miravittles M. Corticoides inhalados en la EPOC por fenotipo en lugar de por gravedad. Argumentos a favor. *Arch Bronconeumol*. 2011; 47: 271-273 [AO,I]

Stephenson A, Seitz D, Bell CM, Gruneir A, Gershon AS, Austin PC, et al. Inhaled anticholinergic drug therapy and the risk of acute urinary retention in chronic obstructive pulmonary disease: a population-based study. *Arch Intern Med*. 2011; 171: 914-920 [CC,I]  
21606096

Singh S, Furberg CD. Inhaled anticholinergics for chronic obstructive pulmonary disease: comment on "inhaled anticholinergic drug therapy and the risk of acute urinary retention in chronic obstructive pulmonary disease". *Arch Intern Med*. 2011; 171: 920-922 [AO,I]  
21606097

Short PM, Lipworth SI, Elder DH, Schembri S, Lipworth BJ. Effect of  $\beta$  blockers in treatment of chronic obstructive pulmonary disease: a retrospective cohort study. *BMJ*. 2011; 342: d2549 [S,II]  
21558357

Kazani S, Israel E. Treatment with  $\beta$  blockers in people with COPD. *BMJ*. 2011; 342: d2655 [R,I]  
21558358

Singh S, Loke YK, Enright PL, Furberg CD. Mortality associated with tiotropium mist inhaler in patients with chronic obstructive pulmonary disease: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*. 2011; 342: d3215 [M,II]  
21672999

Koster ES, Van der Ent CK, Uiterwaal CS, Verheij TJ, Raaijmakers JA, Maitland-van der Zee AH. Asthma medication use in

- infancy: determinants related to prescription of drug therapy. *Fam Pract.* 2011; 28: 377-384 [S,I]  
21292627
- Stapleton M, Howard-Thompson A, George C, Hoover RM, Self TH. Smoking and asthma. *J Am Board Fam Med.* 2011; 24: 313-322 [R,I]  
21551404
- Price D, Musgrave SD, Shepstone L, Hillyer EV, Sims EJ, Gilbert RF, et al. Leukotriene antagonists as first-line or add-on asthma-controller therapy. *N Engl J Med.* 2011; 364: 1695-1707 [EC,I]  
21542741
- Dahlén SE, Dahlén B, Drazen JM. Asthma treatment guidelines meet the real world. *N Engl J Med.* 2011; 364: 1769-1770 [AO,I]  
21542748
- Chowdhury BA, Seymour SM, Levenson MS. Assessing the safety of adding LABAs to inhaled corticosteroids for treating asthma. *N Engl J Med.* 2011; 364: 2473-2475 [AO,I]  
21714647
- Albert RK, Connett J, Bailey WC, Casaburi R, Cooper JA Jr, Criner GJ, et al; COPD Clinical Research Network. Azithromycin for prevention of exacerbations of COPD. *N Engl J Med.* 2011; 365: 689-698 [EC,II]  
21864166
- Fingleton J, Weatherall M, Beasley R. Towards individualised treatment in COPD. *Thorax.* 2011; 66: 363-364 [R,I]  
21248321
- García-Aymerich J, Gámez FP, Benet M, Farrero E, Basagaña X, Gayete A, et al; on behalf of the PAC-COPD Study Group. Identification and prospective validation of clinically relevant chronic obstructive pulmonary disease (COPD) subtypes. *Thorax.* 2011; 66: 430-437 [S,I]  
21177668
- Peacock JL, Anderson HR, Bremner SA, Marston L, Seemungal TA, Strachan DP, Wedzicha JA. Outdoor air pollution and respiratory health in patients with COPD. *Thorax.* 2011; 66: 591-596 [T,I]  
21459856
- Govender N, Lalloo UG, Naidoo RN. Occupational exposures and chronic obstructive pulmonary disease: a hospital based case-control study. *Thorax.* 2011; 66: 597-601 [CC,I]  
21502099
- SALUD MENTAL.** Incluye: demencias, y drogodependencias ilegales y legales (no tabaquismo).
- Stangier U, Schramm E, Heidenreich T, Berger M, Clark DM. Cognitive therapy vs interpersonal psychotherapy in social anxiety disorder: a randomized controlled trial. *Arch Gen Psychiatry.* 2011; 68: 692-700 [EC,I]  
21727253
- Swanson SA, Crow SJ, Le Grange D, Swendsen J, Merikangas KR. Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents: results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Arch Gen Psychiatry.* 2011; 68: 714-723 [T,II]  
21383252
- Arcelus J, Mitchell AJ, Wales J, Nielsen S. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: a meta-analysis of 36 studies. *Arch Gen Psychiatry.* 2011; 68: 724-731 [M,II]  
21727255
- Buysse DJ, Germain A, Moul DE, Franzen PL, Brar LK, Fletcher ME, et al. Efficacy of brief behavioral treatment for chronic insomnia in older adults. *Arch Intern Med.* 2011; 171: 887-895 [EC,I]  
21263078
- Neylan TC. Time to disseminate cognitive behavioral treatment of insomnia: comment on "efficacy of brief behavioral treatment for chronic insomnia in older adults". *Arch Intern Med.* 2011; 171: 895-896 [AO,I]  
21263076
- Aragonès E, Piñol JL, López-Cortacans G, Hernández JM, Caballero A. Actitudes y opiniones de los médicos de familia frente a la depresión: una aproximación con el Depression Attitudes Questionnaire (DAQ) Aten Primaria. 2011; 43: 312-318 [T,I]  
21232826
- Olazarán J. ¿Puede diagnosticarse la demencia en la Atención Primaria? *Aten Primaria.* 2011; 43: 377-384 [AO,I]  
21339019
- Guerra F, Diéguez M. Psicoterapia en Atención Primaria: a propósito de un caso de trastorno somatomorfo tratado con terapia interpersonal. *Aten Primaria.* 2011; 43: 440-446 [T,I]  
21377242
- Falloon K, Arroll B, Elley CR, Fernando A 3rd. The assessment and management of insomnia in primary care. *BMJ.* 2011; 342: d2899 [R,I]  
21622505
- Dyson C, Austin T, Lees C. Could routine cardiocography reduce long term cognitive impairment? *BMJ.* 2011; 342: d3120 [R,I]  
21628365
- Rosenberg PB, Lyketsos CG. Treating agitation in dementia. *BMJ.* 2011; 343: d3913 [R,I]  
21765197
- Coupland C, Dhiman P, Morriss R, Arthur A, Barton G, Hippisley-Cox J. Antidepressant use and risk of adverse outcomes in older people: population based cohort study. *BMJ.* 2011; 343: d4551 [S,I]  
21810886
- Hickie IB. Antidepressants in elderly people. *BMJ.* 2011; 343: d4660 [AO,I]  
21810887
- Cowen PJ. Has psychopharmacology got a future? *Br J Psychiatry.* 2011; 198: 333-335 [AO,I]  
21525514
- Young AH. More good news about the magic ion: lithium may prevent dementia. *Br J Psychiatry.* 2011; 198: 336-337 [AO,I]  
21525515
- Colom F. Keeping therapies simple: psychoeducation in the prevention of relapse in affective disorders. *Br J Psychiatry.* 2011; 198: 338-340 [AO,I]  
21525516



- Bhui K, Dinos S. Preventive psychiatry: a paradigm to improve population mental health and well-being. *Br J Psychiatry*. 2011; 198: 417-419 [AO,I]  
21628700
- Walters K, Buszewicz M, Weich S, King M. Mixed anxiety and depressive disorder outcomes: prospective cohort study in primary care. *Br J Psychiatry*. 2011; 198: 472-478 [S,I]  
21628709
- Young AH, Macpherson H. Detection of bipolar disorder. *Br J Psychiatry*. 2011; 199: 3-4 [R,I]  
21719873
- Treasure J, Russell G. The case for early intervention in anorexia nervosa: theoretical exploration of maintaining factors. *Br J Psychiatry*. 2011; 199: 5-7 [EC,I]  
21719874
- Weich S, Brugha T, King M, McManus S, Bebbington P, Jenkins R, et al. Mental well-being and mental illness: findings from the Adult Psychiatric Morbidity Survey for England 2007. *Br J Psychiatry*. 2011; 199: 23-28 [T,I]  
21719878
- Smith DJ, Griffiths E, Kelly M, Hood K, Craddock N, Simpson SA. Unrecognised bipolar disorder in primary care patients with depression. *Br J Psychiatry*. 2011; 199: 49-55 [T,I]  
21292927
- Bruffaerts R, Demyttenaere K, Hwang I, Chiu WT, Sampson N, Kessler RC, et al. Treatment of suicidal people around the world. *Br J Psychiatry*. 2011; 199: 64-70 [T,II]  
21263012
- Feinstein A. Conversion disorder: advances in our understanding. *CMAJ*. 2011; 183: 915-920 [AO,I]  
21502352
- Fontenelle LF, Oostermeijer S, Harrison BJ, Pantelis C, Yücel M. Obsessive-compulsive disorder, impulse control disorders and drug addiction: common features and potential treatments. *Drugs*. 2011; 71: 827-840 [R,I]  
21568361
- Dhillon S. Rivastigmine transdermal patch: a review of its use in the management of dementia of the Alzheimer's type. *Drugs*. 2011; 71: 1209-1231 [R,I]  
21711064
- Menon R, Lerner AJ. Use of cognitive screening instruments in primary care: the impact of national dementia directives (NICE/SCIE, National Dementia Strategy). *Fam Pract*. 2011; 28: 272-276 [T,I]  
21115987
- Olazarán J, Torrero P, Cruz I, Aparicio E, Sanz A, Mula N, et al. Mild cognitive impairment and dementia in primary care: the value of medical history. *Fam Pract*. 2011; 28: 385-392 [S,I]  
21402661
- Castellanos F, Cid M, Duque P, Zurdo. Abordaje integral de la demencia. *Inf Ter Sist Nac Salud*. 2011; 35: 39-45 [R,I]
- McKhann GM. Changing concepts of Alzheimer disease. *JAMA*. 2011; 305: 2458-2459 [R,II]  
21673298
- Canessa N, Ferini-Strambi L. Sleep-disordered breathing and cognitive decline in older adults. *JAMA*. 2011; 306: 654-655 [AO,I]  
21828331
- The three stages of Alzheimer's disease. *Lancet*. 2011; 377: 1465 [AO,I]  
21531256
- Tyrer P, Crawford M, Mulder R; ICD-11 Working Group for the Revision of Classification of Personality Disorders. Reclassifying personality disorders. *Lancet*. 2011; 377: 1814-1815 [AO,I]  
21353696
- Boyce N. The first flight of DSM-5. *Lancet*. 2011; 377: 1816-1817 [AO,I]  
21621711
- Bennett DA, Emberson JR. Text messaging in smoking cessation: the txt2stop trial. *Lancet*. 2011; 378: 6-7 [AO,I]  
21722951
- Free C, Knight R, Robertson S, Whittaker R, Edwards P, Zhou W, et al. Smoking cessation support delivered via mobile phone text messaging (txt2stop): a single-blind, randomised trial. *Lancet*. 2011; 378: 49-55 [EC,II]  
21722952
- Amon JJ. Hepatitis in drug users: time for attention, time for action. *Lancet*. 2011; 378: 543-544 [AO,I]  
21802133
- Nelson PK, Mathers BM, Cowie B, Hagan H, Des Jarlais D, Horyniak D, et al. Global epidemiology of hepatitis B and hepatitis C in people who inject drugs: results of systematic reviews. *Lancet*. 2011; 378: 571-583 [M,II]  
21802134 5
- Addiction: a complex disorder. *Lancet*. 2011; 378: 742 [AO,I]  
21872732
- Gunderson JG. Clinical practice. Borderline personality disorder. *N Engl J Med*. 2011; 364: 2037-2042 [R,I]  
21612472
- Petersen RC. Clinical practice. Mild cognitive impairment. *N Engl J Med*. 2011; 364: 2227-2234 [R,I]  
21651394
- Prochaska JJ. Smoking and mental illness--breaking the link. *N Engl J Med*. 2011; 365: 196-198 [AO,I]  
21774707
- Christensen KS, Sokolowski I, Olesen F. Case-finding and risk-group screening for depression in primary care. *Scand J Prim Health Care*. 2011; 29: 80-84 [T,I]  
21542671

**SALUD LABORAL**

- Govender N, Laloo UG, Naidoo RN. Occupational exposures and chronic obstructive pulmonary disease: a hospital based case-control study. *Thorax*. 2011; 66: 597-601 [CC,I]  
21502099

**ENFERMEDADES / PROBLEMAS PREVALENTES**

- Cherkin DC, Sherman KJ, Kahn J, Wellman R, Cook AJ, Johnson E, et al. A comparison of the effects of 2 types of massage

- and usual care on chronic low back pain: a randomized, controlled trial. *Ann Intern Med.* 2011; 155: 1-9 [EC,I]  
21727288
- Lewiecki EM. Osteoporosis. *Ann Intern Med.* 2011; 155: ITC11 [R,I]  
21727287
- Welsh P, Peters MJ, Sattar N. Is vitamin D in rheumatoid arthritis a magic bullet or a mirage? The need to improve the evidence base prior to calls for supplementation. *Arthritis Rheum.* 2011; 63: 1763-1769 [AO,I]  
21400480
- Bastawrous A, Silvester A, Batterbury M. Laser refractive eye surgery. *BMJ.* 2011; 342: d2345 [R,I]  
21508060
- Fairbank J. Total disc replacement for chronic low back pain. *BMJ.* 2011; 342: d2745 [AO,I]  
21596739
- Middeldorp S. Duration of anticoagulation for venous thromboembolism. *BMJ.* 2011; 342: d2758 [AO,I]  
21610039
- Hellum C, Johnsen LG, Storheim K, Nygaard OP, Brox JI, Rossvoll I, et al; and the Norwegian Spine Study Group. Surgery with disc prosthesis versus rehabilitation in patients with low back pain and degenerative disc: two year follow-up of randomised study. *BMJ.* 2011; 342: d2786 [EC,II]  
21596740
- Smith J, Humes DJ, Spiller RC. Should we treat uncomplicated symptomatic diverticular disease with fibre? *BMJ.* 2011; 342: d2951 [R,I]  
21613363
- Bouwes Bavinck JN, Eekhof JA, Bruggink SC. Treatments for common and plantar warts. *BMJ.* 2011; 342: d3119 [R,I]  
21652749
- Cockayne S, Hewitt C, Hicks K, Jayakody S, Kang'ombe AR, Stamuli E, et al; on behalf of the EVerT Team. Cryotherapy versus salicylic acid for the treatment of plantar warts (verrucae): a randomized controlled trial. *BMJ.* 2011; 342: d3271 [EC,I]  
21652750
- Ftoun S, Morga A, Swift C. Management of hip fracture in adults: summary of NICE guidance. *BMJ.* 2011; 342: d3304 [M,II]  
21693526
- Collins GS, Mallett S, Altman DG. Predicting risk of osteoporotic and hip fracture in the United Kingdom: prospective independent and external validation of QFractureScores. *BMJ.* 2011; 342: d365 [S,I]  
21697214
- Anstee QM, McPherson S, Day CP. How big a problem is non-alcoholic fatty liver disease? *BMJ.* 2011; 343: d3897 [R,I]  
21768191
- Hippisley-Cox J, Coupland C. Development and validation of risk prediction algorithm (QThrombosis) to estimate future risk of venous thromboembolism: prospective cohort study. *BMJ.* 2011; 343: d4656 [S,I]  
218467
- Zhang M, Zhang R, He M, Liang W, Li X, She L, et al. Self correction of refractive error among young people in rural China: results of cross sectional investigation. *BMJ.* 2011; 343: d4767 [T,I]  
21828207
- Keay L, Friedman DS. Correcting refractive error in low income countries. *BMJ.* 2011; 343: d4793 [R,I]  
21828208
- Graham DY, Fischbach LA. Empiric therapies for *Helicobacter pylori* infections. *CMAJ.* 2011; 183: E506-E508 [R,I]  
21343269
- Hainer V. Comparative efficiency and safety of pharmacological approaches to the management of obesity. *Diabetes Care.* 2011; 34 Suppl 2: S349-s354 [AO,I]  
21525481
- Rognant N, Lemoine S, Laville M, Hadj-Aïssa A, Dubourg L. Performance of the chronic kidney disease epidemiology collaboration equation to estimate glomerular filtration rate in diabetic patients. *Diabetes Care.* 2011; 34: 1320-1322 [T,I]  
21540431
- Curran MP. Silodosin: treatment of the signs and symptoms of benign prostatic hyperplasia. *Drugs.* 2011; 71: 897-907 [R,I]  
21568366
- Venkatesh KK, Swaminathan S, Andrews JR, Mayer KH. Tuberculosis and HIV co-infection: screening and treatment strategies. *Drugs.* 2011; 71: 1133-1152 [R,II]  
21711060
- Altman RD, Barthel HR. Topical therapies for osteoarthritis. *Drugs.* 2011; 71: 1259-1279 [R,I]  
21770475
- Jochemsen-van der Leeuw HG, van Dijk N, Wieringa-de Waard M. Attitudes towards obesity treatment in GP training practices: a focus group study. *Fam Pract.* 2011; 28: 422-429 [C,I]  
21273284
- Canessa N, Ferini-Strambi L. Sleep-disordered breathing and cognitive decline in older adults. *JAMA.* 2011; 306: 654-655 [AO,I]  
21828331
- Bayard M, Bailey B, Acharya D, Ambreen F, Duggal S, Kaur T, et al. Bupropion and restless legs syndrome: a randomized controlled trial. *J Am Board Fam Med.* 2011; 24: 422-428 [EC,I]  
21737767
- Leung L, Riutta T, Kotecha J, Rosser W. Chronic constipation: an evidence-based review. *J Am Board Fam Med.* 2011; 24: 436-451 [M,I]  
21737769
- Wermeling M, Scherer M, Himmel W. GPs' experiences of managing non-specific neck pain--a qualitative study. *Fam Pract.* 2011; 28: 300-306 [C,I]  
21177744
- Núñez O, Matilla A, Merino B, Díaz A, Colón A, Ramón E, et al. Estudio descriptivo de la experiencia sobre carcinoma hepatocelular en hígado no cirrótico. *Gastroenterol Hepatol.* 2011; 34: 322-338 [S,I]  
21530005

- Mearin F, Balboa A. Trastornos funcionales digestivos post-infecciosos: del episodio agudo a la molestia crónica. *Gastroenterol Hepatol*. 2011; 34: 415-421 [R,I]  
21641686
- Mason RJ. Appendicitis: is surgery the best option? *Lancet*. 2011; 377: 1545-1546 [AO,I]  
21550468
- Bijlsma JW, Berenbaum F, Lafeber FP. Osteoarthritis: an update with relevance for clinical practice. *Lancet*. 2011; 377: 2115-2126 [R,II]  
21684382
- Baigent C, Landray MJ, Reith C, Emberson J, Wheeler DC, Tomson C, et al; SHARP Investigators. The effects of lowering LDL cholesterol with simvastatin plus ezetimibe in patients with chronic kidney disease (Study of Heart and Renal Protection): a randomised placebo-controlled trial. *Lancet*. 2011; 377: 2181-2192 [EC,I]  
21663949
- Drake MJ. Managing post-prostatectomy stress urinary incontinence. *Lancet*. 2011; 378: 293-294 [AO,I]  
21741698
- King D. The future challenge of obesity. *Lancet*. 2011; 378: 743-744 [AO,I]  
21872734
- Rutter H. Where next for obesity? *Lancet*. 2011; 378: 746-747 [AO,I]  
21872736
- Gortmaker SL, Swinburn BA, Levy D, Carter R, Mabry PL, Finegood DT, et al. Changing the future of obesity: science, policy, and action. *Lancet*. 2011; 378: 838-847 [R,I]  
21872752
- Azagra R, Prieto-Alhambra D, Encabo G, Casado E, Aguyé A, Díez-Pérez A; en representación del grupo de estudio FRIDEX. Utilidad de la herramienta FRAX en el tratamiento de la osteoporosis en población femenina española. *Med Clin (Barc)*. 2011; 136: 613-619 [T,I]  
21349558
- Martin DF, Maguire MG, Ying GS, Grunwald JE, Fine SL, Jaffe GJ; CATT Research Group. Ranibizumab and bevacizumab for neovascular age-related macular degeneration. *N Engl J Med*. 2011; 364: 1897-1908 [EC,I]  
21526923
- Rosenfeld PJ. Bevacizumab versus ranibizumab for AMD. *N Engl J Med*. 2011; 364: 1966-1967 [AO,I]  
21526924
- Perez F. Gota: pasado, presente y futuro. *Reumatol Clin*. 2011; 07: 217-219 [AO,I]
- Fietze I. The Danish study on cost effectiveness in sleep related breathing disorders - a possible example for Europe. *Thorax*. 2011; 66: 556-558 [AO,I]  
21502105
- Jennum P, Kjellberg J. Health, social and economical consequences of sleep-disordered breathing: a controlled national study. *Thorax*. 2011; 66: 560-566 [T,II]  
21199816
- García JG, Garrido JA, Martín AB. Exploración neurológica y atención primaria. Bloque I: pares craneales, sensibilidad, signos meníngeos. *Cerebelo y coordinación*. Semergen. 2011; 37: 293-302 [R,I]
- Masa JF, Corral J, Pereira R, Duran-Cantolla J, Cabello M, Hernández-Blasco L, et al. Effectiveness of home respiratory polygraphy for the diagnosis of sleep apnoea and hypopnoea syndrome. *Thorax*. 2011; 66: 567-573 [EC,I]  
21602541
- MEDIOS DIAGNÓSTICOS**
- Powers BJ, Olsen MK, Smith VA, Woolson RF, Bosworth HB, Oddone EZ. Measuring blood pressure for decision making and quality reporting: where and how many measures? *Ann Intern Med*. 2011; 154: 781-788 [EC,II]  
21690592
- Appel LJ, Miller ER 3rd, Charleston J. Improving the measurement of blood pressure: is it time for regulated standards? *Ann Intern Med*. 2011; 154: 838-839 [AO,II]  
21690599
- Liebo MJ, Israel RL, Lillie EO, Smith MR, Rubenson DS, Topol EJ. Is pocket mobile echocardiography the next-generation stethoscope? a cross-sectional comparison of rapidly acquired images with standard transthoracic echocardiography. *Ann Intern Med*. 2011; 155: 33-38 [T,I]  
21727291
- Burgos F. La espirometría forzada de calidad en Atención Primaria, impacto en el tratamiento de la EPOC. *Arch Bronconeumol*. 2011; 47: 224-225 [AO,I]  
21489672
- McEvoy JW, Blaha MJ, Nasir K, Yoon YE, Choi EK, Cho IS, et al. Impact of coronary computed tomographic angiography results on patient and physician behavior in a low-risk population. *Arch Intern Med*. 2011; 171: 1260-1268 [CC,I]  
21606093
- Monteagudo M, Rodríguez-Blanco T, Parcet J, Peñalver N, Rubio C, Ferrer M, et al. Variabilidad en la realización de la espirometría y sus consecuencias en el tratamiento de la EPOC en Atención Primaria. *Arch Bronconeumol*. 2011; 47: 226-233 [T,I]  
21295903
- Hackam DG, Shojania KG, Spence JD, Alter DA, Beanlands RS, Dresser GK, et al. Influence of noninvasive cardiovascular imaging in primary prevention: systematic review and meta-analysis of randomized trials. *Arch Intern Med*. 2011; 171: 977-982 [M,II]  
21403010
- Aragónes E, Piñol JL, López-Cortacans G, Hernández JM, Caballero A. Actitudes y opiniones de los médicos de familia frente a la depresión: una aproximación con el Depression Attitudes Questionnaire (DAQ) Aten Primaria. 2011; 43: 312-318 [T,I]  
21232826
- Sims H, Erber WN. Investigation of an incidental finding of eosinophilia. *BMJ*. 2011; 342: d2670 [AO,I]  
21593088
- Aronoff SC. How useful are laboratory tests in diagnosing serious infections in febrile children? *BMJ*. 2011; 342: d2782 [AO,I]  
21653620
- Hodgkinson J, Mant J, Martin U, Guo B, Hobbs FD, Deeks JJ, et al. Relative effectiveness of clinic and home blood pressure

- monitoring compared with ambulatory blood pressure monitoring in diagnosis of hypertension: systematic review. *BMJ*. 2011; 342: d3621 [M,II]  
21705406
- Hippisley-Cox J, Coupland C. Development and validation of risk prediction algorithm (QThrombosis) to estimate future risk of venous thromboembolism: prospective cohort study. *BMJ*. 2011; 343: d4656 [S,I]  
218467
- Kim HN, Januzzi JL Jr. Natriuretic peptide testing in heart failure. *Circulation*. 2011; 123: 2015-2019 [AO,I]  
21555724
- Balogopal PB, de Ferranti SD, Cook S, Daniels SR, Gidding SS, Hayman LL, et al; on behalf of the American Heart Association Committee on Atherosclerosis; Hypertension and Obesity in Youth of the Council on Cardiovascular Disease in the Young; Council on Nutrition, Physical Activity and Metabolism, and Council on Epidemiology and Prevention. Nontraditional risk factors and biomarkers for cardiovascular disease: mechanistic, research, and clinical considerations for youth: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2011; 123: 2749-2769 [M,II]  
21555711
- Seet RC, Friedman PA, Rabinstein AA. Prolonged rhythm monitoring for the detection of occult paroxysmal atrial fibrillation in ischemic stroke of unknown cause. *Circulation*. 2011; 124: 477-486 [R,I]  
21788600 2 11
- Bonora E, Tuomilehto J. The pros and cons of diagnosing diabetes with A1C. *Diabetes Care*. 2011; 34 Suppl 2: S184-S190 [AO,II]  
21525453
- Rognant N, Lemoine S, Laville M, Hadj-Aïssa A, Dubourg L. Performance of the chronic kidney disease epidemiology collaboration equation to estimate glomerular filtration rate in diabetic patients. *Diabetes Care*. 2011; 34: 1320-1322 [T,I]  
21540431
- Sacks DB, Arnold M, Bakris GL, Bruns DE, Horvath AR, Kirkman MS, et al. Position statement executive summary: guidelines and recommendations for laboratory analysis in the diagnosis and management of diabetes mellitus. *Diabetes Care*. 2011; 34: 1419-1423 [M,II]  
21617111
- Olazarán J, Torrero P, Cruz I, Aparicio E, Sanz A, Mula N, et al. Mild cognitive impairment and dementia in primary care: the value of medical history. *Fam Pract*. 2011; 28: 385-392 [S,I]  
21402661
- Genders TS, Steyerberg EW, Alkadhi H, Leschka S, Desbiolles L, Nieman K, et al; The CAD Consortium. A clinical prediction rule for the diagnosis of coronary artery disease: validation, updating, and extension. *Eur Heart J*. 2011; 32: 1316-1330 [T,I]  
21367834
- Misra S, Hancock M, Meeran K, Dornhorst A, Oliver NS. HbA1c: an old friend in new clothes. *Lancet*. 2011; 377: 1476-1477 [AO,II]  
21354611
- Misra A, Garg S. HbA1c and blood glucose for the diagnosis of diabetes. *Lancet*. 2011; 378: 104-106 [AO,II]  
21705066
- Heianza Y, Hara S, Arase Y, Saito K, Fujiwara K, Tsuji H, et al. HbA1c 5•7-6•4% and impaired fasting plasma glucose for diagnosis of prediabetes and risk of progression to diabetes in Japan (TOPICS 3): a longitudinal cohort study. *Lancet*. 2011; 378: 147-155 [S,II]  
21705064
- Blaha MJ, Budoff MJ, DeFilippis AP, Blankstein R, Rivera JJ, Agatston A, et al. Associations between C-reactive protein, coronary artery calcium, and cardiovascular events: implications for the JUPITER population from MESA, a population-based cohort study. *Lancet*. 2011; 378: 684-692 [S,II]  
21856482
- Azagra R, Prieto-Alhambra D, Encabo G, Casado E, Aguyé A, Díez-Pérez A; en representación del grupo de estudio FRIDEX. Utilidad de la herramienta FRAX en el tratamiento de la osteoporosis en población femenina española. *Med Clin (Barc)*. 2011; 136: 613-619 [T,I]  
21349558
- Sosa M, Gómez de Tejada MJ. ¿Hay vida más allá de la densitometría ósea? *Med Clin (Barc)*. 2011; 136: 623-624 [R,I]  
21345462
- Aberle DR, Adams AM, Berg CD, Black WC, Clapp JD, Fagerstrom RM, et al; National Lung Screening Trial Research Team. Reduced lung-cancer mortality with low-dose computed tomographic screening. *N Engl J Med*. 2011; 365: 395-409 [EC,II]  
21714641
- Collinson PO. Determinación de péptido natriurético tipo B aminoterminal urinario en pacientes con insuficiencia cardíaca: ¿autopista o carretera secundaria? *Rev Esp Cardiol*. 2011; 64: 355-357 [AO,I]  
21477913
- Liew G, Wang JJ. Manifestaciones vasculares retinianas: ¿reflejan el estado del corazón? *Rev Esp Cardiol*. 2011; 64: 515-521 [R,I]  
21530054
- Vega J, Román S, Garcipérez FJ, Vicente L, Pacheco N, Zamorano J, et al. Enfermedad arterial periférica: eficacia del método oscilométrico. *Rev Esp Cardiol*. 2011; 64: 619-621 [T,I]  
21435772
- García JG, Garrido JA, Martín AB. Exploración neurológica y atención primaria. Bloque I: pares craneales, sensibilidad, signos meníngeos. Cerebelo y coordinación. *Semergen*. 2011; 37: 293-302 [R,I]
- Masa JF, Corral J, Pereira R, Duran-Cantolla J, Cabello M, Hernández-Blasco L, et al. Effectiveness of home respiratory polygraphy for the diagnosis of sleep apnoea and hypopnoea syndrome. *Thorax*. 2011; 66: 567-573 [EC,I]  
21602541

## INFANCIA Y ADOLESCENCIA

- Aronoff SC. How useful are laboratory tests in diagnosing serious infections in febrile children? *BMJ*. 2011; 342: d2782 [AO,I]  
21653620

- Koster ES, Van der Ent CK, Uiterwaal CS, Verheij TJ, Raaijmakers JA, Maitland-van der Zee AH. Asthma medication use in infancy: determinants related to prescription of drug therapy. *Fam Pract.* 2011; 28: 377-384 [S,I]  
21292627
- Moya P, López MS, Bastida JL, Sotos FE, Pacheco BN, Aguilar FS, et al. Coste-efectividad de un programa de actividad física de tiempo libre para prevenir el sobrepeso y la obesidad en niños de 9-10 años. *Gac Sanit.* 2011; 25: 198-204 [CE,I]  
21324563
- Camarero C, Rizo JM. Diagnóstico y tratamiento del estreñimiento en el niño. *Inf Ter Sist Nac Salud.* 2011; 35: 13-20 [R,I]
- Santelli JS, Galea S. The global burden of disease in 10-24-year-olds. *Lancet.* 2011; 377: 2058-2060 [AO,II]  
21652064
- Gore FM, Bloem PJ, Patton GC, Ferguson J, Joseph V, Coffey C, et al. Global burden of disease in young people aged 10-24 years: a systematic analysis. *Lancet.* 2011; 377: 2093-2102 [M,II]  
21652063
- Moraga-Llop FA. Vacunación antineumocócica. Más allá de la infancia. *Med Clin (Barc).* 2011; 136: 580-582 [R,II]  
21397925
- Madhi SA, Nachman S, Violari A, Kim S, Cotton MF, Bobat R, et al; P1041 Study Team. Primary isoniazid prophylaxis against tuberculosis in HIV-exposed children. *N Engl J Med.* 2011; 365: 21-31 [EC,I]  
21732834
- Montini G, Tullus K, Hewitt I. Febrile urinary tract infections in children. *N Engl J Med.* 2011; 365: 239-250 [R,I]  
21774712
- Lallemant M, Chang S, Cohen R, Pecoul B. Pediatric HIV--a neglected disease? *N Engl J Med* 2011; 365: 581-583 [AO,II]  
21848457
- Ertmann RK, Siersma V, Reventlow S, Söderström M. Infants' symptoms of illness assessed by parents: Impact and implications. *Scand J Prim Health Care.* 2011; 29: 67-74 [S,I]  
21591836
- MUJER Y SALUD. Incluye: Planificación Familiar, embarazo, Aborto, Menopausia, mujer y medicina.
- Pregler JP, Crandall CJ. Update in women's health: evidence published in 2010. *Ann Intern Med.* 2011; 155: 52-57 [R,I]  
21727293
- Levis S, Strickman-Stein N, Ganjei-Azar P, Xu P, Doerge DR, Krischer J. Soy isoflavones in the prevention of menopausal bone loss and menopausal symptoms: a randomized, double-blind trial. *Arch Intern Med.* 2011; 171: 1363-1369 [EC,I]  
21824950
- Hezelgrave NL, Whitty CJ, Shennan AH, Chappell LC. Advising on travel during pregnancy. *BMJ.* 201 [R,I]  
21527456
- O'Brien S, Rapkin A, Dennerstein L, Nevatte T. Diagnosis and management of premenstrual disorders. *BMJ.* 2011; 342: d2994 [R,I]  
21642323
- Jurkovic D, Wilkinson H. Diagnosis and management of ectopic pregnancy. *BMJ.* 2011; 342: d3397 [R,I]  
21665933
- Stacey T, Thompson JM, Mitchell EA, Ekeroma AJ, Zuccollo JM, McCowan LM. Association between maternal sleep practices and risk of late stillbirth: a case-control study. *BMJ.* 2011; 342: d3403 [CC,I]  
21673002
- Jarvis S, Nelson-Piercy C. Management of nausea and vomiting in pregnancy. *BMJ.* 2011; 342: d3606 [R,I]  
21685438
- Chappell LC, Smith GC. Should pregnant women sleep on their left? *BMJ.* 2011; 342: d3659 [R,I]  
21673003
- Etmnan M, Delaney JA, Bressler B, Brophy JM. Oral contraceptives and the risk of gallbladder disease: a comparative safety study. *CMAJ.* 2011; 183: 899-904 [S,I]  
21502354
- Hernandez TL, Friedman JE, Van Pelt RE, Barbour LA. Patterns of glycemia in normal pregnancy: should the current therapeutic targets be challenged? *Diabetes Care.* 2011; 34: 1660-1668 [R,I]  
21709299 3 13
- McKeage K, Croxtall JD. Ulipristal acetate: a review of its use in emergency contraception. *Drugs.* 2011; 71: 935-945 [R,I]  
21568368
- Cardiovascular disease in women--often silent and fatal. *Lancet.* 2011; 378: 200 [AO,I]  
21763919

**ANCIANOS**

- Gershon A, Croxford R, To T, Stanbrook MB, Upshur R, Sanchez-Romeu P, et al. Comparison of inhaled long-acting (beta)-agonist and anticholinergic effectiveness in older patients with chronic obstructive pulmonary disease: a cohort study. *Ann Intern Med.* 2011; 154: 583-592 [S,I]  
21536937
- Cho S, Lau SW, Tandon V, Kumi K, Pfuma E, Abernethy DR. Geriatric drug evaluation: where are we now and where should we be in the future? *Arch Intern Med.* 2011; 171: 937-940 [R,II]  
21606098
- Legrand M, Mateo J, Aribaud A, Ginisty S, Eftekhari P, Huy PT, et al. The use of dabigatran in elderly patients. *Arch Intern Med.* 2011; 171: 1285-1286 [R,II]  
21788545
- Imperiale TF. Screening for colorectal cancer in the elderly population: how much is enough? *Arch Intern Med.* 2011; 171: 1332-1334 [AO,II]  
21824947
- Kistler CE, Kirby KA, Lee D, Casadei MA, Walter LC. Long-term outcomes following positive fecal occult blood test results in older adults: benefits and burdens. *Arch Intern Med.* 2011; 171: 1344-1351 [S,II]  
21555655

- Vernooij-Dassen M, Leatherman S, Rikkert MO. Quality of care in frail older people: the fragile balance between receiving and giving. *BMJ*. 2011; 342: d403 [R,I] 21441296
- Turner MR, Camacho X, Fischer HD, Austin PC, Anderson GM, Rochon PA, et al. Levothyroxine dose and risk of fractures in older adults: nested case-control study. *BMJ*. 2011; 342: d2238 [CC,I] 21527461
- Leese GP, Flynn RV. Levothyroxine dose and fractures in older adults. *BMJ*. 2011; 342: d2250 [AO,I] 21527462
- Vernon W. Prevention of falls through podiatry care. *BMJ*. 2011; 342: d3052 [AO,I] 21680621
- Spink MJ, Menz HB, Fotoohabadi MR, Wee E, Landorf KB, Hill KD, et al. Effectiveness of a multifaceted podiatry intervention to prevent falls in community dwelling older people with disabling foot pain: randomised controlled trial. *BMJ*. 2011; 342: d3411 [EC,I] 21680622
- Hobbs FD, Roalfe AK, Lip GY, Fletcher K, Fitzmaurice DA, Mant J; on behalf of the Birmingham Atrial Fibrillation in the Aged (BAFTA) investigators and Midland Research Practices Consortium (MidReC) network. Performance of stroke risk scores in older people with atrial fibrillation not taking warfarin: comparative cohort study from BAFTA trial. *BMJ*. 2011; 342: d3653 [S,I] 21700651 2
- Coupland C, Dhiman P, Morriss R, Arthur A, Barton G, Hippisley-Cox J. Antidepressant use and risk of adverse outcomes in older people: population based cohort study. *BMJ*. 2011; 343: d4551 [S,I] 21810886
- Hickie IB. Antidepressants in elderly people. *BMJ*. 2011; 343: d4660 [AO,I] 21810887
- Aronow WS, Fleg JL, Pepine CJ, Artinian NT, Bakris G, Brown AS, et al. ACCF/AHA 2011 Expert Consensus Document on Hypertension in the Elderly: a report of the American College of Cardiology Foundation Task Force on Clinical Expert Consensus Documents. *Circulation*. 2011; 123: 2434-2506 [M,III] 21518977
- Huang ES, Liu JY, Moffet HH, John PM, Karter AJ. Glycemic control, complications, and death in older diabetic patients: the diabetes and aging study. *Diabetes Care*. 2011; 34: 1329-1336 [S,I] 21505211
- Laiterapong N, Karter AJ, Liu JY, Moffet HH, Sudore R, Schilling D, et al. Correlates of quality of life in older adults with diabetes: the diabetes & aging study. *Diabetes Care*. 2011; 34: 1749-1753 [T,I] 21636795
- Canessa N, Ferini-Strambi L. Sleep-disordered breathing and cognitive decline in older adults. *JAMA*. 2011; 306: 654-655 [AO,I] 21828331
- Ritchie CS, Roth DL, Allman RM. Living with an aging parent: "It was a beautiful invitation". *JAMA*. 2011; 306: 746-753 [R,II] 21846856
- Kleykamp BA, Heishman SJ. The older smoker. *JAMA*. 2011; 306: 876-877 [R,I] 21862749
- "Respect your elders". *Lancet*. 2011; 377: 2152 [AO,I] 21704855
- Gorostidi M, de la Sierra A. Tratamiento de la hipertensión arterial en el paciente muy anciano. *Med Clin (Barc)*. 2011; 137: 111-112 [R,I] 21397924
- Velasco V, Juarez M, López E, Salamanca AI, Barrios E, Santos P. Análisis de las interacciones medicamentosas en población extrahospitalaria mayor de 65 años. *Semergen*. 2011; 37: 233-237 [T,I]

## URGENCIAS Y EMERGENCIAS

Perry JJ, Sharma M, Sivilotti ML, Sutherland J, Symington C, Worster A, et al. Prospective validation of the ABCD2 score for patients in the emergency department with transient ischemic attack. *CMAJ*. 2011; 183: 1137-1145 [S,I] 21646462

Bossaert LL. Perspectiva sobre las guías de reanimación de 2010 del European Resuscitation Council: la necesidad de hacerlo mejor. *Rev Esp Cardiol*. 2011; 64: 445-450 [R,II] 21530053

**TERAPÉUTICA:** Incluye: farmacología, adherencia al tratamiento, cuidados paliativos y tratamiento del dolor, calidad de las prescripciones.

Gershon A, Croxford R, To T, Stanbrook MB, Upshur R, Sanchez-Romeu P, et al. Comparison of inhaled long-acting [beta]-agonist and anticholinergic effectiveness in older patients with chronic obstructive pulmonary disease: a cohort study. *Ann Intern Med*. 2011; 154: 583-592 [S,I] 21536937

Bennett WL, Maruthur NM, Singh S, Segal JB, Wilson LM, Chatterjee R, et al. Comparative effectiveness and safety of medications for type 2 diabetes: an update including new drugs and 2-drug combinations. *Ann Intern Med*. 2011; 154: 602-613 [M,II] 21403054

Cherkin DC, Sherman KJ, Kahn J, Wellman R, Cook AJ, Johnson E, et al. A comparison of the effects of 2 types of massage and usual care on chronic low back pain: a randomized, controlled trial. *Ann Intern Med*. 2011; 155: 1-9 [EC,I] 21727288

Choudhry NK, Fischer MA, Avorn J, Liberman JN, Schneeweiss S, Pakes J, et al. The implications of therapeutic complexity on adherence to cardiovascular medications. *Arch Intern Med*. 2011; 171: 814-822 [S,I] 21555659

Buysse DJ, Germain A, Moul DE, Franzen PL, Brar LK, Fletcher ME, et al. Efficacy of brief behavioral treatment for chronic insomnia in older adults. *Arch Intern Med*. 2011; 171: 887-895 [EC,I] 21263078

Neylan TC. Time to disseminate cognitive behavioral treatment of insomnia: comment on "efficacy of brief behavioral

- treatment for chronic insomnia in older adults". Arch Intern Med. 2011; 171: 895-896 [AO,I]  
21263076
- Stephenson A, Seitz D, Bell CM, Gruneir A, Gershon AS, Austin PC, et al. Inhaled anticholinergic drug therapy and the risk of acute urinary retention in chronic obstructive pulmonary disease: a population-based study. Arch Intern Med. 2011; 171: 914-920 [CC,I]  
21606096
- Singh S, Furberg CD. Inhaled anticholinergics for chronic obstructive pulmonary disease: comment on "inhaled anticholinergic drug therapy and the risk of acute urinary retention in chronic obstructive pulmonary disease". Arch Intern Med. 2011; 171: 920-922 [AO,I]  
21606097
- Cho S, Lau SW, Tandon V, Kumi K, Pfuma E, Abernethy DR. Geriatric drug evaluation: where are we now and where should we be in the future? Arch Intern Med. 2011; 171: 937-940 [R,II]  
21606098
- Herzig SJ, Vaughn BP, Howell MD, Ngo LH, Marcantonio ER. Acid-suppressive medication use and the risk for nosocomial gastrointestinal tract bleeding. Arch Intern Med. 2011; 171: 991-997 [S,I]
- Abrahamsen B, Eiken P, Eastell R. Proton pump inhibitor use and the antifracture efficacy of alendronate. Arch Intern Med. 2011; 171: 998-1004 [S,II]  
21321287
- Katz MH. Opportunities to decrease inappropriate uses of proton pump inhibitors: comment on "proton pump inhibitor use and the antifracture efficacy of alendronate". Arch Intern Med. 2011; 171: 1004-1005 [AO,I]  
21321289
- Legrand M, Mateo J, Aribaud A, Ginisty S, Eftekhari P, Huy PT, et al. The use of dabigatran in elderly patients. Arch Intern Med. 2011; 171: 1285-1286 [R,II]  
21788545
- Furlanetto TW, Faulhaber GA. Hypomagnesemia and proton pump inhibitors: below the tip of the iceberg. Arch Intern Med. 2011; 171: 1391-1392 [T,I]  
21555654
- Welsh P, Peters MJ, Sattar N. Is vitamin D in rheumatoid arthritis a magic bullet or a mirage? The need to improve the evidence base prior to calls for supplementation. Arthritis Rheum. 2011; 63: 1763-1769 [AO,I]  
21400480
- López-Picazo JJ, Ruiz JC, Sánchez JF, Ariza A, Aguilera B. Escala de peligro para interacción grave: una herramienta para la priorización de estrategias de mejora en la seguridad de la prescripción en medicina de familia. Aten Primaria. 2011; 43: 254-262 [T,I]  
21216049
- Amado E, Diego L, Madridejos Mora R. Política de nuevos medicamentos: calidad y seguridad. Aten Primaria. 2011; 43: 279-280 [R,I]  
21496969
- Baena-Díez JM, Gómez-Fernández C, Vilató-García M, Vázquez-Lazo EJ, Byram AO, Vidal-Solsona M. Registro del historial farmacoterapéutico de la historia clínica informatizada en pacientes con hipertensión arterial: un nuevo instrumento para valorar la adherencia terapéutica. Aten Primaria. 2011; 43: 336-342 [T,I]  
21339021
- Buitrago F. Adherencia terapéutica. ¿Qué difícil es cumplir! Aten Primaria. 2011; 43: 343-344 [AO,I]  
21658815
- Ferro-Rey MB, Roca-Cusachs A, Sicras-Mainar A, Alvarez-Martín C, de Salas-Cansado M. Las combinaciones fijas en hipertensión: análisis de impacto presupuestario para el Sistema Nacional de Salud Español de la comercialización de la combinación fija de olmesartan/amlodipino. Aten Primaria. 2011; 43: 345-355 [CE,I]  
21216500
- Rodríguez G, Pellicer MÁ. ¿Qué hacemos con el consumo crónico de bifosfonatos? A propósito de fracturas y de fibrilación auricular. Aten Primaria. 2011; 43: 395-397 [AO,I]  
21719155
- Small GR, Chow BJ, So DY. Coprescription of clopidogrel and proton pump inhibitors. BMJ. 2010; 341: b4351 [AO,I]  
21088073
- Warensö E, Byberg L, Melhus H, Gedeberg R, Mallmin H, Wolk A, et al. Dietary calcium intake and risk of fracture and osteoporosis: prospective longitudinal cohort study. BMJ. 2011; 342: d1473 [S,II]  
21610048
- Bolland MJ, Grey A, Avenell A, Gamble GD, Reid IR. Calcium supplements with or without vitamin D and risk of cardiovascular events: reanalysis of the Women's Health Initiative limited access dataset and meta-analysis. BMJ. 2011; 342: d2040 [M,II]  
21505219
- Järvinen TL, Sievänen H, Kannus P, Jokihäärä J, Khan KM. The true cost of pharmacological disease prevention. BMJ. 2011; 342: d2175 [R,II]  
21505222
- Abrahamsen B, Sahota O. Do calcium plus vitamin D supplements increase cardiovascular risk? BMJ. 2011; 342: d2080 [R,I]  
21505220
- Hobbs FD. Angiotensin receptor blockers and cardiovascular outcomes. BMJ. 2011; 342: d2193 [AO,I]  
21527455
- Bangalore S, Kumar S, Wetterslev J, Messerli FH. Angiotensin receptor blockers and risk of myocardial infarction: meta-analyses and trial sequential analyses of 147 020 patients from randomised trials. BMJ. 2011; 342: d2234 [M,II]  
21521728
- Turner MR, Camacho X, Fischer HD, Austin PC, Anderson GM, Rochon PA, et al. Levothyroxine dose and risk of fractures in older adults: nested case-control study. BMJ. 2011; 342: d2238 [CC,I]  
21527461
- Leese GP, Flynn RV. Levothyroxine dose and fractures in older adults. BMJ. 2011; 342: d2250 [AO,I]  
21527462

- Dunn N. The risk of deep venous thrombosis with oral contraceptives containing drospirenone. *BMJ*. 2011; 342: d2519 [AO,I]  
21511807
- Short PM, Lipworth SI, Elder DH, Schembri S, Lipworth BJ. Effect of {beta} blockers in treatment of chronic obstructive pulmonary disease: a retrospective cohort study. *BMJ*. 2011; 342: d2549 [S,II]  
21558357
- Kazani S, Israel E. Treatment with {beta} blockers in people with COPD. *BMJ*. 2011; 342: d2655 [R,I]  
21558358
- Charlot M, Grove EL, Hansen PR, Olesen JB, Ahlehoff O, Selmer C, et al. Proton pump inhibitor use and risk of adverse cardiovascular events in aspirin treated patients with first time myocardial infarction: nationwide propensity score matched study. *BMJ*. 2011; 342: d2690 [S,II]  
21562004
- Fairbank J. Total disc replacement for chronic low back pain. *BMJ*. 2011; 342: d2745 [AO,I]  
21596739
- Middeldorp S. Duration of anticoagulation for venous thromboembolism. *BMJ*. 2011; 342: d2758 [AO,I]  
21610039
- Hellum C, Johnsen LG, Storheim K, Nygaard OP, Brox JI, Rossvoll I, et al; and the Norwegian Spine Study Group. Surgery with disc prosthesis versus rehabilitation in patients with low back pain and degenerative disc: two year follow-up of randomised study. *BMJ*. 2011; 342: d2786 [EC,II]  
21596740
- Cates CJ. Safety of tiotropium. *BMJ*. 2011; 342: d2970 [AO,I]  
21672998
- Bouwes Bavinck JN, Eekhof JA, Bruggink SC. Treatments for common and plantar warts. *BMJ*. 2011; 342: d3119 [R,I]  
21652749
- Singh S, Loke YK, Enright PL, Furberg CD. Mortality associated with tiotropium mist inhaler in patients with chronic obstructive pulmonary disease: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*. 2011; 342: d3215 [M,II]  
21672999
- Cockayne S, Hewitt C, Hicks K, Jayakody S, Kang'ombe AR, Stamuli E, et al; on behalf of the EVERTTeam. Cryotherapy versus salicylic acid for the treatment of plantar warts (verrucae): a randomised controlled trial. *BMJ*. 2011; 342: d3271 [EC,I]  
21652750
- Passacuale G, Ferro A. Oral antiplatelet agents clopidogrel and prasugrel for the prevention of cardiovascular events. *BMJ*. 2011; 342: d3488 [R,I]  
21685436
- Guthrie B, McCowan C, Davey P, Simpson CR, Dreischulte T, Barnett K. High risk prescribing in primary care patients particularly vulnerable to adverse drug events: cross sectional population database analysis in Scottish general practice. *BMJ*. 2011; 342: d3514 [T,I]  
21693525
- Shaw J. Patient information on prescribed drugs. *BMJ*. 2011; 342: d1924 [AO,I]  
21540257
- Gurwitz JH. NSAIDs and atrial fibrillation. *BMJ*. 2011; 343: d2495 [AO,I]  
21727166
- Schmidt M, Christiansen CF, Mehnert F, Rothman KJ, Sørensen HT. Non-steroidal anti-inflammatory drug use and risk of atrial fibrillation or flutter: population based case-control study. *BMJ*. 2011; 343: d3450 [CC,I]  
21727167
- Settle C, Kerr KG. Diarrhoea after broad spectrum antimicrobials. *BMJ*. 2011; 342: d3798 [R,I]  
21708921
- Rosenberg PB, Lyketsos CG. Treating agitation in dementia. *BMJ*. 2011; 343: d3913 [R,I]  
21765197 7
- Kamerow D. The pros and cons of generic drugs. *BMJ*. 2011; 343: d4584 [AO,I]  
21775394
- Coupland C, Dhiman P, Morriss R, Arthur A, Barton G, Hippisley-Cox J. Antidepressant use and risk of adverse outcomes in older people: population based cohort study. *BMJ*. 2011; 343: d4551 [S,I]  
21810886
- Hickie IB. Antidepressants in elderly people. *BMJ*. 2011; 343: d4660 [AO,I]  
21810887
- Jones A, Ellis P. Potential withdrawal of bevacizumab for the treatment of breast cancer. *BMJ*. 2011; 343: d4946 [R,I]  
21816748
- Cowen PJ. Has psychopharmacology got a future? *Br J Psychiatry*. 2011; 198: 333-335 [AO,I]  
21525514
- Young AH. More good news about the magic ion: lithium may prevent dementia. *Br J Psychiatry*. 2011; 198: 336-337 [AO,I]  
21525515
- Avorn J. The relative cost-effectiveness of anticoagulants: obvious, except for the cost and the effectiveness. *Circulation*. 2011; 123: 2519-2521 [AO,I]  
21606400
- Shah SV, Gage BF. Cost-effectiveness of dabigatran for stroke prophylaxis in atrial fibrillation. *Circulation*. 2011; 123: 2562-2570 [CE,II]  
21606397
- Etminan M, Delaney JA, Bressler B, Brophy JM. Oral contraceptives and the risk of gallbladder disease: a comparative safety study. *CMAJ*. 2011; 183: 899-904 [S,I]  
21502354
- Graham DY, Fischbach LA. Empiric therapies for *Helicobacter pylori* infections. *CMAJ*. 2011; 183: E506-E508 [R,I]  
21343269
- Scheen AJ. Sibutramine on cardiovascular outcome. *Diabetes Care*. 2011; 34 Suppl 2: S114-S119 [AO,I]  
21525441



- Lebovitz HE. Insulin: potential negative consequences of early routine use in patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care.* 2011; 34 Suppl 2: S225-S230 [AO,I]  
21525460
- Miccoli R, Penno G, Del Prato S. Multidrug treatment of type 2 diabetes: a challenge for compliance. *Diabetes Care.* 2011; 34 Suppl 2: S231-S235 [R,I]  
21525461
- Cernea S, Raz I. Therapy in the early stage: incretins. *Diabetes Care.* 2011; 34 Suppl 2: S264-S271 [R,I]  
21525466
- Dicker D. DPP-4 inhibitors: impact on glycemic control and cardiovascular risk factors. *Diabetes Care.* 2011; 34 Suppl 2: S276-S278 [AO,I]  
21525468
- Grossman E, Verdecchia P, Shamiss A, Angeli F, Reboldi G. Diuretic treatment of hypertension. *Diabetes Care.* 2011; 34 Suppl 2: S313-S319 [R,I]  
21525475
- Hainer V. Comparative efficiency and safety of pharmacological approaches to the management of obesity. *Diabetes Care.* 2011; 34 Suppl 2: S349-s354 [AO,I]  
21525481
- Vehik K, Cuthbertson D, Ruhlrig H, Schatz DA, Peakman M, Krischer JP; for the DPT-1 and TrialNet Study Groups. Long-term outcome of individuals treated with oral insulin: Diabetes Prevention Trial-Type 1 (DPT-1) oral insulin trial. *Diabetes Care.* 2011; 34: 1585-1590 [S,I]  
21610124
- Albanna AS, Menzies D. Drug-resistant tuberculosis: what are the treatment options? *Drugs.* 2011; 71: 815-825 [R,II]  
21568360
- Curran MP. Silodosin: treatment of the signs and symptoms of benign prostatic hyperplasia. *Drugs.* 2011; 71: 897-907 [R,I]  
21568366
- McKeage K, Croxtall JD. Ulipristal acetate: a review of its use in emergency contraception. *Drugs.* 2011; 71: 935-945 [R,I]  
21568368
- Dhillon S. Rivastigmine transdermal patch: a review of its use in the management of dementia of the Alzheimer's type. *Drugs.* 2011; 71: 1209-1231 [R,I]  
21711064
- Altman RD, Barthel HR. Topical therapies for osteoarthritis. *Drugs.* 2011; 71: 1259-1279 [R,I]  
21770475
- Bayard M, Bailey B, Acharya D, Ambreen F, Duggal S, Kaur T, et al. Bupropion and restless legs syndrome: a randomized controlled trial. *J Am Board Fam Med.* 2011; 24: 422-428 [EC,I]  
21737767
- Mills EJ, O'Regan C, Eyawo O, Wu P, Mills F, Berwanger O, et al. Intensive statin therapy compared with moderate dosing for prevention of cardiovascular events: a meta-analysis of >40 000 patients. *Eur Heart J.* 2011; 32: 1409-1415 [M,I]  
21385791
- De Gier N, Gorgels W, Lucassen P, Oude Voshaar R, Mulder J, Zitman F. Discontinuation of long-term benzodiazepine use: 10-year follow-up. *Fam Pract.* 2011; 28: 253-259 [S,II]  
21193495
- Kersnik J, Klemenc-Ketis Z, Petek-Ster M, Tusek-Bunc K, Poplas-Susic T, Kolsek M. Family doctors' views of pharmaceutical sales representatives: assessment scale development. *Fam Pract.* 2011; 28: 456-460 [T,I]  
21292626
- Vega T, Arrieta E, Lozano JE, Miralles M, Anes Y, Gomez C, et al; por el Grupo RECENT. Atención sanitaria paliativa y de soporte de los equipos de atención primaria en el domicilio. *Gac Sanit.* 2011; 25: 205-210 [T,I]  
21496971
- San Miguel MT, Sanchez JL. Interacciones alimento/medicamento. *Inf Ter Sist Nac Salud.* 2011; 35: 3-12 [R,I]
- Mostaza JM, Lahoz C, Garcia-Iglesias F, Estirado E, Ruiz-Rivas J, Gonzalez-Alegre T et al. Uso de las estatinas en prevención primaria. *Inf Ter Sist Nac Salud.* 2011; 35: 46-56 [R,II]
- Moya A. Ética de la prescripción. *Inf Ter Sist Nac Salud.* 2011; 35: 57-63 [R,II]
- Bell CM, Brener SS, Gunraj N, Huo C, Bierman AS, Scales DC, et al. Association of ICU or hospital admission with unintentional discontinuation of medications for chronic diseases. *JAMA.* 2011; 306: 840-847 [S,II]  
21862745
- Kahn JM, Angus DC. Going home on the right medications: prescription errors and transitions of care. *JAMA.* 2011; 306: 878-879 [AO,II]  
21862750
- Confalonieri M, Meduri GU. Glucocorticoid treatment in community-acquired pneumonia. *Lancet.* 2011; 377: 1982-1984 [AO,I]  
21636121
- Meijvis SC, Hardeman H, Remmelts HH, Heijlbergen R, Rijkers GT, van Velzen-Blad H, et al. Dexamethasone and length of hospital stay in patients with community-acquired pneumonia: a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet.* 2011; 377: 2023-2030 [EC,I]  
21636122
- Baigent C, Landray MJ, Reith C, Emberson J, Wheeler DC, Tomson C, et al; SHARP Investigators. The effects of lowering LDL cholesterol with simvastatin plus ezetimibe in patients with chronic kidney disease (Study of Heart and Renal Protection): a randomised placebo-controlled trial. *Lancet.* 2011; 377: 2181-2192 [EC,I]  
21663949
- Turk DC, Wilson HD, Cahana A. Treatment of chronic non-cancer pain. *Lancet.* 2011; 377: 2226-2235 [R,I]  
21704872
- Portenoy RK. Treatment of cancer pain. *Lancet.* 2011; 377: 2236-2247 [R,I]  
21704873
- Mayer KH. Antiretrovirals for HIV prevention: translating promise into praxis. *Lancet.* 2011; 378: 206-208 [AO,I]  
21763922

- Montaner JS. Treatment as prevention--a double hat-trick. *Lancet*. 2011; 378: 208-209 [AO,I]  
21763923
- Mathieu C, Gillard P. Arresting type 1 diabetes after diagnosis: GAD is not enough. *Lancet*. 2011; 378: 291-292 [AO,I]  
21715000
- Wherrett DK, Bundy B, Becker DJ, DiMeglio LA, Gitelman SE, Goland R, et al; Type 1 Diabetes TrialNet GAD Study Group. Antigen-based therapy with glutamic acid decarboxylase (GAD) vaccine in patients with recent-onset type 1 diabetes: a randomised double-blind trial. *Lancet*. 2011; 378: 319-327 [EC,I]  
21714999
- Carlet J, Collignon P, Goldmann D, Goossens H, Gyssens IC, Harbarth S, et al. Society's failure to protect a precious resource: antibiotics. *Lancet*. 2011; 378: 369-371 [R,II]  
21477855
- Dickstein K. Cardiac myosin activation: will theory and practice coincide? *Lancet*. 2011; 378: 639-641 [AO,I]  
21856465
- Shah AM, Mann DL. In search of new therapeutic targets and strategies for heart failure: recent advances in basic science. *Lancet*. 2011; 378: 704-712 [R,I]  
21856484
- Krum H, Teerlink JR. Medical therapy for chronic heart failure. *Lancet*. 2011; 378: 713-721 [AO,I]  
21856485
- Ampudia-Blasco FJ. Futuro de las glitazonas. *Med Clin (Barc)*. 2011; 137: 20-21 [R,I]  
21444097
- Mesas AE, Llano JD, Magro IS, Macoski M, Sarria MA. Tendencia y factores asociados al uso de analgésicos en España entre 1993 y 2006. *Med Clin (Barc)*. 2011; 137: 55-61 [T,I]  
21051052
- Ruiz A, Gordillo FJ, Arranz E, Hermosa JC. Optimización fármaco-económica del tratamiento de la hipercolesterolemia con estatinas. *Med Clin (Barc)*. 2011; 137: 119-125 [R,I]  
21074814
- Price D, Musgrave SD, Shepstone L, Hillyer EV, Sims EJ, Gilbert RF, et al. Leukotriene antagonists as first-line or add-on asthma-controller therapy. *N Engl J Med*. 2011; 364: 1695-1707 [EC,I]  
21542741
- Schilcher J, Michaëlsson K, Aspenberg P. Bisphosphonate use and atypical fractures of the femoral shaft. *N Engl J Med*. 2011; 364: 1728-1737 [CC,II]  
21542743
- Martin DF, Maguire MG, Ying GS, Grunwald JE, Fine SL, Jaffe GJ; CATT Research Group. Ranibizumab and bevacizumab for neovascular age-related macular degeneration. *N Engl J Med*. 2011; 364: 1897-1908 [EC,I]  
21526923
- Rosenfeld PJ. Bevacizumab versus ranibizumab for AMD. *N Engl J Med*. 2011; 364: 1966-1967 [AO,I]  
21526924
- Wechsler LR. Intravenous thrombolytic therapy for acute ischemic stroke. *N Engl J Med*. 2011; 364: 2138-2146 [AO,I]  
21631326
- Arora S, Thornton K, Murata G, Deming P, Kalishman S, Dion D, et al. Outcomes of treatment for hepatitis C virus infection by primary care providers. *N Engl J Med*. 2011; 364: 2199-2207 [S,I]  
21631316
- Chowdhury BA, Seymour SM, Levenson MS. Assessing the safety of adding LABAs to inhaled corticosteroids for treating asthma. *N Engl J Med*. 2011; 364: 2473-2475 [AO,I]  
21714647
- Bern C. Antitrypanosomal therapy for chronic Chagas' disease. *N Engl J Med*. 2011; 364: 2527-2534 [AO,I]  
21714649
- O'Connor CM, Starling RC, Hernandez AF, Armstrong PW, Dickstein K, Hasselblad V, et al. Effect of nesiritide in patients with acute decompensated heart failure. *N Engl J Med*. 2011; 365: 32-43 [EC,I]  
21732835
- Topol EJ. The lost decade of nesiritide. *N Engl J Med*. 2011; 365: 81-82 [AO,I]  
21732841
- Theoret MR, Ning YM, Zhang JJ, Justice R, Keegan P, Pazdur R. The risks and benefits of 5a-reductase inhibitors for prostate-cancer prevention. *N Engl J Med*. 2011; 365: 97-99 [R,I]  
21675880
- Cobb NK, Abrams DB. E-cigarette or drug-delivery device? Regulating novel nicotine products. *N Engl J Med*. 2011; 365: 193-195 [AO,I]  
21774706
- Polak JF, Pencina MJ, Pencina KM, O'Donnell CJ, Wolf PA, D'Agostino RB Sr. Carotid-wall intima-media thickness and cardiovascular events. *N Engl J Med*. 2011; 365: 213-221 [S,I]  
21774709
- Egan A, Colman E. Weighing the benefits of high-dose simvastatin against the risk of myopathy. *N Engl J Med*. 2011; 365: 285-287 [R,I]  
21675881
- Goldfine AB, Kaul S, Hiatt WR. Fibrates in the treatment of dyslipidemias--time for a reassessment. *N Engl J Med*. 2011; 365: 481-484 [R,I]  
21830963
- Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, Gamble T, Hosseinipour MC, Kumarasamy N, et al; HPTN 052 Study Team. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *N Engl J Med*. 2011; 365: 493-505 [EC,II]  
21767103
- Albert RK, Connett J, Bailey WC, Casaburi R, Cooper JA Jr, Criner GJ, et al; COPD Clinical Research Network. Azithromycin for prevention of exacerbations of COPD. *N Engl J Med*. 2011; 365: 689-698 [EC,II]  
21864166
- Arboleya L, Alperi M, Alonso S. Efectos adversos de los bisfosfonatos. *Reumatol Clin*. 2011; 07: 189-197 [R,I]
- Dybdahl T, Søndergaard J, Kragstrup J, Kristiansen IS, Andersen M. Primary care physicians' adoption of new drugs is not associated with their clinical interests: A pharmacoepidemiologic study. *Scand J Prim Health Care*. 2011; 29: 117-121 [S,I]  
21510719

Turabian JL, Perez B. Aspectos no farmacológicos de las medicaciones. *Semergen*. 2011; 37: 246-251 [R,I]

Velasco V, Juárez M, López E, Salamanca AI, Barrios E, Santos P. Análisis de las interacciones medicamentosas en población extrahospitalaria mayor de 65 años. *Semergen*. 2011; 37: 233-237 [T,I]

Calvo JM, Lima EM. Indicaciones del dabigatrán. *Semergen*. 2011; 37: 252-254 [R,I]

**ENTREVISTA CLÍNICA**

Olazarán J, Torrero P, Cruz I, Aparicio E, Sanz A, Mula N, et al. Mild cognitive impairment and dementia in primary care: the value of medical history. *Fam Pract*. 2011; 28: 385-392 [S,I]  
21402661

Borrell F, Hernández JC, Lázaro J. Demanda y queja en la entrevista clínica, conceptos clave para una práctica clínica segura. *Med Clin (Barc)*. 2011; 137: 216-220 [R,I]  
20056256

Liira H. Patient information for better health outcomes in primary care. *Scand J Prim Health Care*. 2011; 29: 65-66 [AO,I]  
21526920

**ATENCIÓN FAMILIAR**

Florence C, Shepherd J, Brennan I, Simon T. Effectiveness of anonymised information sharing and use in health service, police, and local government partnership for preventing violence related injury: experimental study and time series analysis. *BMJ*. 2011; 342: d3313 [QE,I]  
21680632

Ritchie CS, Roth DL, Allman RM. Living with an aging parent: "It was a beautiful invitation". *JAMA*. 2011; 306: 746-753 [R,II]  
21846856

Swartz K. Sharing the financial responsibility of caring for parents. *JAMA*. 2011; 306: 760-761 [AO,I]  
21846859

**ACTIVIDADES COMUNITARIAS.** Incluye: encuestas de satisfacción, todo lo relacionado con los usuarios.

March S, Ramos M, Soler M, Ruiz-Jiménez JL, Miller F, Domínguez J; grupo de investigación PACAP. Revisión documental de experiencias de actividad comunitaria en atención primaria de salud. *Aten Primaria*. 2011; 43: 289-296 [T,I]  
21342721

Nagraj S, Gillam S. Patient participation groups. *BMJ*. 2011; 342: d2333 [R,I]  
21511786

Tenforde M, Jain A, Hickner J. The value of personal health records for chronic disease management: what do we know? *Fam Med*. 2011; 43: 351-354 [R,I]  
21557106

Hojat M, Louis DZ, Maxwell K, Markham FW, Wender RC, Gonnella JS. A brief instrument to measure patients' overall satisfaction with primary care physicians. *Fam Med*. 2011; 43: 412-417 [T,I]  
21656396

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

Dorsey ER, Nicholson S, Frist WH. Commentary: improving the supply and distribution of Primary care physicians. *Acad Medicine*. 2011; 86: 541-543 [AO,I]

Saultz J. Measuring educational outcomes. *Fam Med*. 2011; 43: 385-386 [AO,I]  
21656391

Gillies RA, Speers SH, Young SE, Fly CA. Teaching medical error apologies: development of a multi-component intervention. *Fam Med*. 2011; 43: 400-406 [QE,II]  
21656394

Walling A, Moser SE, Dickson G, Zackula RE, Fussell H. Do students falsify information in clinical notes? *Fam Med*. 2011; 43: 418-421 [T,II]  
21656397

Wadland WC, Winklerprins VJ, Noel MM, Thompson ME, Rios-Bedoya CF. Student performance on smoking cessation counseling with standardized patients. *Fam Med*. 2011; 43: 422-428 [QE,I]  
21656398

Dysinger WS, King V, Foster TC, Geffken D. Incorporating population medicine into primary care residency training. *Fam Med*. 2011; 43: 480-486 [T,I]  
21761379

Newton W, Baxley E, Reid A, Stanek M, Robinson M, Weir S. Improving chronic illness care in teaching practices: learnings from the i<sup>3</sup> collaborative. *Fam Med*. 2011; 43: 495-502 [S,I]  
21761381

Douglass AB, Rosener SE, Stehney MA. Implementation and preliminary outcomes of the nation's first comprehensive 4-year residency in Family Medicine. *Fam Med*. 2011; 43: 510-513 [T,II]  
21761383

Mazzone M, Krasovich S, Fay D, Ginn P, Lopresti L, Nelson K, et al. Implementing radical curriculum change in a family medicine residency: the majors and masteries program. *Fam Med*. 2011; 43: 514-521 [T,I]  
21761384

Carney PA, Eiff MP, Saultz JW, Douglass AB, Tillotson CJ, Crane SD, et al. An emerging epidemic of innovation in family medicine residencies. *Fam Med*. 2009; 41: 632-639 [T,I]  
19816826

Jochimsen-van der Leeuw HG, van Dijk N, Wieringa-de Waard M. Attitudes towards obesity treatment in GP training practices: a focus group study. *Fam Pract*. 2011; 28: 422-429 [C,I]  
21273284

Xu R. A differentiation diagnosis--specialization and the medical student. *N Engl J Med*. 2011; 365: 391-393 [AO,I]  
21812670

**INVESTIGACIÓN.** Incluye: investigación cualitativa, estadística.

Reynolds T. Clinical trials: can technology solve the problem of low recruitment? *BMJ*. 2011; 342: d3662 [AO,I]  
21672994

Hackshaw A, Kirkwood A. Interpreting and reporting clinical trials with results of borderline significance. *BMJ*. 2011; 343: d3340 [R,II]  
21727163

Van Weel C. The impact of research in primary care and family medicine: the Thomson Reuters Web of Science Subject Category 'Primary Health Care'. *Fam Pract*. 2011; 28: 239-240 [AO,I]  
21602287

Stuardi T, Cox H, Torgerson DJ. Database recruitment: a solution to poor recruitment in randomized trials? *Fam Pract*. 2011; 28: 329-333 [R,I]  
21156752

Van Weel C. The web of science subject category 'primary health care'. *Fam Pract*. 2011; 28: 351 [AO,I]  
21791529

Shephard E, Stapley S, Hamilton W. The use of electronic databases in primary care research. *Fam Pract*. 2011; 28: 352-354 [AO,I]  
21791530

Creavin ST, Creavin AL, Mallen CD. Do GPs respond to postal questionnaire surveys? A comprehensive review of primary care literature. *Fam Pract*. 2011; 28: 461-467 [R,I]  
21335412

Seoane T, Rodríguez MA, Hervada X, Cadarso C. El software libre en la investigación médica. *Med Clin (Barc)*. 2011; 137: 73-76 [R,I]  
20035954

Moher D, Villanueva E. Mejora de la calidad de las publicaciones sobre ensayos aleatorizados: colaboración entre autores, revisores y editores. *Med Clin (Barc)*. 2011; 137: 211-212 [AO,I]  
21196017

#### MEDICINA BASADA EN PRUEBAS

Moynihan R. It's time to rebuild the evidence base. *BMJ*. 2011; 342: d3004 [AO,I]  
21613342

Livingston EH, McNutt RA. The hazards of evidence-based medicine: assessing variations in care. *JAMA*. 2011; 306: 762-763 [AO,II]  
21846860

Leung L, Riutta T, Kotecha J, Rosser W. Chronic constipation: an evidence-based review. *J Am Board Fam Med*. 2011; 24: 436-451 [M,I]  
21737769

#### PREVENCIÓN

Dieffenbach CW, Fauci AS. Thirty Years of HIV and AIDS: Future Challenges and Opportunities. *Ann Intern Med*. 2011; 154: 766-771 [R,II]  
21628350

Schousboe JT, Kerlikowske K, Loh A, Cummings SR. Personalizing mammography by breast density and other risk factors for breast cancer: analysis of health benefits and cost-effectiveness. *Ann Intern Med*. 2011; 155: 10-20 [CE,II]  
21727289

Mandelblatt JS, Stout N, Trentham-Dietz A. To screen or not to screen women in their 40s for breast cancer: is personalized risk-based screening the answer? *Ann Intern Med*. 2011; 155: 58-60 [AO,II]  
21727294

Moyer VA; on behalf of the U.S. Preventive Services Task Force. Screening for bladder cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med*. 2011; 155: 246-251 [M,III]  
21844550

Hackam DG, Shojanian KG, Spence JD, Alter DA, Beanlands RS, Dresser GK, et al. Influence of noninvasive cardiovascular imaging in primary prevention: systematic review and meta-analysis of randomized trials. *Arch Intern Med*. 2011; 171: 977-982 [M,II]  
21403010

Abrahamsen B, Eiken P, Eastell R. Proton pump inhibitor use and the antifracture efficacy of alendronate. *Arch Intern Med*. 2011; 171: 998-1004 [S,II]  
21321287

Silver LD, Farley TA. Sodium and potassium intake: mortality effects and policy implications: comment on "Sodium and potassium intake and mortality among US adults". *Arch Intern Med*. 2011; 171: 1191-1192 [AO,I]  
21747016

Tang KL, Eurich DT, Minhas-Sandhu JK, Marrie TJ, Majumdar SR. Incidence, correlates, and chest radiographic yield of new lung cancer diagnosis in 3398 patients with pneumonia. *Arch Intern Med*. 2011; 171: 1193-1198 [S,I]  
21518934

Beerepoot MA, Ter Riet G, Nys S, van der Wal WM, de Borgie CA, de Reijke TM, et al. Cranberries vs antibiotics to prevent urinary tract infections: a randomized double-blind noninferiority trial in premenopausal women. *Arch Intern Med* 2011; 171: 1270-1278 [EC,I]  
21788542

Gurley BJ. Cranberries as antibiotics?: Comment on "Cranberries vs antibiotics to prevent urinary tract infections: a randomized double-blind noninferiority trial in premenopausal women". *Arch Intern Med*. 2011; 171: 1279-1280 [AO,I]  
21788543

Legrand M, Mateo J, Aribaud A, Ginisty S, Eftekhari P, Huy PT, et al. The use of dabigatran in elderly patients. *Arch Intern Med*. 2011; 171: 1285-1286 [R,II]  
21788545

Imperiale TF. Screening for colorectal cancer in the elderly population: how much is enough? *Arch Intern Med*. 2011; 171: 1332-1334 [AO,II]  
21824947

Kistler CE, Kirby KA, Lee D, Casadei MA, Walter LC. Long-term outcomes following positive fecal occult blood test results in older adults: benefits and burdens. *Arch Intern Med*. 2011; 171: 1344-1351 [S,II]  
21555655

Levis S, Strickman-Stein N, Ganjei-Azar P, Xu P, Doerge DR, Krischer J. Soy isoflavones in the prevention of menopausal bone loss and menopausal symptoms: a randomized, double-blind trial. *Arch Intern Med*. 2011; 171: 1363-1369 [EC,I]  
21824950

- Aguilar AL, Vera M, Outomuro A, Cabrera R, Martín M, Bernardo T. La salud de los médicos de familia: ¿practicamos lo que predicamos? *Aten Primaria*. 2011; 43: 305-311 [T,I]  
21239086
- Aranda J, Aguilar-Shea AL, Marín JC. ¿Podemos estar tranquilos ante una colonoscopia sin lesiones? *Cáncer colorrectal de intervalo*. *Aten Primaria*. 2011; 43: 333-335 [R,I]  
21497420
- Järvinen TL, Sievänen H, Kannus P, Jokihaara J, Khan KM. The true cost of pharmacological disease prevention. *BMJ*. 2011; 342: d2175 [R,II]  
21505222
- Middeldorp S. Duration of anticoagulation for venous thromboembolism. *BMJ*. 2011; 342: d2758 [AO,I]  
21610039
- Butchart A. Public health and preventing violence. *BMJ*. 2011; 342: d2882 [AO,I]  
21680631
- Steckelberg A, Hülfenhaus C, Haastert B, Mühlhauser I. Effect of evidence based risk information on informed choice" in colorectal cancer screening: randomised controlled trial. *BMJ*. 2011; 342: d3193 [EC,I]  
21636633
- Cappuccio FP, Miller MA. Is prolonged lack of sleep associated with obesity? *BMJ*. 2011; 342: d3306 [R,I]  
21622519
- Hawkes N. Keep GPs in the driving seat. *BMJ*. 2011; 342: d3382 [AO,I]  
21632660
- Passacuale G, Ferro A. Oral antiplatelet agents clopidogrel and prasugrel for the prevention of cardiovascular events. *BMJ*. 2011; 342: d3488 [R,I]  
21685436
- Collins GS, Mallett S, Altman DG. Predicting risk of osteoporotic and hip fracture in the United Kingdom: prospective independent and external validation of QFractureScores. *BMJ*. 2011; 342: d365 [S,I]  
21697214
- Vernon W. Prevention of falls through podiatry care. *BMJ*. 2011; 342: d3052 [AO,I]  
21680621
- Spink MJ, Menz HB, Fotoohabadi MR, Wee E, Landorf KB, Hill KD, et al. Effectiveness of a multifaceted podiatry intervention to prevent falls in community dwelling older people with disabling foot pain: randomised controlled trial. *BMJ*. 2011; 342: d3411 [EC,I]  
21680622
- Norheim OF, Gjelsvik B, Klemsdal TO, Madsen S, Meland E, Narvesen S, et al. Norway's new principles for primary prevention of cardiovascular disease: age differentiated risk thresholds. *BMJ*. 2011; 343: d3626 [T,I]  
21752853
- Douketis JD, Iorio A. The association between venous thromboembolism and physical inactivity in everyday life. *BMJ*. 2011; 343: d3865 [AO,I]  
21727168
- Kabrhel C, Varraso R, Goldhaber SZ, Rimm E, Camargo CA Jr. Physical inactivity and idiopathic pulmonary embolism in women: prospective study. *BMJ*. 2011; 343: d3867 [S,I]  
21727169
- Biondi-Zoccai G, Landoni G. Discontinuation of aspirin for secondary prevention. *BMJ*. 2011; 343: d3942 [AO,I]  
21771830
- García LA, Cea-Soriano L, Martín-Merino E, Johansson S. Discontinuation of low dose aspirin and risk of myocardial infarction: case-control study in UK primary care. *BMJ*. 2011; 343: d4094 [CC,I]  
21771831
- Autier P, Boniol M, Gavin A, Vatten LJ. Breast cancer mortality in neighbouring European countries with different levels of screening but similar access to treatment: trend analysis of WHO mortality database. *BMJ*. 2011; 343: d4411 [T,II]  
21798968
- Dumanovsky T, Huang CY, Nonas CA, Matte TD, Bassett MT, Silver LD. Changes in energy content of lunchtime purchases from fast food restaurants after introduction of calorie labelling: cross sectional customer surveys. *BMJ*. 2011; 343: d4464 [T,I]  
21791497
- Jebb SA. Calorie labelling on the high street. *BMJ*. 2011; 343: d4502 [AO,I]  
21791499
- Barton P, Andronis L, Briggs A, McPherson K, Capewell S. Effectiveness and cost effectiveness of cardiovascular disease prevention in whole populations: modelling study. *BMJ*. 2011; 343: d4044 [CE,II]  
21798967
- Rojas-Rueda D, de Nazelle A, Tainio M, Nieuwenhuijsen MJ. The health risks and benefits of cycling in urban environments compared with car use: health impact assessment study. *BMJ*. 2011; 343: d4521 [T,I]  
21816732
- Hippisley-Cox J, Coupland C. Development and validation of risk prediction algorithm (QThrombosis) to estimate future risk of venous thromboembolism: prospective cohort study. *BMJ*. 2011; 343: d4656 [S,I]  
21846713
- Shapiro J, Jones CS. The future of public health in England. *BMJ*. 2011; 343: d4834 [R,I]  
21798977
- Cappuccio FP, Capewell S, Lincoln P, McPherson K. Policy options to reduce population salt intake. *BMJ*. 2011; 343: d4995 [R,II]  
21835876
- Young AH. More good news about the magic ion: lithium may prevent dementia. *Br J Psychiatry*. 2011; 198: 336-337 [AO,I]  
21525515
- Bhui K, Dinos S. Preventive psychiatry: a paradigm to improve population mental health and well-being. *Br J Psychiatry*. 2011; 198: 417-419 [AO,I]  
21628700
- Avrom J. The relative cost-effectiveness of anticoagulants: obvious, except for the cost and the effectiveness. *Circulation*. 2011; 123: 2519-2521 [AO,I]  
21606400

- Shah SV, Gage BF. Cost-effectiveness of dabigatran for stroke prophylaxis in atrial fibrillation. *Circulation*. 2011; 123: 2562-2570 [CE,II]  
21606397
- Balogopal PB, de Ferranti SD, Cook S, Daniels SR, Gidding SS, Hayman LL, et al; on behalf of the American Heart Association Committee on Atherosclerosis, Hypertension and Obesity in Youth of the Council on Cardiovascular Disease in the Young; Council on Nutrition, Physical Activity and Metabolism, and Council on Epidemiology and Prevention. Nontraditional risk factors and biomarkers for cardiovascular disease: mechanistic, research, and clinical considerations for youth: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2011; 123: 2749-2769 [M,II]  
21555711
- Smith SC Jr. Reducing the global burden of ischemic heart disease and stroke: a challenge for the cardiovascular community and the United Nations. *Circulation*. 2011; 124: 278-279 [AO,I]  
21730302
- Kim AS, Johnston SC. Global variation in the relative burden of stroke and ischemic heart disease. *Circulation*. 2011; 124: 314-323 [T,I]  
21730306
- Hill MD, Coutts SB. Preventing stroke after transient ischemic attack. *CMAJ*. 2011; 183: 1127-1128 [AO,I]  
2164467
- Okada S, Morimoto T, Ogawa H, Kanauchi M, Nakayama M, Uemura S, et al; for the Japanese Primary Prevention of Atherosclerosis With Aspirin for Diabetes (JPAD) Trial Investigators. Differential effect of low-dose aspirin for primary prevention of atherosclerotic events in diabetes management: a subanalysis of the JPAD trial. *Diabetes Care*. 2011; 34: 1277-1283 [EC,I]  
21515838
- Ford ES. Trends in the risk for coronary heart disease among adults with diagnosed diabetes in the u.s.: findings from the national health and nutrition examination survey, 1999-2008. *Diabetes Care*. 2011; 34: 1337-1343 [S,II]  
21505207
- Brambilla P, La Valle E, Falbo R, Limonta G, Signorini S, Cappellini F, et al. Normal fasting plasma glucose and risk of type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2011; 34: 1372-1374 [S,I]  
21498787
- Zamora D, Gordon-Larsen P, He K, Jacobs DR Jr, Shikany JM, Popkin BM. Are the 2005 dietary guidelines for americans associated with reduced risk of type 2 diabetes and cardiometabolic risk factors?: twenty-year findings from the CARDIA study. *Diabetes Care*. 2011; 34: 1183-1185 [S,I]  
21478463
- Chudyk A, Petrella RJ. Effects of exercise on cardiovascular risk factors in type 2 diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care*. 2011; 34: 1228-1237 [M,II]  
21525503
- Nicolucci A, Standl E. Antiplatelet therapy for every diabetic person? *Diabetes Care*. 2011; 34 Suppl 2: S150-S154 [AO,I]  
21525447
- De Fronzo RA, Abdul-Ghani M. Type 2 diabetes can be prevented with early pharmacological intervention. *Diabetes Care*. 2011; 34 Suppl 2: S202-S209 [R,II]  
21525456
- Tuomilehto J, Schwarz P, Lindström J. Long-term benefits from lifestyle interventions for type 2 diabetes prevention: time to expand the efforts. *Diabetes Care*. 2011; 34 Suppl 2: S210-S214 [R,I]  
21525457
- Vepsäläinen T, Soinio M, Marniemi J, Lehto S, Juutilainen A, Laakso M, et al. Physical activity, high-sensitivity C-reactive protein, and total and cardiovascular disease mortality in type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2011; 34: 1492-1496 [S,I]  
21602429
- Ponsonby AL, Sun C, Ukoumunne OC, Pezic A, Venn A, Shaw JE, et al. Objectively measured physical activity and the subsequent risk of incident dysglycemia: The Australian Diabetes, Obesity and Lifestyle Study (AusDiab). *Diabetes Care*. 2011; 34: 1497-1502 [S,I]  
21562319
- Kahn SE, Utzschneider KM. What's next for diabetes prevention? *Diabetes Care*. 2011; 34: 1678-1680 [R,I]  
21709302
- Schmid R, Vollenweider P, Waeber G, Marques-Vidal P. Estimating the risk of developing type 2 diabetes: a comparison of several risk scores: the cohorte lausannoise study. *Diabetes Care*. 2011; 34: 1863-1868 [T,I]  
21636799
- Marmot M. Fruit and vegetable intake reduces risk of fatal coronary heart disease. *Eur Heart J*. 2011; 32: 1182-1183 [AO,I]  
21245489
- Capewell S, O'Flaherty M. Can dietary changes rapidly decrease cardiovascular mortality rates? *Eur Heart J*. 2011; 32: 1187-1189 [AO,I]  
21367835
- Crowe FL, Roddam AW, Key TJ, Appleby PN, Overvad K, Jakobsen MU, et al; European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC)-Heart Study Collaborators. Fruit and vegetable intake and mortality from ischaemic heart disease: results from the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC)-Heart study. *Eur Heart J*. 2011; 32: 1235-1243 [S,II]  
21245490
- Genders TS, Steyerberg EW, Alkadhi H, Leschka S, Desbiolles L, Nieman K, et al; The CAD Consortium. A clinical prediction rule for the diagnosis of coronary artery disease: validation, updating, and extension. *Eur Heart J*. 2011; 32: 1316-1330 [T,I]  
21367834
- Mills EJ, O'Regan C, Eyawo O, Wu P, Mills F, Berwanger O, et al. Intensive statin therapy compared with moderate dosing for prevention of cardiovascular events: a meta-analysis of >40 000 patients. *Eur Heart J*. 2011; 32: 1409-1415 [M,I]  
21385791
- Redon J, Olsen MH, Cooper RS, Zurriaga O, Martinez-Beneito MA, Laurent S, et al. Stroke mortality and trends from 1990 to 2006 in 39 countries from Europe and Central Asia: implications for control of high blood pressure. *Eur Heart J*. 2011; 32: 1424-1431 [T,II]  
21487117
- Natarajan P, Cannon CP. Myocardial infarction vaccine? Evidence supporting the influenza vaccine for secondary prevention. *Eur Heart J*. 2011; 32: 1701-1703 [R,II]  
21406438

- Dysinger WS, King V, Foster TC, Geffken D. Incorporating population medicine into primary care residency training. *Fam Med*. 2011; 43: 480-486 [T,I]  
21761379
- Menon R, Lerner AJ. Use of cognitive screening instruments in primary care: the impact of national dementia directives (NICE/SCIE, National Dementia Strategy). *Fam Pract*. 2011; 28: 272-276 [T,I]  
21115987
- Galvin R, Geraghty C, Motterlini N, Dimitrov BD, Fahey T. Prognostic value of the ABCD2 clinical prediction rule: a systematic review and meta-analysis. *Fam Pract*. 2011; 28: 366-376 [M,II]  
21486940
- Moya P, López MS, Bastida JL, Sotos FE, Pacheco BN, Aguilar FS, et al. Coste-efectividad de un programa de actividad física de tiempo libre para prevenir el sobrepeso y la obesidad en niños de 9-10 años. *Gac Sanit*. 2011; 25: 198-204 [CE,I]  
21324563
- Vallès X, Carnicer-Pont D, Casabona J. Estudios de contactos para infecciones de transmisión sexual. ¿Una actividad descuidada? *Gac Sanit*. 2011; 25: 224-232 [M,I]  
21420203
- Godoy P. La vigilancia y el control de las infecciones de transmisión sexual: todavía un problema pendiente. *Gac Sanit*. 2011; 25: 263-266 [AO,I]  
21715057
- Morano R, Pérez F, Brosa M, Escolano IP. Análisis de coste-efectividad de la vacunación antineumocócica en España. *Gac Sanit*. 2011; 25: 267-273 [CE,II]  
21640443
- Salas D. Cribado del cáncer colorrectal: Fortalezas para avanzar en el cribado en España. *Gac Sanit*. 2011; 25: 329-330 [R,II]  
21715063
- Segura A. Cribado del cáncer colorrectal: No es lo mismo predicar que dar trigo, ni se empieza la casa por el tejado. *Gac Sanit*. 2011; 25: 331-332 [AO,II]  
21715061
- Zubiaurre L, Bujanda L. Aspirina en la prevención del cáncer colorrectal. *Gastroenterol Hepatol*. 2011; 34: 337-345 [R,I]  
21435744
- Zorzi M, Fedato C, Grazzini G, Stocco FC, Banovich F, Bortoli A, et al. High sensitivity of five colorectal screening programmes with faecal immunochemical test in the Veneto Region, Italy. *Gut*. 2011; 60: 944-949 [T,I]  
21193461
- Mostaza JM, Lahoz C, Garcia-Iglesias F, Estirado E, Ruiz-Rivas J, Gonzalez-Alegre T et al. Uso de las estatinas en prevención primaria. *Inf Ter Sist Nac Salud*. 2011; 35: 46-56 [R,II]
- Buys SS, Partridge E, Black A, Johnson CC, Lamerato L, Isaacs C, et al; PLCO Project Team. Effect of screening on ovarian cancer mortality: the Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian (PLCO) Cancer Screening Randomized Controlled Trial. *JAMA*. 2011; 305: 2295-2303 [EC,II]  
21642681
- GrÖntved A, Hu FB. Television viewing and risk of type 2 diabetes, cardiovascular disease, and all-cause mortality: a meta-analysis. *JAMA*. 2011; 305: 2448-2455 [M,II]  
21673296
- Shapses SA, Manson JE. Vitamin D and prevention of cardiovascular disease and diabetes: why the evidence falls short. *JAMA*. 2011; 305: 2565-2566 [R,I]  
21693745
- Bongartz T, Kudva Y. Can treatment of chronic inflammatory diseases reduce the risk of diabetes mellitus? *JAMA*. 2011; 305: 2573-2574 [AO,I]  
21693749
- Acheson LS. Recording, interpreting, and updating the family history of cancer: implications for cancer prevention. *JAMA*. 2011; 306: 208-210 [AO,I]  
21750302
- Robinson JK, Bigby M. Prevention of melanoma with regular sunscreen use. *JAMA*. 2011; 306: 302-303 [AO,I]  
21712528
- Freedman ND, Silverman DT, Hollenbeck AR, Schatzkin A, Abnet CC. Association between smoking and risk of bladder cancer among men and women. *JAMA*. 2011; 306: 737-745 [S,I]  
21846855
- Jenkins DJ, Jones PJ, Lamarche B, Kendall CW, Faulkner D, Cermakova L, et al. Effect of a dietary portfolio of cholesterol-lowering foods given at 2 levels of intensity of dietary advice on serum lipids in hyperlipidemia: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2011; 306: 831-839 [EC,I]  
21862744
- Jonas DE, Ibuka Y, Russell LB. How much time do adults spend on health-related self-care? Results from the American Time Use Survey. *J Am Board Fam Med*. 2011; 24: 380-390 [T,I]  
21737762
- Reducing road dangers. *Lancet*. 2011; 377: 1543 [AO,I]  
21550465
- New guidelines for early detection of ovarian cancer. *Lancet*. 2011; 377: 1544 [AO,I]  
21550466
- Samandari T, Agizew TB, Nyirenda S, Tedla Z, Sibanda T, Shang N, et al. 6-month versus 36-month isoniazid preventive treatment for tuberculosis in adults with HIV infection in Botswana: a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet*. 2011; 377: 1588-1598 [EC,II]  
21492926
- Salt and cardiovascular disease mortality. *Lancet*. 2011; 377: 1626 [AO,I]  
21571130
- Rothwell PM, Algra A, Amarenco P. Medical treatment in acute and long-term secondary prevention after transient ischaemic attack and ischaemic stroke. *Lancet*. 2011; 377: 1681-1692 [R,I]  
21571151
- HIV treatment as prevention--it works. *Lancet*. 2011; 377: 1719 [AO,I]  
21601691

- Ferrari R, Rapezzi C. The Mediterranean diet: a cultural journey. *Lancet*. 2011; 377: 1730-1731 [R,I]  
21397318
- Pearce EN. Iodine nutrition in the UK: what went wrong? *Lancet*. 2011; 377: 1979-1980 [AO,I]  
21640376
- Vanderpump MP, Lazarus JH, Smyth PP, Laurberg P, Holder RL, Boelaert K, et al; British Thyroid Association UK Iodine Survey Group. Iodine status of UK schoolgirls: a cross-sectional survey. *Lancet*. 2011; 377: 2007-2012 [T,I]  
21640375
- A strategic revolution in HIV and global health. *Lancet*. 2011; 377: 2055 [AO,I]  
21684364
- Saraiya M, Hariri S. HPV vaccine effect: is the glass half full or half empty? *Lancet*. 2011; 377: 2057-2058 [AO,I]  
21684367
- Santelli JS, Galea S. The global burden of disease in 10-24-year-olds. *Lancet*. 2011; 377: 2058-2060 [AO,II]  
21652064
- Britton J. Taxing tobacco profits to prevent the smoking epidemic. *Lancet*. 2011; 377: 2063-2064 [AO,I]  
21377201
- Gore FM, Bloem PJ, Patton GC, Ferguson J, Joseph V, Coffey C, et al. Global burden of disease in young people aged 10-24 years: a systematic analysis. *Lancet*. 2011; 377: 2093-2102 [M,II]  
21652063
- Baigent C, Landray MJ, Reith C, Emberson J, Wheeler DC, Tomson C, et al; SHARP Investigators. The effects of lowering LDL cholesterol with simvastatin plus ezetimibe in patients with chronic kidney disease (Study of Heart and Renal Protection): a randomised placebo-controlled trial. *Lancet*. 2011; 377: 2181-2192 [EC,I]  
21663949
- A new era for global tuberculosis control? *Lancet*. 2011; 378: 2 [AO,I]  
21724022
- Bennett DA, Emberson JR. Text messaging in smoking cessation: the txt2stop trial. *Lancet*. 2011; 378: 6-7 [AO,I]  
21722951
- Danaei G, Finucane MM, Lu Y, Singh GM, Cowan MJ, Paciorek CJ, et al; Global Burden of Metabolic Risk Factors of Chronic Diseases Collaborating Group (Blood Glucose). National, regional, and global trends in fasting plasma glucose and diabetes prevalence since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 370 country-years and 2.7 million participants. *Lancet*. 2011; 378: 31-40 [M,II]  
21705069
- Free C, Knight R, Robertson S, Whittaker R, Edwards P, Zhou W, et al. Smoking cessation support delivered via mobile phone text messaging (txt2stop): a single-blind, randomised trial. *Lancet*. 2011; 378: 49-55 [EC,II]  
21722952
- Misra A, Garg S. HbA1c and blood glucose for the diagnosis of diabetes. *Lancet*. 2011; 378: 104-106 [AO,II]  
21705066
- Heianza Y, Hara S, Arase Y, Saito K, Fujiwara K, Tsuji H, et al. HbA1c 5.7-6.4% and impaired fasting plasma glucose for diagnosis of prediabetes and risk of progression to diabetes in Japan (TOPICS 3): a longitudinal cohort study. *Lancet*. 2011; 378: 147-155 [S,II]  
21705064
- Cohen T, Corbett EL. Test and treat in HIV: success could depend on rapid detection. *Lancet*. 2011; 378: 204-206 [AO,I]  
21684592
- Mayer KH. Antiretrovirals for HIV prevention: translating promise into praxis. *Lancet*. 2011; 378: 206-208 [AO,I]  
21763922 5 23 16
- Padian NS, McCoy SI, Karim SS, Hasen N, Kim J, Bartos M, et al. HIV prevention transformed: the new prevention research agenda. *Lancet*. 2011; 378: 269-278 [R,II]  
21763938
- Schouten EJ, Jahn A, Midiani D, Makombe SD, Mnthambala A, Chirwa Z, et al. Prevention of mother-to-child transmission of HIV and the health-related Millennium Development Goals: time for a public health approach. *Lancet*. 2011; 378: 282-284 [R,II]  
21763940
- Moxon ER, Das P, Greenwood B, Heymann DL, Horton R, Levine OS, et al. A call to action for the new decade of vaccines. *Lancet*. 2011; 378: 298-302 [AO,II]  
21664682 23
- Mazzoleni LE, Francesconi CF, Sander GB. Mass eradication of *Helicobacter pylori*: feasible and advisable? *Lancet*. 2011; 378: 462-464 [AO,I]  
21777975
- Bhopal R, Macfarlane GJ, Smith WC, West R; Management Executive Committee for the XIX World Congress of Epidemiology. What is the future of epidemiology? *Lancet*. 2011; 378: 464-465 [AO,I]  
21821173
- Garnett GP, Cousens S, Hallett TB, Steketee R, Walker N. Mathematical models in the evaluation of health programmes. *Lancet*. 2011; 378: 515-525 [R,I]  
21481448
- Amon JJ. Hepatitis in drug users: time for attention, time for action. *Lancet*. 2011; 378: 543-544 [AO,I]  
21802133
- Rimm EB, Stampfer MJ. Folate and cardiovascular disease: one size does not fit all. *Lancet*. 2011; 378: 544-546 [AO,I]  
21803413
- Nelson PK, Mathers BM, Cowie B, Hagan H, Des Jarlais D, Horyniak D, et al. Global epidemiology of hepatitis B and hepatitis C in people who inject drugs: results of systematic reviews. *Lancet*. 2011; 378: 571-583 [M,II]  
21802134
- Blaha MJ, Budoff MJ, DeFilippis AP, Blankstein R, Rivera JJ, Agatston A, et al. Associations between C-reactive protein, coronary artery calcium, and cardiovascular events: implications for the JUPITER population from MESA, a population-based cohort study. *Lancet*. 2011; 378: 684-692 [S,II]  
21856482
- Capewell S, O'Flaherty M. Rapid mortality falls after risk-factor changes in populations. *Lancet*. 2011; 378: 752-723 [AO,I]  
21414659



- Gortmaker SL, Swinburn BA, Levy D, Carter R, Mabry PL, Finegood DT, et al. Changing the future of obesity: science, policy, and action. *Lancet*. 2011; 378: 838-847 [R,I]  
21872752
- Moraga-Llop FA. Vacunación antineumocócica. Más allá de la infancia. *Med Clin (Barc)*. 2011; 136: 580-582 [R,II]  
21397925
- Alemany M. Concepto de dieta mediterránea: ¿un grupo de alimentos saludables, una dieta o una panacea publicitaria? *Med Clin (Barc)*. 2011; 136: 594-599 [AO,I]  
20004423
- Azagra R, Prieto-Alhambra D, Encabo G, Casado E, Aguyé A, Díez-Pérez A; en representación del grupo de estudio FRIDEX. Utilidad de la herramienta FRAX en el tratamiento de la osteoporosis en población femenina española. *Med Clin (Barc)*. 2011; 136: 613-619 [T,I]  
21349558
- Sosa M, Gómez de Tejada MJ. ¿Hay vida más allá de la densitometría ósea? *Med Clin (Barc)*. 2011; 136: 623-624 [R,I]  
21345462
- Ruiz A, Gordillo FJ, Arranz E, Hermosa JC. Optimización fármaco-económica del tratamiento de la hipercolesterolemia con estatinas. *Med Clin (Barc)*. 2011; 137: 119-125 [R,I]  
21074814
- Royo MA, Lobos JM, Millán J, Villar F, Brotons C, Camafort M, et al; en nombre del Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular (CEIPC). Dislipidemias: un reto pendiente en prevención cardiovascular. Documento de consenso CEIPC/SEA. *Med Clin (Barc)*. 2011; 137: 30.e1-e13 [M,II]  
21511309
- Schilcher J, Michaësson K, Aspenberg P. Bisphosphonate use and atypical fractures of the femoral shaft. *N Engl J Med*. 2011; 364: 1728-1737 [CC,II]  
21542743
- Brownell KD, Koplan JP. Front-of-package nutrition labeling--an abuse of trust by the food industry? *N Engl J Med*. 2011; 364: 2373-2375 [AO,I]  
21696305
- Mozaffarian D, Hao T, Rimm EB, Willett WC, Hu FB. Changes in diet and lifestyle and long-term weight gain in women and men. *N Engl J Med*. 2011; 364: 2392-2404 [S,II]  
21696306
- Martinson NA, Barnes GL, Moulton LH, Msandiwa R, Hausler H, Ram M, et al. New regimens to prevent tuberculosis in adults with HIV infection. *N Engl J Med*. 2011; 365: 11-20 [EC,I]  
21732833
- Madhi SA, Nachman S, Violaria A, Kim S, Cotton MF, Bobat R, et al; P1041 Study Team. Primary isoniazid prophylaxis against tuberculosis in HIV-exposed children. *N Engl J Med*. 2011; 365: 21-31 [EC,I]  
21732834
- Theoret MR, Ning YM, Zhang JJ, Justice R, Keegan P, Pazdur R. The risks and benefits of 5 $\alpha$ -reductase inhibitors for prostate-cancer prevention. *N Engl J Med*. 2011; 365: 97-99 [R,I]  
21675880
- Aberle DR, Adams AM, Berg CD, Black WC, Clapp JD, Fagerstrom RM, et al; National Lung Screening Trial Research Team. Reduced lung-cancer mortality with low-dose computed tomographic screening. *N Engl J Med*. 2011; 365: 395-409 [EC,II]  
21714641
- Sox HC. Better evidence about screening for lung cancer. *N Engl J Med*. 2011; 365: 455-457 [AO,I]  
21714644
- Goldfine AB, Kaul S, Hiatt WR. Fibrates in the treatment of dyslipidemias--time for a reassessment. *N Engl J Med*. 2011; 365: 481-484 [R,I]  
21830963
- Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, Gamble T, Hosseinipour MC, Kumarasamy N, et al; HPTN 052 Study Team. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *N Engl J Med*. 2011; 365: 493-505 [EC,II]  
21767103
- Hammer SM. Antiretroviral treatment as prevention. *N Engl J Med*. 2011; 365: 561-562 [AO,I]  
21767102
- Christensen KS, Sokolowski I, Olesen F. Case-finding and risk-group screening for depression in primary care. *Scand J Prim Health Care*. 2011; 29: 80-84 [T,I]  
21542671
- Walseth LT, Abildsnes E, Schei E. Patients' experiences with lifestyle counselling in general practice: A qualitative study. *Scand J Prim Health Care*. 2011; 29: 99-103 [C,I]  
21294605
- Calvo JM, Lima EM. Indicaciones del dabigatrán. *Semergen*. 2011; 37: 252-254 [R,I]
- Peacock JL, Anderson HR, Bremner SA, Marston L, Seemungal TA, Strachan DP, Wedzicha JA. Outdoor air pollution and respiratory health in patients with COPD. *Thorax*. 2011; 66: 591-596 [T,I]  
21459856

**EVALUACIÓN / GARANTÍA DE CALIDAD**

- The Good Stewardship Working Group. The "Top 5" lists in primary care: meeting the responsibility of professionalism. *Arch Intern Med*. 2011; 171: 1385-1390 [C,II]  
21606090
- Grady D. The "top 5" health care activities for which less is more: comment on "the 'top 5' lists in primary care". *Arch Intern Med*. 2011; 171: 1390 [AO,II]  
21824955
- Abellán J, Díaz MA, Hernández ML, Galindo SB, Iserte AD, Claros NM, et al. Evaluación y control de los hipertensos diabéticos atendidos en centros de Atención Primaria de España. Estudio BRAND II. *Aten Primaria*. 2011; 43: 297-304 [T,I]  
21237535
- Vernooij-Dassen M, Leatherman S, Rikkert MO. Quality of care in frail older people: the fragile balance between receiving and giving. *BMJ*. 2011; 342: d403 [R,I]  
21441296
- Doran T, Kontopantelis E, Valderas JM, Campbell S, Roland M, Salisbury C, et al. Effect of financial incentives on incentivised

and non-incentivised clinical activities: longitudinal analysis of data from the UK Quality and Outcomes Framework. *BMJ*. 2011; 342: d3590 [S,II]  
21712336

Hébert PC, Coutts J, Rosenfield D, Macdonald N, Stanbrook M, Flegel K. Sustainability is not the issue: Let's focus on quality. *CMAJ*. 2011; 183: 885-886 [AO,II]  
21471401

O'Connor PJ, Bodkin NL, Fradkin J, Glasgow RE, Greenfield S, Gregg E, et al. Diabetes performance measures: current status and future directions. *Diabetes Care*. 2011; 34: 1651-1659 [R,I]  
21709298

Hojat M, Louis DZ, Maxwell K, Markham FW, Wender RC, Gonnella JS. A brief instrument to measure patients' overall satisfaction with primary care physicians. *Fam Med*. 2011; 43: 412-417 [T,II]  
21656396

### BIOÉTICA

Fiona Godlee. Cost is an ethical issue. *BMJ*. 2011; 342: d2813 [AO,II]

Stevens S. Is there evidence that competition in healthcare is a good thing? Yes. *BMJ*. 2011; 343: d4136 [AO,I]  
21729995

Mays N. Is there evidence that competition in healthcare is a good thing? No. *BMJ*. 2011; 343: d4205 [AO,I]  
21729996

Sheldon T. Is competition law bad for patients? *BMJ*. 2011; 343: d4495 [AO,I]  
21775402

Walling A, Moser SE, Dickson G, Zackula RE, Fussell H. Do students falsify information in clinical notes? *Fam Med*. 2011; 43: 418-421 [T,II]  
21656397

Ruiz-Cantero MT, Cambronero-Saiz B. La metamorfosis de la salud: invención de enfermedades y estrategias de comunicación. *Gac Sanit*. 2011; 25: 179-181 [AO,II]  
21565433

Moya A. Ética de la prescripción. *Inf Ter Sist Nac Salud*. 2011; 35: 57-63 [R,II]

Zuccotti G, Sato L. Malpractice risk in ambulatory settings: an increasing and underrecognized problem. *JAMA*. 2011; 305: 2464-2465 [AO,I]  
21673301

Sessums LL, Zembrzaska H, Jackson JL. Does this patient have medical decision-making capacity? *JAMA*. 2011; 306: 420-427 [M,I]  
21791691

Reuben DB, Cassel CK. Physician stewardship of health care in an era of finite resources. *JAMA*. 2011; 306: 430-431 [AO,I]  
21791692

Gamboia FM. Ética médica y dolor. *Med Clin (Barc)*. 2011; 136: 671-673 [R,II]  
21419461

Jena AB, Seabury S, Lakdawalla D, Chandra A. Malpractice risk according to physician specialty. *N Engl J Med*. 2011; 365: 629-636 [T,II]  
21848463

### PLANIFICACIÓN / GESTIÓN

Dorsey ER, Nicholson S, Frist WH. Commentary: improving the supply and distribution of Primary care physicians. *Acad Medicine*. 2011; 86: 541-543 [AO,I]

Rodríguez LC, Ferrándiz J, Muñoz JJ, Mora G, García G, Alonso MT. Medidas organizativas y práctica asistencial. Una perspectiva desde los centros de salud. *Aten Primaria*. 2011; 43: 409-416 [T,I]  
21334768

Fiona Godlee. Cost is an ethical issue. *BMJ*. 2011; 342: d2813 [AO,II]

Doran T, Kontopantelis E, Valderas JM, Campbell S, Roland M, Salisbury C, et al. Effect of financial incentives on incentivised and non-incentivised clinical activities: longitudinal analysis of data from the UK Quality and Outcomes Framework. *BMJ*. 2011; 342: d3590 [S,II]  
21712336

Coiera E. Why system inertia makes health reform so difficult. *BMJ*. 2011; 342: d3693 [AO,I]  
21700652

Stevens S. Is there evidence that competition in healthcare is a good thing? Yes. *BMJ*. 2011; 343: d4136 [AO,I]  
21729995

Mays N. Is there evidence that competition in healthcare is a good thing? No. *BMJ*. 2011; 343: d4205 [AO,I]  
21729996

Appleby J. Can we afford the NHS in future? *BMJ*. 2011; 343: d4321 [AO,I]  
21750075

Sheldon T. Is competition law bad for patients? *BMJ*. 2011; 343: d4495 [AO,I]  
21775402

Hébert PC, Coutts J, Rosenfield D, Macdonald N, Stanbrook M, Flegel K. Sustainability is not the issue: Let's focus on quality. *CMAJ*. 2011; 183: 885-886 [AO,II]  
21471401

Newton W, Baxley E, Reid A, Stanek M, Robinson M, Weir S. Improving chronic illness care in teaching practices: learnings from the i<sup>3</sup> collaborative. *Fam Med*. 2011; 43: 495-502 [S,I]  
21761381

Meneu R, Ortún V. Transparencia y buen gobierno en sanidad. También para salir de la crisis. *Gac Sanit*. 2011; 25: 333-338 [AO,II]  
21543139

Reuben DB, Cassel CK. Physician stewardship of health care in an era of finite resources. *JAMA*. 2011; 306: 430-431 [AO,I]  
21791692

Brook RH. The role of physicians in controlling medical care costs and reducing waste. *JAMA*. 2011; 306: 650-651 [AO,II]  
21828329

Livingston EH, McNutt RA. The hazards of evidence-based medicine: assessing variations in care. *JAMA*. 2011; 306: 762-763 [AO,II]  
21846860

Britton J. Taxing tobacco profits to prevent the smoking epidemic. *Lancet*. 2011; 377: 2063-2064 [AO,I]  
21377201

Garnett GP, Cousens S, Hallett TB, Steketee R, Walker N. Mathematical models in the evaluation of health programmes. *Lancet*. 2011; 378: 515-525 [R,I]  
21481448

Falces C, Andrea R, Heras M, Vehí C, Sorribes M, Sanchis L, et al. Integración entre cardiología y atención primaria: impacto sobre la práctica clínica. *Rev Esp Cardiol*. 2011; 64: 564-71 [T,I]  
21640459

### INFORMÁTICA

Baena-Díez JM, Gómez-Fernández C, Vilató-García M, Vázquez-Lazo EJ, Byram AO, Vidal-Solsona M. Registro del historial farmacoterapéutico de la historia clínica informatizada en pacientes con hipertensión arterial: un nuevo instrumento para valorar la adherencia terapéutica. *Aten Primaria*. 2011; 43: 336-342 [T,I]  
21339021

Tenforde M, Jain A, Hickner J. The value of personal health records for chronic disease management: what do we know? *Fam Med*. 2011; 43: 351-354 [R,I]  
21557106

Jha AK. The promise of electronic records: around the corner or down the road? *JAMA*. 2011; 306: 880-881 [AO,I]  
21862751

Bennett DA, Emberson JR. Text messaging in smoking cessation: the txt2stop trial. *Lancet*. 2011; 378: 6-7 [AO,I]  
21722951

Free C, Knight R, Robertson S, Whittaker R, Edwards P, Zhou W, et al. Smoking cessation support delivered via mobile phone text messaging (txt2stop): a single-blind, randomised trial. *Lancet*. 2011; 378: 49-55 [EC,II]  
21722952

Anker SD, Koehler F, Abraham WT. Telemedicine and remote management of patients with heart failure. *Lancet*. 2011; 378: 731-739 [AO,I]  
21856487

Seoane T, Rodríguez MA, Hervada X, Cadarso C. El software libre en la investigación médica. *Med Clin (Barc)*. 2011; 137: 73-76 [R,I]  
20035954

### OTRAS

Sims H, Erber WN. Investigation of an incidental finding of eosinophilia. *BMJ*. 2011; 342: d2670 [AO,I]  
21593088

Delamothe T. We need to talk about nursing. *BMJ*. 2011; 342: d3416 [AO,I]

Heijmans M, Olde Hartman TC, van Weel-Baumgarten E, Dorricks C, Lucassen PL, van Weel C. Experts' opinions on the management of medically unexplained symptoms in primary care. A qualitative analysis of narrative reviews and scientific editorials. *Fam Pract*. 2011; 28: 444-455 [M,II]  
21368064

Ruiz-Cantero MT, Cambroner-Saiz B. La metamorfosis de la salud: invención de enfermedades y estrategias de comunicación. *Gac Sanit*. 2011; 25: 179-181 [AO,II]  
21565433

Peña A. Filosofía, medicina y razonamiento clínico. *Med Clin (Barc)*. 2011; 136: 633-636 [AO,I]  
20022068

Peña A. Filosofía, medicina y razonamiento diagnóstico. Segunda parte. *Med Clin (Barc)*. 2011; 137: 131-135 [AO,I]  
20056259

Jena AB, Seabury S, Lakdawalla D, Chandra A. Malpractice risk according to physician specialty. *N Engl J Med*. 2011; 365: 629-636 [T,II]  
21848463

Liira H. Patient information for better health outcomes in primary care. *Scand J Prim Health Care*. 2011; 29: 65-66 [AO,I]  
21526920

---

# ACTIVIDADES CIENTÍFICAS

---

· **XXI Congreso Andaluz de Medicina Familiar y Comunitaria. SAMFyC**

Sevilla, 24-26 octubre 2012  
Secretaría técnica: ACM  
Telf.: 958 523 299  
Fax: 958 203 550  
[www.samfycsevilla2012.com](http://www.samfycsevilla2012.com)

· **XI Jornadas Andaluzas para R3 de MFyC. SAMFyC**

Málaga, 2-3 febrero, 2012  
Secretaría técnica: ACM  
Telf.: 958 523 299  
Fax: 958 203 550  
[www.jornadasr3samfyc2012.com](http://www.jornadasr3samfyc2012.com)

· **Jornadas de Actualización semFYC Novartis**

Granada, 16-17 febrero, 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

· **VIII Jornadas Andaluzas para Tutores de MFyC. SAMFyC**

Aracena (Huelva), 22-23 marzo, 2012  
Secretaría técnica: ACM  
Telf.: 958 523 299  
Fax: 958 203 550

· **XXIII Congreso Nacional de Entrevista Clínica y Comunicación Asistencial**

Granada, del 1 al 5 de mayo de 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

· **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 cinco los números editados de Medicina de Familia. Andalucía.

Te rogamos nos hagas llegar, de la manera que te sea más cómoda, cualquier sugerencia que, a tu juicio, nos sirva para mejorar ésta tu publicación.

Si estás interesado en participar —en cualquier forma— (corrector, sección «Publicaciones de interés/Alerta bibliográfica», o cualquier otra), te rogamos nos lo hagas saber con indicación de tu correo electrónico.

Asimismo, quedamos a la espera de recibir tus «Originales», así como cualquier otro tipo de artículo para el resto de las secciones de la Revista.

A la espera de tus aportaciones, recibe un muy cordial saludo:

EL CONSEJO DE REDACCIÓN

Remitir por:

- a) Correo:  
Revista Medicina de Familia. Andalucía  
C/ Arriola, núm. 4 - Bajo D - 18001 (Granada)
- b) Fax: 958 804202.
- c) Correo electrónico: [revista@samfyc.es](mailto:revista@samfyc.es)

SOCIO, TE ROGAMOS COMUNIQUES CUALQUIER CAMBIO DE DOMICILIO U OTROS DATOS A LA MAYOR BREVEDAD.

La publicación se adhiere a las resoluciones del *Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas* en su quinto informe de 1997 *Requisitos uniformes para preparar manuscritos enviados a revistas biomédicas*. (Las llamadas *Normas de Vancouver*). Dichas normas de publicación aparecen en: *Ann Intern Med* 1997; 126: 36-47 y en <http://www.acponline.org> (en inglés) (se adjunta con el número 0 de la revista). Dichas normas deberán ser consultadas por todos los autores que deseen ver publicados sus originales en nuestra revista.

**TODOS LOS TRABAJOS** ([www.samfyc.es](http://www.samfyc.es) e ir a Publicaciones SAMFyC, Revista, normas).

Deben ir *acompañados de los datos particulares del primer autor* (nombre y apellidos, dirección postal, código postal, población y provincia), así como de número de teléfono y dirección electrónica.

Los artículos originales tienen requisitos especiales, se recomienda ver "normas para los originales"

Deben someterse sus referencias bibliográficas a las "Normas de Vancouver"

Y, las abreviaturas utilizadas, deben estar expresamente clarificadas.

### Requisitos técnicos:

Se usará siempre papel tamaño DIN A4 escrito por una sola cara a dos espacios.

Utilizar letra tamaño 12.

Si se utilizan notas, se recogerán al final del texto (**no** a pie de página).

No usar texto subrayado. Sí puede usarse la negrita y cursiva.

No usar tabuladores ni espacios en blanco al inicio de cada párrafo.

No dejar espacios de separación entre párrafos mayores de un *ENTER*.

Empezar cada sección en una página nueva con la siguiente secuencia: Página de título, resumen y palabras clave, texto más agradecimientos (si procede), bibliografía, tablas y sus correspondientes leyendas (cada una en una página), figuras y sus correspondientes leyendas (cada una en una página), anexos.

Las ilustraciones deben ser de gran calidad y nunca de tamaño superior a 203 x 254 mm.

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

De acuerdo con el ámbito al que va dirigido, los profesionales que desempeñan su ejercicio profesional en el campo de la Atención Primaria de Salud, la revista da la bienvenida a todos los trabajos de calidad que, usando una metodología adecuada, pretendan dar respuesta a una pregunta científica pertinente. Asimismo serán considerados todos aquellos trabajos que tengan como objetivo el mantener y fomentar la competencia profesional de dichos profesionales.

La revista tendrá una expresión en papel y otra *on line*.

Contará con secciones fijas (aparecerán en todos los números) y secciones ocasionales, en relación con las áreas de interés de la revista, y que aparecerán en función de la oportunidad de su publicación.

Secciones de la publicación:

Editorial  
 Originales  
 Cartas al director  
 ¿Cuál es su diagnóstico?  
 Publicaciones de interés  
 Actividades científicas  
 Artículos de revisión

A debate  
Área Docente  
El espacio del usuario.  
Sin bibliografía

Serán bienvenidos trabajos de investigación que usen indistintamente metodología cualitativa o cuantitativa. Los trabajos originales se someterán al siguiente orden: *Resumen, Introducción, Sujetos y Métodos, Resultados, Discusión y Conclusiones*. En cualquier caso el equipo editorial acepta gustoso el poder trabajar con los autores un ordenamiento diferente de la exposición en función de los objetivos y metodología empleada.

### Secciones

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

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

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

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

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

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

Las revistas a valorar estarán contenidas entre las siguientes:

#### Medicina

Medicina Clínica  
Lancet  
British Medical Journal  
JAMA  
Annals of Internal Medicine  
New England Journal of Medicine  
Canadian Family Physician  
Canadian Medical Association Journal

#### Medicina de Familia

Atención Primaria  
MEDIFAM  
British Journal of General Practice  
Family Practice  
Journal of Family Practice  
American Family Physician  
Family Medicine  
The Practitioner

#### Salud Pública

Gaceta Sanitaria

#### Gestión

Cuadernos de Gestión

#### Sociología y salud

Social Science and Medicine

#### Terapéutica

Drug  
Drug and Therapeutic Bulletin  
Medical Letters  
Informativo Terapéutico del Servicio Nacional de Salud

#### Metodología Docente

Academic Medicine  
Medical Education

#### Medicina Basada en la Evidencia

ACP Journal Club  
Colaboración Cochrane  
Bandolier

#### América Latina

Revistas de América Latina que podamos recibir.

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

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

*A debate:* En esta sección, los autores expresarán su razonado punto de vista sobre algún tema de actualidad.

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

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

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

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





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

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

**APELLIDOS:** .....

**NOMBRE:** ..... **DNI:** ..... - LETRA

**DOMICILIO:** .....

**MUNICIPIO:** ..... **PROVINCIA:** ..... **C.P.:** .....

**TELEFONOS:** ..... **e-mail:** .....

**ESPECIALISTA M.F.yC.:** SI  NO  (Si **negativo**, indicar especialidad).....

**RESIDENTE M.F.yC. :** SI  NO  **FECHA INICIO RESIDENCIA**...../...../.....

**DOCTORADO:** SI  NO  **TEMA:** .....

**LUGAR/CENTRO DE TRABAJO:** .....

**PROVINCIA:** .....

**CARGO QUE OCUPA:** .....

Es imprescindible la cumplimentación de **todos** los datos que a continuación solicitamos, incluyendo el **domicilio completo** de la sucursal de la entidad bancaria. Envíen este formulario **sin** recortar la orden de pago. Gracias.

## ORDEN DE PAGO POR DOMICILIACIÓN BANCARIA

Ruego se sirvan domiciliar el cobro del Recibo de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFyC)

ENTIDAD:..... SUCURSAL.....

CALLE: ..... COD. POSTAL: .....

MUNICIPIO:..... PROVINCIA.....

Nº CUENTA CORRIENTE O DE AHORRO: (hay que rellenar todas las casillas)

|                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|

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.