

Medicina de Familia Andalucía

Editorial

- 7 Somos una sociedad científica. Y ¿eso qué es?

El espacio del usuario

- 9 Las nuevas dinámicas de participación social en el IV Plan Andaluz de Salud

Originales

- 11 Bajas laborales en un centro de salud
17 Impacto de una intervención multifactorial en personas mayores con riesgo de caídas. Efecto diferencial de la práctica del Tai Chi
28 Análisis de un programa de salud: cirugía menor en Atención Primaria
34 Riesgo cardiovascular en diabéticos gitanos

Artículos especiales

- 39 Estudio retrospectivo del resultado de retinografías en diabéticos de un centro de salud

Carta al director

- 46 Traumatismo cerrado sobre cadera derecha

¿Cuál es su diagnóstico?

- 49 Lesión nodular mamaria en un varón

- 50 Respuesta al caso clínico

- 52 Publicaciones de interés

- 76 Actividades Científicas

- 77 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 Piza
Alejandro Pérez Milena*

Vocal de Residentes

Francisco Javier Castro Martínez

Vocal de Relaciones Externas

Eloísa Fernández Santiago

Vocal provincial de Almería:	M ^a . Pilar Delgado Pérez	<i>pdelgadomedico@hotmail.com</i>
Vocal provincial de Cádiz:	M ^a . José Serrano Muñoz	<i>majsemu@hotmail.com</i>
Vocal provincial de Córdoba:	Pilar Serrano Varo	<i>pseval@ono.com</i>
Vocal provincial de Huelva:	Jesús E. Pardo Álvarez	<i>jeparedes10@teletel.es</i>
Vocal provincial de Jaén:	Justa Zafra Alcántara	<i>justazafra@hotmail.com</i>
Vocal provincial de Málaga:	Rocío E. Moreno Moreno	<i>roemomo@hotmail.com</i>
Vocal provincial de Granada:	Francisco José Guerrero García	<i>franguerrero72@yahoo.com</i>
Vocal provincial de Sevilla:	Leonor Marín Pérez	<i>leonorjl04@yahoo.es</i>

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^º. 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^º. 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^º. Moreno Martos. *Almería.*
Francisca Muñoz Cobos. *Málaga.*
M^º. Ángeles Ortiz Camúñez. *Sevilla.*
Maximiliano Ocete Espinola. *Granada.*
Juan Ortiz Espinosa. *Granada.*

Beatriz Pascual de la Pisa. *Sevilla.*
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
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

- 7 Somos una sociedad científica. Y ¿eso qué es?

El espacio del usuario

- 9 Las nuevas dinámicas de participación social en el IV Plan Andaluz de Salud

Originales

- 11 Bajas laborales en un centro de salud
17 Impacto de una intervención multifactorial en personas mayores con riesgo de caídas.
Efecto diferencial de la práctica del Tai Chi
28 Análisis de un programa de salud: cirugía menor en Atención Primaria
34 Riesgo cardiovascular en diabéticos gitanos

Artículos especiales

- 39 Estudio retrospectivo del resultado de retinografías en diabéticos de un centro de salud

Carta al director

- 46 Traumatismo cerrado sobre cadera derecha

¿Cuál es su diagnóstico?

- 49 Lesión nodular mamaria en un varón

50 Respuesta al caso clínico

52 Publicaciones de interés

76 Actividades Científicas

77 Información para los autores



Official Publication of the
Andalusian Society of Family
and Community Medicine

MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA

Med fam Andal Vol.13, Nº.1, april 2012

Summary

Editorial

- 7 We are a Scientific Society. And just what does that mean?

The Consumer's Corner

- 9 The new Dynamics of Social Participation in the IV Andalusian Health Plan

Original Articles

- 11 Temporary Sick Leaves in a Health Center: Prevalence and Causes
17 The Impact of a Multi-factorial Intervention among Elderly Persons Prone to Falling: the Differential Effect of Practicing Tai Chi
28 Analysis of a Health Program – Minor Surgery In Primary Care
34 Cardiovascular Risk among Gypsies with Diabetes

Special Articles

- 39 Retrospective study on the results of retinal exams among diabetics in a health center

Letter to the Editor

- 46 Blunt trauma to the right hip

Which is Your Diagnosis?

- 49 Nodular breast lesion in a male

50 Answer to a Clinical Case

52 Publications of Interest

76 Scientific Activities

77 Information for Authors

EDITORIAL

Somos una sociedad científica. Y ¿eso qué es?

Porras Martín P

Presidenta SAMFyC

Casi todos nosotros sabemos el momento en el que nos inscribimos en nuestra sociedad; los que lo hicieron en las primeras promociones de medicina de familia lo hicieron para defender la especialidad nueva que se creaba y de la que formaban parte, y los que ya nos encontramos las cosas más hechas, aunque ya hace mucho de ello, porque era lo natural y los que nos otorgaba ya “marca de identidad”. Y recordamos qué persona nos empujó a hacerlo o a través de que recurso lo hicimos, y ese día creo que casi todos sentimos que pasábamos a formar parte de “algo”, de un grupo, que éramos un poco diferentes.

Pero, ¿qué es una sociedad científica? ¿para qué nos sirve? Según Wikipedia, una sociedad científica es “una asociación de científicos, investigadores, especialistas o eruditos de una rama del conocimiento o de las ciencias en general. Que les permite reunirse, exponer los resultados de sus investigaciones, confrontarlos con los de sus colegas, especialistas de los mismos dominios del conocimiento, con el fin de difundir sus trabajos a través de una publicación especializada”.

Pero, ¿y nuestra Sociedad? La Sociedad de Medicina Familiar y Comunitaria nace en España al abrigo de la creación de la especialidad de medicina familiar y comunitaria, y es a través de ella como se va definiendo en los inicios, es por ello que ha estado siempre muy ligada al devenir de una forma de organización de la asistencia sanitaria, de la Atención Primaria de Salud, por lo que ha sido el origen y la defensa no solo de nuestra especialidad sino de una manera de prestar la asistencia sanitaria en nuestro país. Este sistema de atención diferente que pivota fundamentalmente en los médicos de familia y que es sostén del Sistema Nacional de Salud que tenemos, al menos por el momento.

Es por ello por lo que las distintas sociedades de medicina familiar, que como sociedades federadas formamos parte de semFYC, nos vemos involucradas constantemente en luchas “políticas” de “modelos de atención” y no sólo en la defensa de la propia especialidad, como ocurre con otras sociedades médicas. Esto es consustancial con nuestra propia naturaleza y es por lo que en ocasiones somos confundidos por nuestros propios asociados, que nos demandan peticiones casi más de sindicatos (reivindicaciones laborales en el sentido estricto) o por las diferentes Administraciones, que a veces entienden que defendiendo un modelo defendemos un partido político.

En estos últimos años, los especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria hemos ido ocupando diversos puestos de trabajo, no sólo en la Atención Primaria pública, aunque lógicamente sea ésta nuestro destino natural, sino también en los puntos de urgencia y en los hospitales, tanto de la sanidad pública como de la sanidad privada; somos asimismo plantilla importante de las unidades de hospitalización de hospitales privados, trabajamos en mutuas, somos candidatos idóneos para trabajar en la sanidad militar, además de ocupar desde hace muchos años puestos de gestión. En Andalucía, nuestra presencia en foros y grupos de trabajo ha sido constante y creciente en los últimos años.

Este desarrollo nos obliga como sociedad científica a “abrir” nuestra mente, ampliar todo nuestro campo de acción e incorporar a todos los médicos de familia, sea cual sea su ámbito de trabajo, recogiendo la riqueza que todos podemos aportar.

Desde nuestra Sociedad debemos seguir promoviendo la ciencia como actividad social y divul-

garla, favorecer la formación de nuestros asociados e impulsar los avances científicos de nuestra área del conocimiento, a través de la investigación y el intercambio de experiencias. Tenemos que aumentar nuestra presencia en la sociedad, para aumentar el reconocimiento público de nuestro trabajo, tenemos que, cómo no, seguir defendiendo la Atención Primaria y la asistencia que prestamos a la población.

Éste es el compromiso que tiene una sociedad científica con la profesión a la que representa, y

por tanto este es el **compromiso de nuestra sociedad, la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria**. Nuestra mayor inversión de futuro es mantener la seriedad y el rigor científico de nuestros actos, emitir declaraciones y documentos, como aportaciones al bien público. Para ello hemos de trabajar tanto con la Administración pública como con cualquier iniciativa privada o empresarial que ayude al desarrollo de la medicina de familia y, por tanto, de la atención que prestamos a nuestros pacientes allí donde se encuentren.

AGRADECIMIENTO A ASESORES Y CORRECTORES DE LA REVISTA
DURANTE EL AÑO 2011

El Consejo de Redacción desea agradecer a todos los asesores y correctores sus valiosas y desinteresadas aportaciones, encaminadas a mejorar la calidad de los artículos publicados durante el año 2011. Su trabajo constituye sin duda un valor añadido a la Revista.

Purificación Alguacil Cubero
Luís Ávila Lachica
Pablo B. Cabezas Saura
Pedro Cabezas Saura
José Manuel Cabrera Rodríguez
Isabel Corona Páez
Juan Manuel Espinosa Almendro
Pablo García López
M^a Isabel Gómez Díaz
Juan Carlos Martí Canales
Rafael Montoro Ruiz
Francisca Muñoz Cobos
Beatriz Pascual de la Pisa
Carlos Prados Arredondo
Manuel Ruiz Peña
José Ángel Sánchez Ortiz
Francisco Sánchez Ramos
M^a Rosa Sánchez Pérez
Jesús Sepúlveda Muñoz
Sandra Sillero Torres

EL ESPACIO DEL USUARIO

Las nuevas dinámicas de participación social en el IV Plan Andaluz de Salud

Ruiz Legido O

Presidenta FACUA Andalucía

La dinámica de participación del último Plan Andaluz de Salud, el cuarto, ha sido muy diferente a la otros planes anteriores y puede decirse que es claro ejemplo del declive y grave deterioro que sufre este principio básico y derecho constitucional, que la propia Ley de Salud de Andalucía consagró expresamente como motor de la misma y con una clara y decidida vocación de servicio a la ciudadanía. Este espíritu marcó claramente los procesos de elaboración de los primeros Planes de Salud de Andalucía y del I Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía, y está prácticamente ausente en el que nos ocupa.

La organización que presido ha venido demostrando, año tras año, su compromiso con la sanidad pública. Ha trabajado y trabaja por mejorarla, manteniendo una interlocución permanente con los distintos agentes que en ella intervienen: Profesionales, Administración y, cómo no, con los propios usuarios a quienes representa y defiende.

Como organización de consumidores generalista y representativa, hemos venido participando en la elaboración y evaluación de los hasta ahora aprobados tres planes de salud de Andalucía, así como posteriormente en su evaluación. Ello ha sido así hasta el año 2009, en el que se iniciaron los trabajos del IV Plan.

Este último proceso, impulsado metodológica y técnicamente desde la Escuela Andaluza de Salud Pública, puede ser calificado como desconcertante, fragmentario e inconexo. Sin querer cuestionar la base científica del método empleado, la realidad es que no ha favorecido, sino todo lo contrario, ha impedido que las organizaciones sociales hayamos podido intervenir de una

manera más comprometida e influyente en su formulación. No ha posibilitado un trabajo de análisis, reflexión y presentación de propuestas sobre el conjunto de los objetivos del Plan y sobre sus acciones y, durante un largo periodo de dos años, desde octubre de 2009 hasta noviembre de 2011, no se ha facilitado ningún tipo de información sobre su estado. De manera sorprendente, a finales del pasado año, se organiza una puesta en común precipitada en Antequera, a la que diversas organizaciones sociales decidimos no asistir.

Y es que después de que esta Federación participara en uno de los grupos de trabajo constituidos para dar forma a este IV Plan Andaluz de Salud allá por octubre de 2009, no supimos nada más del mismo. Se hace difícil implicar y comprometer a la ciudadanía cuando las estrategias de colaboración que se diseñan son tan frágiles y volátiles, emergen o desaparecen sin saber muy bien cómo ni por qué, o cuando no se construyen ni se fortalecen espacios permanentes de debate e interlocución.

Y siendo este el caldo de cultivo donde se ha gestado el Plan, no es de extrañar que peque del mismo déficit que ha orientado su abordaje. Se asoma tíbiamente a la participación ciudadana y lo hace de manera sesgada, reduciendo su enfoque a un nivel exclusivamente individual, unidireccional y parcial (usuario individual-profesional). Identifica participación social con información, con ejercicio de derechos individuales y con libre elección pero omite toda referencia a la participación colectiva, a la participación de la ciudadanía vertebrada y representativa, a la participación como ejercicio de corresponsabilidad de la comunidad y no sólo del individuo, como reflejo de una sociedad comprometida

da con un sistema y con un modelo de sanidad, y no con un acto o proceso sanitario concreto.

Este IV Plan podrá perseguir loables intenciones pero difícilmente permitirá avanzar en esa alianza colaborativa, tan necesaria en estos tiempos, entre la ciudadanía y sus organizaciones representativas y el sistema sanitario público, entendido como administración, gestores y profesionales. Al contrario, se aleja del concepto de comunidad, de intereses colectivos, de representatividad social e involucre hacia patrones exclusivamente individualistas: unidades de gestión participadas por usuarios-pacientes a título personal, comités de bioética con representantes de los usuarios obtenidos por sorteo, etc.

Este nuevo Plan sí impulsa la creación de una Comisión Asesora de Participación Regional, cuya composición anuncia de manera muy somera y cuyas funciones son definidas con expresiones genéricas y ambiguas como *“apoyar el Plan”*, *“participar en su planificación anual”* o *“colaborar en los planes de salud provinciales”*. Por tanto, no queda claro qué papel realmente se le va a asignar a dicha Comisión y si la misma se concibe como un auténtico y eficaz órgano de participación social. Y es que a estas alturas, desarticuladas e inactivas prácticamente todas las estructuras de participación social estables que estaban reguladas en Andalucía, es fácil dudar de la voluntad que des cansa tras esta nueva iniciativa. Sólo queda esperar y ver si, en la práctica, este nuevo Plan Andaluz de Salud, cumplirá sus objetivos.

ORIGINAL

Bajas laborales en un centro de salud

Pérez Durillo FT¹, Ribes Bautista AI²

¹ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS de Bailén (Jaén)

² Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Doctora en Medicina. CS San Felipe (Jaén)

RESUMEN

Título: Bajas laborales en un Centro de Salud: prevalencia y causas.

Objetivo: Analizar los procesos de incapacidad temporal (IT) en un centro de salud urbano para conocer su número, características y causas.

Diseño: Estudio descriptivo y transversal.

Emplazamiento: Centro de Salud San Felipe. Distrito Sanitario Jaén.

Población y muestra: Todos los pacientes pertenecientes al Centro de Salud San Felipe que se encontraban en situación de IT.

Intervenciones: Se realizaron dos mediciones de pacientes en situación de IT a final de enero de 2010 y a final de mayo de 2010 según los datos que constaban en la Historia Clínica Digital (aplicación informática Diraya) del Servicio Andaluz de Salud.

Resultados: Se encontraban en situación de IT 152 pacientes en enero y 185 pacientes en mayo, 1.62% y 1.97% de la población titular no pensionista adscrita al centro (9401 personas). El porcentaje de mujeres en IT es superior al de los hombres. La edad media en los hombres es superior a la de las mujeres (45,7 vs 42,8 años). Las causas más frecuentes de IT en ambas determinaciones fueron el trastorno de ansiedad, lumbalgia y depresión. En mayo se detectó un aumen-

to de IT debidas a cirugía. El 45,4% de los pacientes que se encontraban en situación de IT en enero de 2010 permanecían en IT en mayo de 2010.

Conclusiones: Al menos el 1.62% de la población activa estaba de baja laboral. Los trastornos de ansiedad, las lumbalgias y la depresión eran las causas más frecuentes. Solo el 1.3% de los procesos de IT a finales de enero de 2010 fueron por gripe.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud (Primary Health Care). Ausencia por Enfermedad (Sick leave). Absentismo (Absenteeism).

SUMMARY

Title: temporary sick leaves in a health center: prevalence and causes.

Goal: To study processes related to temporary sick leaves/transitory incapacities (TI) in an urban health center and obtain information on their number, characteristics, and causes.

Design: Descriptive, cross-sectional study.

Setting: San Felipe Health Center. Jaen Health District.

Population and Sample: All patients belonging to the San Felipe Health Center whose clinical records indicated they were on temporary sick leave.

Interventions: The number of patients on sick leave at the end of January 2010 and the end of May 2010 was ascertained from information extracted from digitalized clinical histories on file in the Andalusian Health Service's information system, Diraya.

Correspondencia: Francisco Tomás Pérez Durillo
CS Bailén
C/. Donantes de Sangre, s/n.
23710 Bailén (Jaén)
E-mail: ft_perez@yahoo.com

Recibido el 07-04-2011; aceptado para publicación el 23-02-2012
Med fam Andal 2012; 1: 11-16

Results: In January of 2010 there were 152 patients on temporary sick leave and in May the total was 185 patients, representing 1.62% and 1.97%, respectively, of all actively employed individuals assigned to the center (9401 persons). The percentage of women with a TI was superior to that of men. The average age of men was higher than that of women (45.7 vs. 42.8 years). The most frequent causes of TI were anxiety, lumbar disease, and depression. In May an increase in TI was detected that was due to surgical interventions. 45.4% of the patients who were on sick leave in January 2010 continued to be on sick leave in May of 2010.

Conclusions: At least 1.62% of the center's actively employed population was on sick leave. The most frequent causes of absenteeism included anxiety, lumbar diseases, and depression. Only 1.3% of the TI processes for the month of January 2010 were attributable to the flu.

Key words: Primary Health Care. Sick leave. Absenteeism.

INTRODUCCIÓN

La incapacidad temporal (IT) se define según la Ley General de la Seguridad Social¹ y la Ley 42/1994 de Medidas Fiscales, Administrativas y de Orden Social² como aquella situación determinada por una enfermedad común o profesional y/o accidente, sea de trabajo o no, en la que el trabajador recibe asistencia sanitaria de la Seguridad Social y está impedido para el trabajo, con una duración máxima de 12 meses; prorrogables por otros 6 meses cuando se presuma que durante los mismos el trabajador pueda ser dado de alta médica por curación. La situación de IT origina el derecho a la percepción de una compensación económica para todas las personas integradas en el Régimen General de la Seguridad Social.

La IT es uno de los factores que más determinan el gasto de los Centros de Salud de Atención Primaria junto con el gasto farmacéutico. Existen diversidad de trabajos sobre este problema que lo certifican y coinciden en la gran repercusión que tiene tanto para los sistemas de salud como la economía del país^{4,5}. Además en ocasiones existe un abuso en este campo, ya sea por la inexistencia de una relación verdadera entre la

enfermedad y la IT que produce o bien porque esta última se prolonga más de lo ^{debid}o^{6,7}.

Según datos del año 2000⁸ la incidencia de IT en España se sitúa en torno al 11,8% de trabajadores con baja laboral ocupando una situación intermedia respecto al resto de países europeos.

La expedición de partes de baja laboral, confirmación y alta laboral son competencia de los Médicos de Familia. Actualmente, los Médicos de Familia dedican hasta una tercera parte de su jornada laboral a realizar recetas, partes de baja e informes⁹.

El objetivo de este estudio es analizar los procesos de IT en un Centro de Salud urbano para conocer su número, características y causas.

SUJETOS Y MÉTODOS

Se ha llevado a cabo un estudio descriptivo y transversal en un Centro de Salud urbano (CS San Felipe, Distrito Sanitario Jaén) que atiende a una población con nivel socio-económico bajo-medio. El estudio se ha realizado con los datos obtenidos a través de la Historia Clínica Digital (Aplicación informática Diraya) de todos los pacientes atendidos por los 11 Médicos de Familia que junto con 3 pediatras componen la plantilla de médicos del Centro de Salud.

En la Historia Clínica Digital (Diraya) a través del icono Configuración de Historia de Salud Digital del Ciudadano se accede a Consultas Generales donde podemos obtener diferentes listados de usuarios; en el caso que nos ocupa, el de usuarios con proceso de IT abierto a fin de mes por clave médica. En ellos aparecen los siguientes datos: DNI / NUSS, sexo, fecha de nacimiento, causa de la baja, fecha de la baja y contingencia. Los grupos diagnósticos se han configurado siguiendo la distribución establecida en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9 MC). En algunos casos para facilitar la visualización de los datos hemos agrupado algunos diagnósticos como en el caso de las enfermedades osteoarticulares y del tejido conectivo.

Se realizaron dos mediciones de pacientes en situación de IT. Los criterios de inclusión eran pa-

cientes que se encontraban en situación de IT a final de enero de 2010 y a final de mayo de 2010 según los datos que constaban en la Historia Clínica Digital (Diraya). Se excluyeron los accidentes cubiertos por las mutuas, así como las bajas maternales, al no ser consideradas causa de IT según la Ley 42/1994, de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y de orden social.

Las variables estudiadas fueron edad y sexo del paciente, cupo al que pertenecía y causa de la IT.

Se realizó análisis descriptivo de los datos, utilizando el programa estadístico SPSS 15. Los resultados de las variables cuantitativas se expresan como media y desviación típica y las variables cualitativas en porcentajes. Para valorar la asociación entre las variables cualitativas se utilizó el test Chi-Cuadrado con corrección por continuidad cuando procedía. En todas las pruebas se consideró un nivel de significación del 5%.

RESULTADOS

Se encontraban en situación de IT 152 pacientes en enero y 185 pacientes en mayo que corresponde al 1.62 % y 1.97% de la población titular no pensionista adscrita al centro (9401 personas) con un valor mínimo de 0.80% y máximo de 2,97% según el cupo

El porcentaje de mujeres en situación de IT (54,3%) es superior al de los hombres. La edad media \pm desviación típica en los hombres es superior a la de las mujeres ($45,7 \pm 11,8$ años en hombres vs $42,8 \pm 12,2$ años en mujeres).

Las causas más frecuentes de IT en ambas determinaciones fueron el trastorno de ansiedad (9.2% y 7.0% del total de las IT), lumbalgia (8.6% y 9.2%) y depresión (6.6% y 6.5%). En mayo se detectó un aumento de IT debidas a cirugía situándose ésta como la segunda causa más frecuente de IT (7.6% del total de las IT) a finales de mayo.

Los principales grupos de enfermedades fueron (ver tabla 1):

- Enfermedades osteoarticulares y del tejido conectivo (algias, fracturas/luxaciones, tendinitis

y artropatías) de ellas destacan por orden de frecuencia lumbalgia, cervicalgia, ciática y tendinitis de hombro.

- Trastornos mentales (destacan trastornos de ansiedad, depresión y psicosis).

- Intervenciones quirúrgicas.

- Neoplasias (destaca mama y colon).

- ORL (destacan infecciones respiratorias altas).

- Enfermedades del aparato circulatorio (IAM y Angor pectoris).

- Enfermedades del aparato digestivo.

- Gripe.

Salvo en las enfermedades del aparato circulatorio y las enfermedades osteoarticulares y del tejido conectivo que son más frecuentes como causa de incapacidad laboral en hombres, el resto de patologías son más frecuentes en las mujeres. Sin embargo, sólo se ha demostrado significación estadística respecto a las fracturas y luxaciones siendo más frecuentes en hombres (11,4% vs 3,4%, $p < 0,05$).

El 45,4% de los pacientes que se encontraban en situación de IT en enero de 2010 (69 pacientes), permanecían en IT en mayo de 2010, de los cuales el 50,7% eran hombres. La edad media de los pacientes que continuaban en IT ($47,4 \pm 9,9$ años en hombres y $45,5 \pm 12,7$ años en mujeres) era superior a la del resto de los pacientes. Los motivos más frecuentes de IT en estos pacientes continuaban siendo los debidos a enfermedades osteoarticulares y del tejido conectivo, así como por trastornos mentales (ver tabla 2).

En los pacientes que permanecían en situación de IT tras cuatro meses, las enfermedades del aparato circulatorio, las enfermedades osteoarticulares y del tejido conectivo, las cirugías y las patologías ORL eran más frecuentes como causa de incapacidad laboral en hombres mientras que los trastornos mentales, enfermedades del aparato digestivo y las neoplasias eran más frecuentes en mujeres. A pesar de estas diferencias no se ha demostrado significación estadística.

DISCUSIÓN

Al menos el 1.62% de la población estudiada estaba de baja laboral. En la mayoría de los estudios revisados se expone el número de pacientes en situación de IT y la cobertura poblacional. Nosotros hemos calculado el total de población titular no pensionista para calcular este porcentaje.

En nuestro estudio, el porcentaje de mujeres en situación de IT es superior al de hombres a diferencia de otros estudios en donde el porcentaje de varones en IT es claramente superior al de mujeres¹⁰⁻¹².

Los trastornos de ansiedad, las lumbalgias y la depresión eran las causas más frecuentes. Estos datos son parecidos a los observados en estudios de similares características¹¹⁻¹³.

En un estudio hecho en Andalucía durante el periodo 2002-6 y publicado en 2009¹⁴ encontraron una tasa de incidencia total de IT de 15,83 procesos/100 afiliados/año (14,73 en varones y 17,24 en mujeres). Como observamos en esta ocasión, al igual que en nuestro trabajo, el porcentaje de mujeres en IT es superior al de los hombres. Los diagnósticos más frecuentes como motivo de IT fueron lumbago, como en nuestro caso, y resfriado común que no figura en nuestros resultados como causa frecuente.

En el trabajo de Valén et al¹⁵ realizado en consultorios rurales de Tarragona en el periodo 2001-2 el 75.1% eran hombres, siendo la causa más frecuente la lumbalgia seguida de la gripe 9.3% y del CVA 4.9%. No se indican causas psiquiátricas como frecuentes. Sin embargo, Antón et al¹⁶ en un estudio realizado en un Centro de Salud urbano en Valencia durante 12 años observaron un aumento considerable de IT por trastornos mentales en los últimos años duplicándose el número de días perdidos por esta causa.

En el de Lillo et al¹⁷ en un área rural de Benalmádena (Málaga), el 63.1% eran hombres, la causa más frecuente fue la traumatológica 62.6% (hernia discal 35%, lumbalgia 9.9%) seguida de la psiquiátrica 7.64% (depresión 57.6%) y la cardiológica 4.8%.

En nuestro estudio nos llama la atención que sólo el 1.3% de los procesos de IT al final del

mes de Enero de 2010 fueron por gripe, a pesar de ser un momento de alta incidencia y de toda la alarma que se generó con la conocida Gripe A (H1N1).

Entre los posibles sesgos del estudio cabe destacar los debidos al propio programa: Es posible que algunos de los pacientes en situación de IT hayan pasado a otra situación laboral (control INSS, invalidez permanente, alta laboral, etc.) y no se hayan realizado las modificaciones pertinentes en la Historia Clínica Digital (Diraya). La aplicación sólo permite obtener el listado de los pacientes que se encuentran en IT a final de mes, no en un periodo de tiempo determinado.

Como se ha mencionado al principio, no se han incluidos las bajas maternales (al no ser consideradas como causa de IT) ni los accidentes laborales en seguimiento por las Mutuas. Además, al tratarse de un estudio transversal no se ha tenido en cuenta el número total de días perdidos por IT en cada pacientes y existe la posibilidad que los procesos de menor duración estén menos representados.

Nos parece interesante comparar estos resultados con los de años posteriores, intentar introducir el dato de la duración de la IT y las posibles repercusiones de "la crisis" en las bajas laborales, por lo que todo esto será el objetivo de próximos estudios.

BIBLIOGRAFÍA

1. Real Decreto Legislativo 1/1994 de 20 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social. Boletín Oficial del Estado 1994; 154:20658-708.
2. Ley 42/1994, de 30 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y de Orden Social. Boletín Oficial del Estado 1994; 313:39504-9.
3. Caldas R, Violán C, García JJ, Domínguez FP, Ruiz A, Quijano F, et al. Incapacidad temporal: mejoras de gestión. Aten Primaria. 2000; 25: 116-25.
4. Torneo J, Atance JC, Grupeli BE, Vidal J. Impacto socioeconómico de la incapacidad de ori-

- gen reumático en la provincia de Guadalajara. *Rev Esp Reumatol*. 1998; 25: 340-345.
5. Martín A, Torres M. El absentismo por ILT en la gestión de Recursos Humanos de los centros sanitarios públicos. *Mapfre Medicina*. 1995; 6: 97-111.
6. Quijano F. Incapacidad temporal/permanente. Situación actual en España. *Cambios y consecuencias*. Barcelona: semFYC-Edide; 1999. p. 5-14.
7. Ruiz A. La incapacidad temporal y la Atención Primaria. La gran oportunidad, la gran amenaza. Propuesta de un cambio. Barcelona: Semfyc-Edide; 1999. p. 15-57.
8. Gimeno D, Benavides FG, Benach J, Amick B. Distribution of sickness absence in the European Union countries. *Occup Environ Med*. 2004; 61: 867-9.
9. semFYC opina. *Gaceta semFYC*. Octubre 2008; 128: 4.
10. Buitrago F, Lozano L, Bonino F, Fernández-Lozano C, Candela M, Altimiras J. Influencia del sexo, edad y profesión en la incapacidad laboral transitoria en un centro de salud. *Aten Primaria*. 1993; 11: 293-7.
11. García AM, Pértega S, Pita S, Santos C, Vázquez J. Incapacidad temporal: características en un centro de salud durante el periodo 2000-2002. *Aten Primaria*. 2006; 37: 22-9.
12. Aguilar MJ, Alcedo S, García A, Zumeta T, Marín M, Martín A. Análisis de la morbilidad en una consulta de Atención Primaria con historia clínica informatizada. *Centro de Salud*. 2001; 9: 99-105.
13. Royo-Bardonada MA. La duración de la incapacidad laboral y sus factores asociados. *Gac Sanit*. 1999; 13: 177-84.
14. Álvarez E, Llergo A, Vaquero MA. Análisis de la duración de los períodos de incapacidad temporal por procesos en Andalucía. Factores asociados. *Aten Primaria*. 2009; 41: 387-393.
15. Valén E, García MT, Ferré M, Sangrá T, Segarra M, Allende N. ILT, seguimos las recomendaciones. Tarragona: ABS Flix. 2002.
16. Antón-García F, Lloréns-Ortells G, Catalán-Macián JB, Rodríguez-Montés M. Características evolutivas de la incapacidad temporal en un centro de salud. *Semergen*. 2009; 35: 265-9.
17. Lillo MM, Ariza AI, Sánchez JL, Martín S, Cafarena B. Estudio de la incapacidad temporal (IT) en una zona rural. Comunicación XX Congreso Semergen. Jerez de la Frontera, Cádiz; 1998.

(Tablas en página siguiente)

Tabla 1. Principales causas de IT (% del total de IT) (CIE-9 MC)

Patologías	Pacientes en IT	(%)
Enf. del aparato circulatorio	13	4,8%
IAM (410)	5	1,9%
Angor pectoris (410)	2	0,7%
Enf. del SNC	6	2,2%
Enf. ORL	8	3,0%
Trastornos mentales	41	15,2%
Ansiedad (300)	22	8,2%
Depresión (296.2)	15	5,6%
Intervenciones quirúrgicas	26	9,7%
Enf. del aparato digestivo	7	2,6%
Neoplasias	20	7,4%
Neoplasia mama (174.9)	6	2,2%
Neoplasia colon(153.9)	5	1,9%
Enf. osteoarticulares y del tejido conectivo	115	42,8%
Algias	65	24,2%
Fractura/Luxación	19	7,1%
Artropatías	17	6,3%
Tendinitis	13	4,8%

Tabla 2. Enfermedades en los pacientes que permanecían en IT en mayo 2010 (CIE-9 MC)

Patologías	Pacientes en IT	(%)
Enf. Aparato Circulatorio	4	5,8%
IAM (410)	2	2,9%
Angor pectoris (410)	1	1,4%
Enf. del SNC	2	2,9%
Enf. ORL	3	4,3%
Trastornos mentales	14	20,3%
Ansiedad (300)	5	7,2%
Depresión (296.2)	7	10,1%
Intervenciones quirúrgicas	6	8,7%
Enf. Aparato Digestivo	4	5,8%
Neoplasias	5	7,2%
Neoplasia mama (174.9)	2	2,9%
Neoplasia colon (153.9)	2	2,9%
Enf. osteoarticulares o del tejido conectivo	26	37,7%
Algias	12	17,4%
Fractura/Luxación	9	13,0%
Artropatías	2	2,9%
Tendinitis	3	4,3%

ORIGINAL

Impacto de una intervención multifactorial en personas mayores con riesgo de caídas. Efecto diferencial de la práctica del Tai Chi

Cuenca del Moral R¹, Muñoz Cobos F¹, Xia Ye SY², Ramírez Aliaga M², Vallejo Cañete V², Pérez Vidal L²

¹ Médica de Familia. Centro de Salud El Palo. Málaga

² MIR Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud El Palo. Málaga

RESUMEN

Título: Impacto de una intervención multifactorial en personas mayores con riesgo de caídas. Efecto diferencial de la práctica del Tai Chi.

Objetivo: Comprobar el efecto de una intervención multifactorial en la reducción de caídas y mejora del equilibrio en personas mayores. Comparar el efecto diferencial de la práctica del Tai Chi.

Diseño: Estudio longitudinal pre-post intervención controlado.

Emplazamiento: centro de salud.

Población y muestra: Mayores de 65 años con al menos una caída previa.

Intervenciones: valoración sensorial, revisión tratamiento, eliminación barreras, recomendación Tai Chi. Grupo estudio: practican Tai Chi. Grupo control: no realizan Tai Chi.

Mediciones: Variables dependientes: Barthel, Test estación unipodal (TEU), número caídas. Comparabilidad entre grupos: U de Mann-Whitney. Comparación basal-anual: test de Wilcoxon. Alfa 0.05.

Resultados: Incluimos 50 pacientes (22 grupo control, 28 estudio). Edad media: 75 años (± 0.82), 86% mujeres. Déficit sensorial 66%, 56% fármacos de riesgo, 8.2% hipotensión ortostática, 26% barreras arquitectónicas. Media caídas/año basal: 1.96 ± 0.23 , Barthel medio 93.10 ± 1.43 , TEU medio 9.57 ± 1.042 segundos (derecho) y 8.92 ± 1.32 segundos (izquierdo), sin diferencias significativas entre grupos. La media de caídas en grupo control descendió de 1.86 (1.56-2.13) a 0.46 (0.25-0.67) ($p=0.002$). En grupo estudio disminuyó de 2.04 (1.67-2.41) a 0,40 (0,19-0,61) ($p=0.001$). Encontramos mejoría (no significativa) de TEUD en grupo estudio (de 10.64 a 12.2 segundos) frente al grupo control en que descienden TEUD (8,14 a 5,62) y TEUI (8,67 a 5,62).

Conclusiones: Una intervención multifactorial en ancianos con caídas previas produce reducción significativa de caídas al año. No se encuentra ventaja significativa en la práctica del Tai Chi salvo en la mejora de la estación unipodal derecha.

Palabras clave: ancianos, Tai Chi, caídas.

SUMMARY

Title: the impact of a multi-factorial intervention among elderly persons prone to falling: the differential effect of practicing Tai Chi.

Goal: Test the effect of a multi-factorial intervention to reduce falls and improve balance among elderly persons. Compare the differential effect of practicing Tai Chi.

Design: Cross sectional study, controlled pre-post intervention.

Correspondencia: Rebeca Cuenca del Moral
CS El Palo
Av. Salvador Allende, 159
29018 Málaga
E-mail: rebecuenca@hotmail.com

Recibido el 07-04-2011; aceptado para publicación el 04-01-2012
Med fam Andal 2012; 1: 17-27

Setting: health center.

Population and sample: Persons over the age of 65 who have suffered at least one previous fall.

Interventions: Perform a sensory evaluation, review treatment, eliminate barriers, recommend Tai Chi. Study group: practice Tai Chi. Control group: doesn't practice Tai Chi.

Methodology: Dependent variables: Barthel, one-leg balance test, number of falls. Comparability between groups: Mann-Whitney U test. Annual baseline comparison: Wilcoxon test. Alfa 0.05.

Results: 50 patients were included (22 in the control group, 28 in the study group). Average age: 75 years (± 0.82), 86% women. Sensory deficit, 66%; 56% use of medications that can affect balance; 8.2% orthostatic hypotension; 26% architectural barriers. Average falls /year baseline: 1.96 ± 0.23 , Barthel average 93.10 ± 1.43 ; average one-leg balance test 9.57 ± 1.042 seconds (right) and 8.92 ± 1.32 seconds (left), with no significant differences between the groups. The average number of falls in the control group descended from 1.86 (1.56-2.13) to 0.46 (0.25-0.67) ($p=0.002$). In the control group it went from 2.04 (1.67-2.41) to 0.40 (0.19-0.61) ($p=0.001$). We found an improvement (not significant) in right-leg balance for the study group (from 10.64 to 12.2 seconds) compared to the control group, in which right-leg balance decreased (from 8.14 to 5.62) as did left-leg balance (from 8.67 to 5.62).

Conclusions: A multi-factorial intervention among elderly persons with a history of falls produces a significant reduction in the number of falls per year. No significant advantage resulting from the practice of Tai Chi was found except for an improvement in standing right-leg balance.

Key word: elderly, tai chi, falls.

INTRODUCCIÓN

España presenta uno de los índices más altos de envejecimiento, con un aumento importante de las personas mayores de 80 años que constituyen un 4,1% del total de la población, cifra que aumentará en los próximos años (1,2).

Se estima que la prevalencia de caídas en personas mayores de 65 años es aproximadamente un 30% anual, de éstas el 50% presentan una nueva caída (3,4), el 20% requieren asistencia sanitaria y un 10% sufren lesiones importantes (fracturas, traumatismos craneoencefálicos...). Las fracturas relacionadas con caídas en personas de edad avanzada constituyen una fuente significativa de morbi-mortalidad, suponiendo en personas mayores de 75 años el 75 % de las muertes (5).

Las caídas también tienen otro tipo de consecuencias negativas, como el síndrome poscaída con síntomas de inseguridad y miedo o ansiedad ante la posibilidad de una nueva caída (6), aumento del grado de dependencia, pérdida de la calidad de vida, aumento de la carga de los cuidadores y aumento de la institucionalización.

A pesar del avance en el conocimiento epidemiológico y preventivo de las caídas a nivel mundial, las publicaciones existentes indican que en España no hay una tendencia lineal que apunte hacia la disminución de la incidencia de caídas en los últimos 15 años. La evidencia científica sobre las intervenciones preventivas de caídas necesita ser implantada, mejorada o adaptada a la realidad de esta población (7). La evaluación del riesgo de caída debería ser un elemento integral de la asistencia sanitaria de las personas mayores (8) y las intervenciones más eficaces parecen ser las que incluyen actuaciones que inciden sobre los múltiples factores implicados en las caídas. Sin embargo no todos los estudios han podido demostrar que una intervención multifactorial logre disminuir la tasa de caídas en nuestra comunidad (9,10). En términos generales, el ejercicio físico es una intervención efectiva para reducir el riesgo y la tasa de caídas, habiéndose demostrado este beneficio en programas como: los ejercicios en grupo de componentes múltiples (redactar mejor a qué se refiere), el Tai Chi como ejercicio grupal y los ejercicios prescritos de forma individual realizados en el hogar (11). Según la revisión Cochrane sobre intervenciones para la prevención de caídas en las personas ancianas, se encuentran como posiblemente beneficiosas (12): fortalecimiento muscular y reentrenamiento del equilibrio, modificación de riesgos en el hogar, retirada de fármacos psicotrópicos y ejercicios de Tai Chi.

El Tai-Chi consiste en una serie de movimientos lentos y rítmicos que requieren la rotación del tronco, el desplazamiento dinámico del peso y la coordinación entre los movimientos de las extremidades superiores e inferiores. El tai-chi se ha estudiado en programas de grupo (13,14,15) y domiciliarios (16). Son muchos los estudios que han demostrado que la práctica de esta actividad en personas mayores influye positivamente en su salud general. Mejoran sustancialmente la flexibilidad (17) y el equilibrio (18,19); Esto junto con el aumento de la fuerza muscular y la densidad ósea previenen de las caídas en este grupo de edad (20,21).

Las nuevas recomendaciones de las Sociedades Americanas y Británicas de geriatría para la prevención de caídas en los ancianos, en su nueva revisión consideran que ejercicios como el Tai Chi o la fisioterapia sirven para entrenar el equilibrio, la manera de andar y la fuerza, evitando así las caídas (22).

El objetivo de nuestro estudio es comprobar el efecto de una intervención multifactorial en la reducción de caídas y mejora del equilibrio y funcionalidad en personas mayores, analizando específicamente el efecto de la práctica del Tai Chi.

MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio se ha realizado en un centro de salud urbano que atiende a 36.000 habitantes de nivel socioeconómico medio.

El diseño corresponde a un estudio longitudinal de intervención (antes-después) con grupo control sin asignación aleatoria.

Se incluyen en el estudio pacientes mayores de 65 años, no incapacitados y con historia clínica en nuestro centro, que acuden a una consulta del Centro de Salud (médica/enfermería) por una caída o sus consecuencias.

Se realizan a todos los pacientes una serie de intervenciones especificadas en la tabla 1.

Se incluyen en la muestra a todos los pacientes a los que se realiza la intervención multifactorial

y están de acuerdo, mediante consentimiento informado, en formar parte del estudio.

Dentro de esta intervención multifactorial se ofrece a todos los pacientes la posibilidad de asistir a clases grupales de Tai Chi de una hora y media de duración una vez a la semana.

Los pacientes del grupo estudio son los que asisten al menos al 80% de las clases de Tai Chi. El grupo control está compuesto por aquellos pacientes a los que se ha realizado la intervención multifactorial pero que no asisten a clases de Tai Chi.

En ambos grupos se realizan las siguientes mediciones, previo consentimiento informado:

- Variables independientes: edad, sexo, fármacos potencialmente relacionados con las caídas, alteración sensorial, hipotensión ortoestática.

- Variables dependientes: número de caídas, Test estación Unipodal (derecho/izquierdo), cuya disminución es directamente proporcional al riesgo de caída (23), Índice de Barthel (24).

Realizamos medida basal y un año después de la intervención multifactorial.

Las variables dependientes se realizan mediante medición directa a los pacientes y las independientes son recogidas de sus historias clínicas informatizadas.

Respecto al análisis, para la comparación de las características del grupo de estudio y grupo control utilizamos el test de Chi-cuadrado para variables cualitativas y la t de student para las variables cuantitativas si se cumplen sus condiciones de aplicación, o el test no paramétrico de la U de Mann Whitney.

Para la comparación de la diferencia de medias pre-post intervención de las variables dependientes en ambos grupos utilizamos test no paramétrico de medias para muestras apareadas (Wilcoxon).

Se utilizó el programa estadístico SPSS 15.0. El nivel de significación es 0.05.

La figura 1 muestra el esquema del estudio.

RESULTADOS

Se incluyen en el estudio 50 pacientes, 22 del grupo control y 28 del grupo estudio. La edad media fue de 75 años (+/- 0.82) encontrando un predominio de mujeres con un 86% (Figura 2). En cuanto a los factores de riesgo, el más frecuente fue el déficit sensorial presente en el 66% de los pacientes. El 56% tenían fármacos de riesgo en su tratamiento, un 8.2% presentaba hipotensión ortostática y el 26% tenían barreras arquitectónicas en su domicilio sin diferencias entre ambos grupos (Figura 3).

La media de caídas antes de la intervención fue de 1.96 +/- 0.23 por persona, el resultado del índice de Barthel medio fue de 93.10 +/- 1.43 y la media del test unipodal fue de 9.57 +/- 1.042 segundos para el derecho y 8.92 +/- 1.32 para el izquierdo. No existen diferencias significativas entre el grupo control y el grupo estudio para estas medidas (Tabla 2). Respecto a la diferencia existente en el Barthel basal entre los grupos de estudio y control se realizó la prueba no paramétrica U de Mann Whitney, ya que no se cumplía la igualdad de varianzas (Test de Levene $p < 0.0001$) resultando no significativa ($p = 0.3$).

La media de caídas se redujo de forma significativa tanto en el grupo estudio como en el grupo control. La media de caídas en el grupo control descendió de 1.86 (intervalo de confianza 95%: 1.56-2.13) a 0.46 (intervalo de confianza: 0.25-0.67) ($p = 0.002$) tras la intervención. En el caso del grupo estudio la media de caídas disminuyó de 2.04 (intervalo de confianza: 1.67-2.41) a 0,40 (intervalo de confianza: 0,19-0,61) ($p = 0.001$) (Tabla 3).

Hemos observado una mejoría en el resultado del test unipodal en el grupo estudio sin que estos resultados sean estadísticamente significativos de 10.64 segundos a 12.2 segundos tras la intervención) (Tabla 3). Asimismo el Índice de Barthel se mantiene en el grupo de estudio y desciende de forma no significativa en el grupo control (Tabla 3).

DISCUSIÓN

La edad media de nuestro estudio es similar a otros estudios de las mismas características

(9,25,26). Existe una mayoría de mujeres en nuestro estudio, como era de esperar ya que la expectativa de vida de la mujer es más alta en nuestro país y por la mayor frecuencia de caídas en las mujeres mayores(5,25,27,28).

En cuanto a los factores de riesgo, dado el origen habitualmente multifactorial de las caídas, su identificación es al menos tan importante como intentar determinar la causa de la caída ya que su identificación precoz permite elaborar y aplicar estrategias de prevención. En nuestro caso el factor de riesgo más frecuente fue el déficit sensorial. La pérdida visual está relacionada con incremento en el riesgo de caídas en ancianos (29,30) aunque no todos los estudios han encontrado esta asociación (31). Este aspecto es relevante ya que algunas de las patologías que ocasionan déficit sensorial son susceptibles de tratamiento.

Otra intervención que parece ser eficaz en la reducción del número de caídas es la revisión y la modificación de la medicación (8). En nuestro estudio el 56% tomaba algún fármaco de riesgo en su tratamiento, con una menor frecuencia con respecto a otros estudios (30,32) siendo también menor la presencia de barreras arquitectónicas (26%) (5,9).

Tras la intervención multifactorial realizada, hemos observado una disminución del número de caídas estadísticamente significativa en ambos grupos, a diferencia de otros estudios similares en los que no se demuestra esta reducción (17,18) si bien no hemos detectado diferencias significativas en dicha reducción entre el grupo que practica Tai Chi y el que no asiste a dichas clases resultado no inicialmente esperado (15,33). Una posible explicación está en que el Tai Chi parece ser más beneficioso en población mayor sana que en la población frágil; en nuestro caso, hemos seleccionado ancianos que ya se han caído, cuyo Barthel basal no es 100 en ninguno de los dos grupos y con test de estación unipodal no muy altos en ninguno de los dos grupos, indicando una situación preintervención basalmente alterada. Existe evidencia adecuada de que la práctica del Tai Chi disminuye las caídas en la población anciana sana, mientras que para la población anciana frágil y en transición a la fragilidad la evidencia es menos consistente (34). Otras posibles explicaciones son la falta de con-

tinuidad de la práctica tras el aprendizaje de la técnica para adquirir un dominio mínimo, cambios en su situación basal por procesos intercurrentes no controlados y las dificultades de las actividades grupales frente al entrenamiento individual que permite adaptarse a la situación de cada persona mayor.

En nuestro estudio, hemos detectado un empeoramiento del test de estación unipodal derecho e izquierdo y del Índice de Barthel en los pacientes del grupo control. Por el contrario los pacientes del grupo estudio manifiestan de forma no significativa una mejoría en el TEU derecho y una estabilización de la capacidad funcional, lo que podrían indicar un efecto beneficioso del Tai Chi en estos aspectos que necesitarán probablemente más tiempo de intervención y mayor número de pacientes para alcanzar significación estadística.

Respecto a las limitaciones de nuestro estudio, existen importantes sesgos por la selección no aleatoria, en consulta y por la pérdida o abandono de sujetos, agravada por el hecho de ser pacientes mayores con limitaciones funcionales. No se han recogido las "razones" de no participación en el Tai-Chi (grupo control), no obstante se ha comprobado que los grupos de intervención y control sean comparables en las variables de estudio. Respecto a los sesgos de información, existen muchas variables que intervienen en las caídas y no han sido evaluadas como la situación cognitiva y afectiva de los participantes. Respecto a las variables de resultados, no hemos evaluado la gravedad de las caídas ya que existen estudios en los que se encuentra reducción de las caídas graves con la práctica de Tai Chi en pacientes institucionalizados (35).

Tampoco se ha evaluado el grado de cumplimiento de la práctica del Tai-Chi en el domicilio o la existencia de factores externos no dependientes del programa de intervención, como actividades paralelas llevadas a cabo por los pacientes que pudieran mejorar los parámetros evaluados, si bien estos factores podrían haber influido de forma similar en el grupo de estudio y control.

Respecto a la aplicación práctica de los resultados de nuestro estudio, a lo largo del tiempo de

valoración de los pacientes de grupo de estudio y grupo control, se ha podido mostrar una reducción significativa de caídas entre ambos grupos de forma que parece recomendable la intervención multifactorial en personas mayores que se han caído. Respecto a la recomendación del Tai Chi, hemos detectado una mejora del test de estación unipodal derecho, que podría traducirse en una mejoría del equilibrio así como un mantenimiento de su grado de independencia para la realización de las actividades de su vida diaria, con la consiguiente mejora de la calidad de vida y de la salud de los pacientes. Con todo ello, pensamos que es recomendable la práctica de tai-Chi en aquellas personas con riesgo de caídas o que previamente hayan sufrido una caída.

En estudios futuros podremos comprobar en el seguimiento más a largo plazo cómo evolucionan las medidas de la funcionalidad y equilibrio así como aumentar el tamaño muestral al incorporarse nuevos casos. También podrá evaluarse el efecto de un mayor tiempo y destreza en la práctica.

Como conclusiones de nuestro estudio, se realiza una intervención multifactorial en personas mayores que han sufrido una caída, entre la que se incluye la recomendación de la practica Tai-Chi, se objetiva una reducción significativa de las caídas tanto en el grupo de estudio como en el grupo control, aunque hay una tendencia a la mejora del test de estación unipodal en el grupo que practica Tai Chi.

AGRADECIMIENTOS

A la Asociación de Tai Chi Taoísta de España por su labor a favor de la mejora de la salud de las personas mediante la promoción de la práctica del Tai Chi, por su buen hacer y dedicación y su capacidad de hacer fácil lo casi imposible.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abellán A. Indicadores demográficos. En: Observatorio de personas mayores, editor. Las personas mayores en España. Informe 2004. Tomo

1. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2004. p. 43-88.
2. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales Bases demográficas: estimación, características y perfiles de las personas en situación de dependencia. En: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, editor. Libro Blanco. Atención a las personas en situación de dependencia en España. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2005. p. 19-92.
3. Tinetti ME, Speechley M, Ginter SF. Risk factors for fall among elderly persons living in the community. *N Eng J Med*. 1988; 319: 1701-7.
4. Salvà A, Bolivar I, Pera G, Arias C. Incidencia y consecuencias de las caídas en población anciana viviendo en la comunidad. *Med Clin (Barc)*. 2004; 122: 172-6.
5. Pujiula Blanch M, Quesada Sabaté M, Grupo APOC ABS SALT. Prevalencia de caídas en ancianos que viven en la comunidad. *Aten Primaria*. 2003; 32: 86-91.
6. Vu MQ, Weintraub N, Rubenstein LZ. Falls in the nursing home: are they preventable? *J Am Med Dir Assoc*. 2004; 5: 401-6.
7. Da Silva Gama ZA, Gómez Conesa A, Sobral Ferreira M. Epidemiología de caídas de ancianos en España. Una revisión sistemática, 2007. *Rev Esp Salud Pública*. 2008; 82: 43-56.
8. Rubenstein L Z, Josephsonb K R. Intervenciones para reducir los riesgos multifactoriales de caídas. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2005; 40 (Supl 2):45-53.
9. Gobierno Hernández J, Pérez de las Casas MO, Madan Pérez MT, Baute Díaz D, Manzaneque Lara C, Domínguez Coello S. ¿Podemos desde atención primaria prevenir las caídas en las personas mayores? *Aten Primaria*. 2010; 42: 284-291.
10. Pujiula Blanch M, Quesada Sabate M, Avelana Revuelta E, Ramos Blanes R, Cubi Monfort R, grupo APOC ABS SALT. Resultados finales de un estudio de intervención multifactorial y comunitario para la prevención de caídas en ancianos. *Aten Primaria*. 2010; 42: 211-217.
11. Gillespie L, Robertson M, Gillespie W, Lamb S, Gates S, Cumming R, et al. Intervenciones para la prevención de caídas en las personas de edad avanzada que residen en la comunidad (Revisión Cochrane traducida). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010 Issue 10. Art. No.: CD007146. DOI: 10.1002/14651858.CD007146.
12. Gillespie LD, Gillespie WJ, Robertson MC, Lamb SE, Cumming RG, Rowe BH. Intervenciones para la prevención de caídas en las personas ancianas (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, número 3, 2008. Oxford, Update Software Ltd.
13. Wolf SL, Barnhart HX, Kutner NG, McNeely E, Coogler C, Xu T. Reducing frailty and falls in older persons: an investigation of Tai Chi and computerized balance training. *J Am Geriatr Soc*. 1996; 44: 489-97.
14. Wolf SL, Sattin RW, Kutner M, O'Grady M, Greenspan AI, Gregor RJ. Intense Tai Chi exercise training and fall occurrences in older, transitionally frail adults: a randomized, controlled trial. *J Am Geriatr Soc*. 2003; 51: 1693-701.
15. Li F, Harmer P, Fisher KJ, McAuley E, Chauveton N, Eckstrom E, et al. Tai Chi and fall reductions in older adults: a randomized controlled trial. *J Gerontol: Med Sci*. 2005; 60: 187-94.
16. Suzuki T, Kim H, Yoshida H, Ishizaki T. Randomized controlled trial of exercise intervention for the prevention of falls in community-dwelling elderly Japanese women. *J Bone Miner Metab*. 2004; 22: 602-11.
17. Zhang JG, Ishikawa-Takata K, Yamazaki H, Morita T, Ohta T. The effects of Tai Chi Chuan on physiological function and fear of falling in the less robust elderly: an intervention study for preventing falls. *Arch Gerontol Geriatr*. 2006; 42: 107-116.
18. Tsang W, Hui-Chan C. Effect of 4- and 8-wk Intensive Tai Chi training on balance control in the elderly. *Med Sci Sports Exerc*. 2004; 36: 648-657.
19. Taylor-Piliae R, Haskell WL, Stotts NA, Froelicher ES. Improvement in balance, strength, and flexibility after 12 weeks of Tai chi exercise

- in ethnic Chinese adults with cardiovascular disease risk factors. *Altern Ther Health Med*. 2006; 12: 50-58.
20. Choi JH, Moon JS, Song R. Effects of Sun-style Tai Chi exercise on physical fitness and fall prevention in fall-prone older adults. *Journal of Advanced Nursing*. 2005; 5: 150-157.
21. Chan K, Qin L, Lau M, Woo J, Au S, Choy W, et al. A randomized, prospective study of the effects of Tai Chi Chun exercise on bone mineral density in postmenopausal women. *Arch Phys Med Rehabil*. 2004; 85: 717-722.
22. Summary of the Updated AGS/BGS Clinical Practice Guideline for Prevention of Falls in Older Persons Developed by the Panel on Prevention of Falls in Older Persons, American Geriatrics Society and British Geriatrics Society. *J Am Geriatr Soc* 2010; DOI: 10.1111/j.1532-5415.2010.03234.x
23. Vellas BJ, Wayne SJ, Romero LR, Baumgartner NR, Rubenstein LZ, Garry PJ. One leg balance is an important predictor of injurious falls in older persons. *J Am Geriatr Soc*. 1997; 45: 735-8.
24. Mahoney FI, Barthel D. Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Med Jour*. 1965; 14: 61-65.
25. Parrilla Ruiz FM, Vargas Ortega DA, Cárdenas Cruz DP, Martínez Cabezas S, Díaz Castellanos MA, Cárdenas Cruz A. Factores de riesgo, precipitantes, etiología y consecuencias de las caídas en el anciano. *Med fam And*. 2004; 1: 31-34.
26. Varas Fabra F, Castro Martin E, Perula De Torres L A, Fernandez Fernandez M J, Ruiz Moral R, Enciso Berge I. Caídas en ancianos de la comunidad: prevalencia, consecuencias y factores asociados. *Aten Primaria*. 2006; 38: 450-5.
27. Méndez JI, Zunzunegui MV, Béland F. Prevalencia y factores asociados a las caídas en las personas mayores que viven en la comunidad. *Med Clin (Barc)*. 1997; 108: 128-132.
28. Séculi E, Brugulat P, March J, Medina A, Martínez V, Tresserras R. Las caídas en los mayores de 65 años: conocer para actuar. *Aten Primaria*. 2004; 34: 178-83.
29. Tinetti M. Where is the vision for fall prevention? *J Am Geriatr Soc*. 2001; 49: 676-677.
30. Prat González I, Fernández Escofet E, Martínez Bustos S. Detección del riesgo de caídas en ancianos en atención primaria mediante un protocolo de cribado. *Enferm Clin*. 2007; 17:128-33.
31. Suelves JM, Martínez V, Medina A. Lesiones por caídas y factores asociados en personas mayores de Cataluña, España. *Rev Panam Salud Pública*. 2010; 27: 37-42.
32. Lord SR, Menz HB, Sherrington C. Home environment risk factors for falls in older people and the efficacy of home modifications. *Age Ageing*. 2006; 35-S2: ii55-ii59.
33. Voukelatos, A., Cumming, R. G., Lord, S. R. and Rissel, C. (2007), A Randomized, Controlled Trial of tai chi for the Prevention of Falls: The Central Sydney tai chi Trial *J Am Geriatr Soc*. 2007; 55: 1185-1191
34. Pagés Bolívar E, Climent Barberá JM, Iborra Urios J, Rodríguez-Piñero Durán M, Peña Arrebola A. Tai Chi, caídas y osteoporosis. *Rehabil*. 2005; 39:230-45.
35. Valero Serrano B, Franquelo Morales P, González Martínez F, De León Belmar J, Quijada Rodríguez JL. La práctica del Tai Chi previene las caídas en el Anciano Institucionalizado: Un Ensayo Clínico. *Rev Clín Med Fam*. 2010; 3: 34-38.

(Figuras y tablas en páginas siguientes)

Figura 1. Esquema del estudio

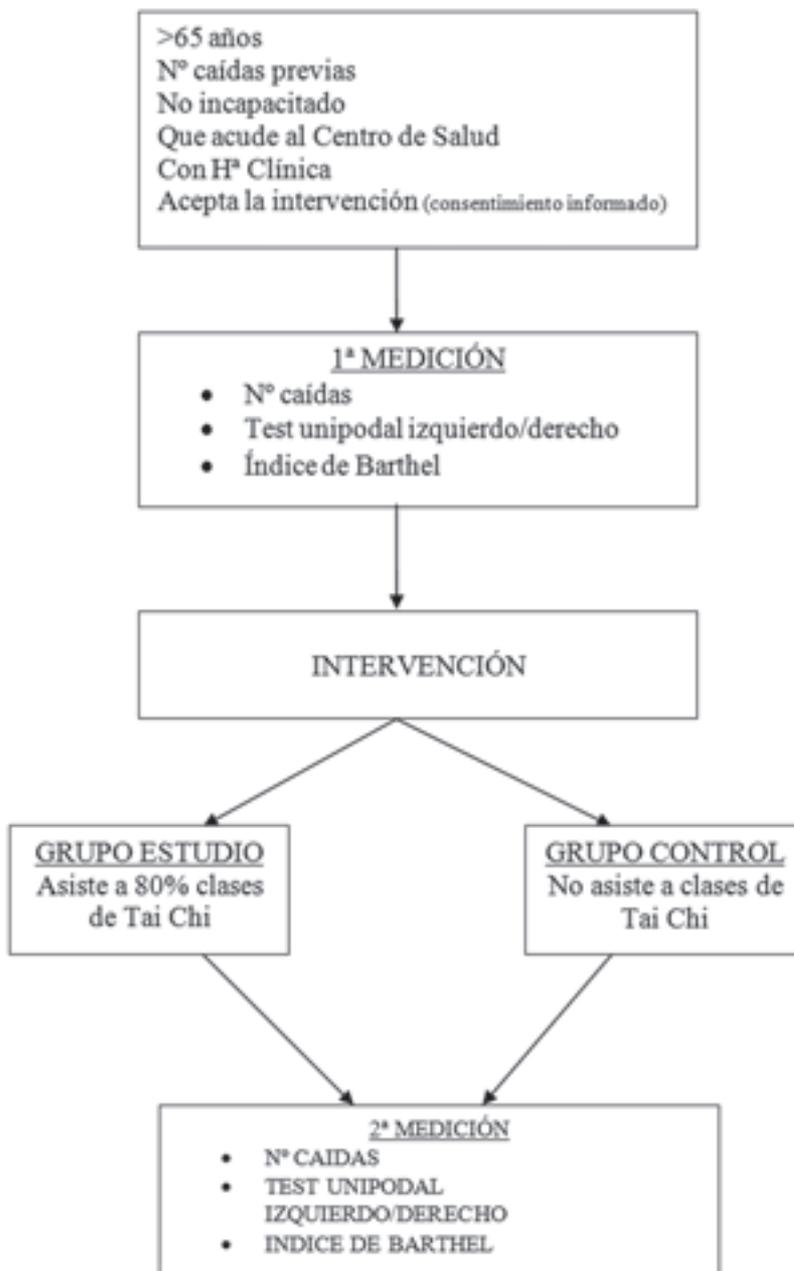


Figura 2. Distribución por sexos de nuestra muestra de estudio.

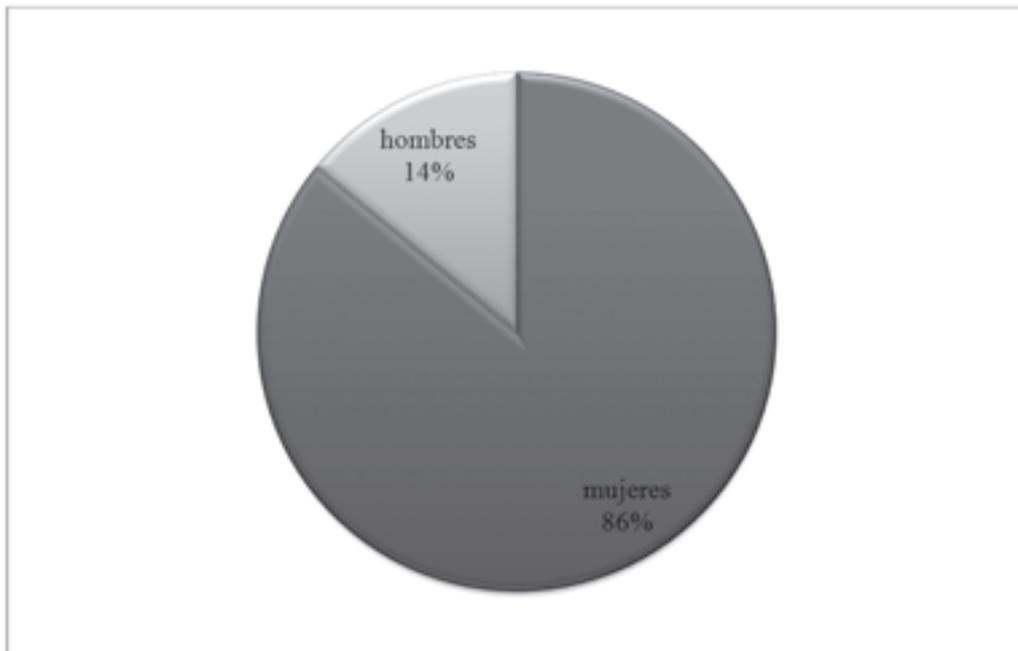


Figura 3. Representación de los factores de riesgo (FR) de caída en nuestra muestra:

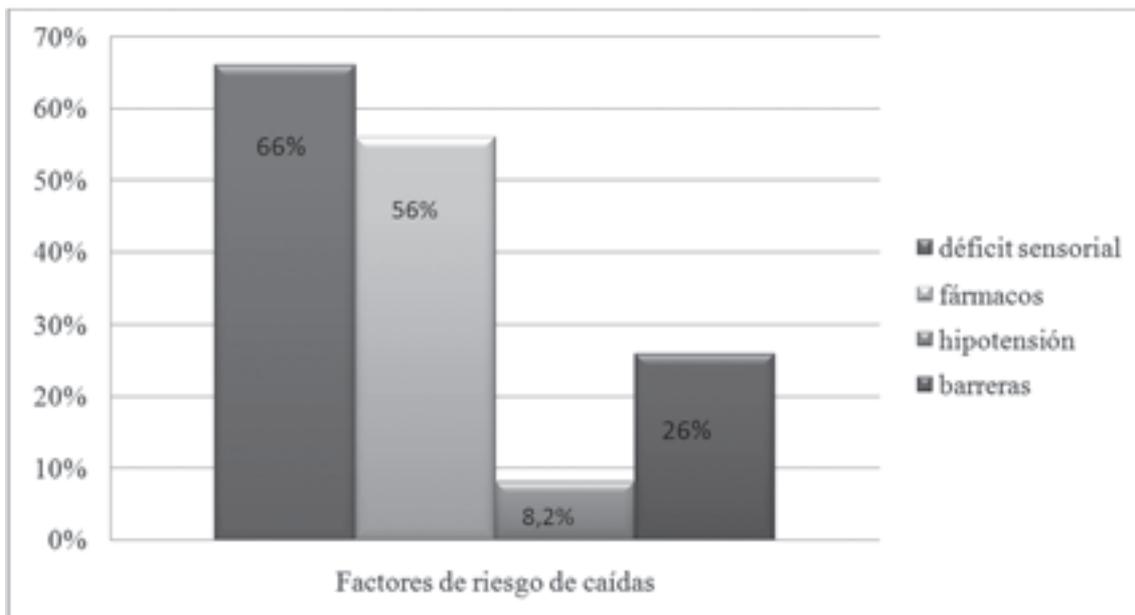


Tabla 1. Esquema de la intervención

INTERVENCIÓN	PROFESIONAL
Anamnesis de la caída	Médico/Enfermera/ECE
Valoración del equilibrio y la marcha: Test cronometrado de estación unipodal (Patológico <5'')	Enfermera
Revisión problemas visuales y auditivos	Médico/Óptica concertada/Atención Especializada
Revisión de la medicación con especial atención a hipotensores, psicofármacos y fármacos de acción bradicardizante	Médico
Valoración de hipotensión ortoestática: toma de ta sentado y a los 2 minutos en bipedestación (+ si descenso de 20mmHg TAS).	Enfermera
Recomendación del uso del bastón (necesita un apoyo) o andador (necesita dos apoyos), en base al fallo en test estación unipodal. Enseñar uso correcto de los mismos	Médico/ Enfermera/ECE
Enseñar técnicas de levantarse del suelo o reducir el long-lie	ECE (enfermera comunitaria de enlace)
Valoración sociofamiliar. Informar sobre teleasistencia a pacientes que viven solos o permanecen solos durante largos periodos de tiempo	ECE/TRABAJADORA SOCIAL
Recomendación sobre reducción de riesgos ambientales Información sobre ayudas en la modificación del hogar y reducción de barreras arquitectónicas	ECE/TRABAJADORA SOCIAL
Derivación a Tai-Chi. Se imparten clases de una hora y media de duración una vez a la semana	Médico/Enfermera/ECE

Tabla 2. Comparación ambos grupos en sus mediciones basales, valores medios e intervalo de confianza.

	Grupo estudio	Grupo control	Significación estadística
Barthel basal	95,71 (94,79-96,62)	89,77 (86,83-92,7)	p 0,3
TEUD basal	10,64 (9,39-11,88)	8,14 (6,37-9,9)	p 0,23
TEUI basal	9,11 (7,45-10,76)	8,67 (6,45-10,88)	p 0,87
Nº caídas año previo	2,04 (1,66-2,41)	1,86 (1,58-2,13)	P 0,72

TEU: test de estación unipodal

Tabla 3. Evolución de variables con determinación basal y al año

	Variables	Valores basales	Valores al año	p
Grupo estudio	Número de caídas	2,04 (1,67-2,41)	0,4 (0,19-0,61)	0,001
	Barthel	95,71 (94,79-96,62)	95 (93,38-96,61)	0,7
	TEUD	10,64 (11,89-9,39)	12,20 (16,36-8,04)	0,97
	TEUI	9,11 (10,77-7,45)	7,87 (9,85-5,89)	0,75
Grupo control	Número de caídas	1,86 (1,56-2,13)	0,46 (0,25-0,67)	0,002
	Barthel	89,77 (86,83-92,70)	86,15 (81,14-91,15)	0,17
	TEUD	8,14 (9,9-6,38)	5,62 (7,62-3,62)	0,11
	TEUI	8,67 (10,88-6,46)	5,62 (7,47-3,77)	0,075

TEU: test de estación unipodal

ORIGINAL

Análisis de un programa de salud: cirugía menor en Atención Primaria

Delgado Zafra S¹, Casas Nicot B¹, Gavira Iglesias J²

¹ Servicio de Urgencias Hospital Infanta Margarita, Cabra (Córdoba)

² Médico de Familia. CS Cabra, Cabra (Córdoba)

RESUMEN

Título: análisis de un programa de salud: cirugía menor en atención primaria.

Objetivo: realizar un análisis global del programa de cirugía menor en atención primaria.

Diseño: estudio descriptivo, retrospectivo.

Emplazamiento: centro de salud de Cabra.

Población y muestra: pacientes (291) que se les ha realizado cirugía menor desde el 1/1/2007 a 31/12/2007.

Intervenciones: análisis descriptivo de la población, evaluación del trabajo de los profesionales implicados, concordancia de diagnósticos pre y postquirúrgicos y diferencia de tiempo de espera y costes con respecto a la atención especializada.

Resultados: La población incluida son 291 pacientes (54.3% mujeres, 45.7% hombres) con una edad media de 44 años +/-18.3 (IC 95%). Sólo un 32.3% de las primeras consultas fueron recogidas en las historias de salud y en un 21.6% no existía consentimiento informado. Se logró un 31.3% de concordancia entre diagnóstico pre y postquirúrgico. El tiempo de espera en atención primaria para la intervención es de 16.95 +/-

15.4 (IC 95%) frente a los 730 días de media en especializada (siempre para lesiones no malignas). La diferencia de costes es de 538.17 euros menos en primaria por cada intervención.

Conclusiones: Los médicos de atención primaria (MAP) hemos de mejorar la inclusión en el programa y la cumplimentación de documentos necesarios. La cirugía menor en primaria supone una disminución en el gasto sanitario y el tiempo de espera así como disminuyen las derivaciones al especialista ayudando al recorte de la lista de espera.

Palabras clave: cirugía menor, atención primaria.

SUMMARY

Title: analysis of a health program: minor surgery in primary care.

Goal: To conduct an overall analysis of a minor surgery program in a primary health care center.

Design: A descriptive, retrospective study.

Setting: Cabra Health Center.

Population and sample: patients (291) who underwent minor surgery between 1/1/2007 and 31/12/2007.

Interventions: The following were included: a descriptive analysis of the population; an evaluation of the work of professionals involved; agreement between pre- and post-surgical diagnoses; and differences in waiting times and costs when compared to specialized care.

Correspondencia: Soledad Delgado Zafra

Hospital Infanta Margarita

Av. de Góngora, s/n.

14940 Cabra (Córdoba)

E-mail: soledaddelgadozafra@hotmail.com

Recibido el 03-02-2011; aceptado para publicación el 13-02-2012

Med fam Andal 2012; 1: 28-33

Results: The population studied included 291 patients (54.3% women, 45.7% men) whose average age was 44 years \pm 18.3 (IC 95%). Only 32.3% of all initial consultations were included in the clinical histories and 21.6% contained no informed consent. The agreement between pre- and post-surgical diagnosis was 31.3%. Waiting time for the intervention in primary care was 16.95 \pm 15.4 (IC 95%), compared to an average of 730 days in specialized care (always for non-malignant lesions). The cost difference was 538.17 euros less in primary care for each intervention.

Conclusions: Primary care doctors need to work on the inclusion of the program and deal with all the related documentation. Minor surgery in primary care, lowers costs and waiting times, while also decreasing the number of referrals to specialists thus contributing to the reduction of waiting lists.

Key words: minor surgery, primary care.

INTRODUCCIÓN

La cirugía menor incluye aquellos procedimientos quirúrgicos y otras intervenciones sencillas, generalmente de corta duración, que se realizan sobre tejidos superficiales o de fácil acceso, que precisan en general de anestesia local y tienen poco riesgo y tras los cuales no son esperables complicaciones postquirúrgicas significativas (1).

Desde hace varios años se viene realizando en atención primaria intervenciones de cirugía menor, que pueden dar solución a demandas frecuentes en atención primaria y que, de otra forma, habrían de ser derivadas a atención especializada.

En nuestro país la cirugía menor se encuentra expresamente incluida como prestación sanitaria en el ámbito de la atención primaria desde 1995 (2). El Plan Andaluz de Salud y la Cartera de Servicios del Servicio Andaluz de Salud ofrecen esta actividad al ciudadano como algo propio de su centro de salud indicando además que dicha estructura es la más adecuada para albergarla (3).

Aunque existe una cierta polémica sobre la ubicación de este servicio (4) las ventajas de su im-

plantación son muy claras: servicio mucho más rápido y accesible, disminuyendo el número de consultas médicas (primaria y especializada) a las que tiene que acudir el paciente, disminución de listas de espera y disminución de costes.

El **objetivo** de nuestro trabajo es realizar un **análisis global** del servicio de cirugía menor en nuestro centro de salud:

- Análisis descriptivo de la población incluida en el estudio

- Evaluación de las actuaciones de cada uno de los profesionales que participan en el circuito de cirugía menor (Figura 1)

- Valorar la concordancia entre el diagnóstico preoperatorio y el anatomopatológico (5).

- Determinar el tiempo de espera trascurrido desde la primera consulta hasta la intervención.

- Realizar un análisis de costes de cirugía menor en atención primaria en comparación con su realización en atención especialidad (6, 7, 8).

SUJETOS Y MÉTODOS

Emplazamiento

El Centro de Salud de Cabra abarca una población de 21087 habitantes concentrada en su mayor parte en el núcleo urbano de la ciudad, aunque también da cobertura sanitaria a población que vive en otras zonas más dispersas como son Huertas Bajas, Vereda, Llanos del Espinar, etc. El centro de Salud consta de 11 cupos de atención primaria, 3 cupos de pediatría, 11 enfermeros y en además en la actualidad se encuentran asignados a este centro un total de 7 MIR de MFyC.

Tipo de estudio. Medición y materiales

Se trata de un estudio descriptivo, retrospectivo, en el que hemos incluido a todos los pacientes a los que se les han realizado intervenciones de cirugía menor desde el 1 de enero de 2007 a 31 de diciembre de 2007.

Dichas intervenciones han sido realizadas por dos DUES del centro con experiencia quirúrgica previa, en el Centro de Salud de Cabra. Tenían una duración de 30 minutos de duración cada una de ellas, realizándose una media de 8 intervenciones a la semana (4 los lunes y 4 los viernes)

Para la recogida de datos hemos utilizado la historia clínica de cada paciente registrada en Diraya. En dicha historia se ha revisado la 1ª consulta con médico de atención primaria, la hoja de enfermería donde se recoge la intervención realizada y hoja donde se recogen los resultados de anatomía patológica.

Se ha consultado el registro de consentimientos informados de estas intervenciones que se encuentra archivado en nuestro centro de salud y el registro de Anatomía Patológica de nuestro hospital de referencia.

Para realizar el análisis hemos utilizado el programa informático SPSS-A. Las variables cuantitativas han sido analizadas mediante la media y la varianza, y las cualitativas mediante chi-cuadrado.

RESULTADOS

El estudio ha constado con 291 pacientes de los cuales un 54.3% eran mujeres y un 45.7% varones. La edad media de los pacientes es de 44 años, con una desviación estándar de 18.3 años, siendo el paciente de mayor edad de 90 años y el más pequeño de 3.

En cuanto a la actuación de los profesionales que participan en el circuito cabe destacar que sólo en el 32.3% de los casos se recoge en la historia clínica del paciente la primera consulta que realiza a su MAP y se registra el consentimiento informado para la intervención sólo en un 78.4% de los casos, cuando debería realizarse en el 100%. En el 95.5% de los casos el enfermero el que incluye al paciente en el programa de cirugía menor, cumplimentando además el 100% de las hojas de intervención donde se detalla el tipo de operación realizada y si se solicita análisis anátomo-patológico. Destaca como más frecuente la extirpación de verrugas (43.3%) seguida de los quiste epidérmico (20.6%), nevus (12.4%) y

fibromas (5.8%). Es importante señalar que no se diagnosticó ninguna lesión maligna durante el período de nuestro estudio. (Gráfico)

Cabe destacar que existe una coincidencia en diagnóstico pre y postoperatorio en un 31.3% de los casos, mientras que no la hay en el 45.4% de los mismos. Queda un porcentaje de lesiones de 23.4% que no se puede determinar la concordancia dado que no se solicitó análisis anátomo-patológico de las mismas.

Contamos como tiempo medio de espera para la realización de la cirugía menor como el transcurrido desde la primera consulta con el médico de atención primaria hasta el día de la intervención. El tiempo de espera medio calculado para la realización de la cirugía menor en primaria es de 16.95 días +/- 15.4 (IC 95%), mientras que la espera media en atención especializada es de 730 días, siempre para lesiones benignas, ya que este tiempo cambia cuando se trata de intervenir lesiones con sospecha de malignidad (cirugía inmediata ante la sospecha de melanoma, 1 mes de espera aproximadamente para Ca. basocelulares y 2 meses para Ca. espinocelulares).

Se ha realizado un estudio comparado de costes entre la realización de la cirugía menor en atención primaria y atención especializada (Tabla) obteniéndose una diferencia de 538.17 euros menos de gasto sanitario por cada intervención realizada en atención primaria. De todos los pacientes incluidos sólo 5 precisaron baja laboral tras la intervención siendo ésta de media de 0.24 día.

DISCUSIÓN

Limitaciones del diseño utilizado

- La principal limitación del diseño ha sido el período de tiempo elegido, ya que, aunque se trata de un período amplio, coincide con el primer año de puesta en marcha de este programa en el centro de salud en el que se realiza el estudio, por lo que existen algunas carencias a la hora de completar todos los pasos del circuito de cirugía menor (consentimientos debidamente cumplimentados, registros en historias clínica, etc) que han dificultado la realización de la recogida de datos.

Comparación con la literatura científica

- A la hora de realizar una búsqueda bibliográfica sobre cirugía menor nos hemos encontrado con que existen pocos trabajos publicados al respecto y que todos se centran en un aspecto en concreto: análisis de costes, concordancia anatomopatológica, cuál es el mejor marco para la realización de cirugía menor... Los resultados obtenidos en nuestro trabajo son muy parecidos a los ya publicados pero el hecho de ser un análisis global hace resaltar aun más las ventajas que presenta la cirugía menor en primaria con respecto a atención especializada y analizar con más precisión los puntos del circuito de cirugía menor, con el fin de mejorar la calidad asistencial ofrecida al paciente y mejorar aquellos indicadores de funcionamiento interno del programa.

Aplicabilidad de los resultados

- De los resultados que obtenemos podemos concluir con que lo médicos de atención primaria hemos de mejorar la cumplimentación de documentación así como la inclusión de los pacientes en el programa. Además es fundamental realización un reciclaje en dermatología de aquellos profesionales de centros donde se realizase cirugía menor, ya que ello mejorará el diagnóstico preoperatorio y la identificación de aquellas lesiones no subsidiarias de realización de cirugía menor en primaria, bien porque sean lesiones que no se contemplen en la cartera de servicio de la cirugía menor en centro de salud, o bien por tener riesgo de malignidad o necesidad de seguimiento posterior por especialista.

- La cirugía menor en primaria supone una reducción considerable del gasto sanitario. Una inversión inicial en material e instalaciones necesarias para su realización en primaria, así como formación de profesionales encargados de realizarla puede ser amortizada en el primer año de puesta en marcha del programa en un centro de salud. Además los tiempos de espera son menores, se reduce la derivación a atención especializada por lo que mejora la lista de espera en servicios de dermatología. Todo esto redundará en beneficios para el paciente que ve como se solventa su demanda de forma más rápida y con menores molestias (se evitan desplazamiento a hospital de referencia para la intervención, mayor flexibilidad en las citas...)

Directrices para futuras investigaciones

- La realización de estudios que abarquen mayor número de pacientes y por tanto, en los que se analice mayor tiempo de implantación del programa podrán arrojar resultados que se aproximen aún más a la realidad de la cirugía menor en atención primaria. En futuras investigaciones hemos de abordar también el punto de vista de los pacientes mediante encuestas de satisfacción. Ya sabemos que la cirugía menor realizada en atención primaria tiene muchas ventajas pero, ¿está satisfecho el paciente con ella? ¿cree adecuado que se realice en los centros de salud, o por el contrario prefieren que sea realizada por el especialista en el ámbito hospitalario? La gran demanda de pacientes para su inclusión en este programa en nuestro centro nos orienta hacia una respuesta positiva en este sentido pero aún no hay estudios que puedan demostrarlo con datos.

AGRADECIMIENTOS

Hemos de agradecer la colaboración prestada para la realización de este estudio al personal encargado de cirugía menor en el Centro de Salud de Cabra y a los servicios de Anatomía Patológica y Dermatología del Hospital Infanta Margarita (Cabra), así como a la Gerencia de dicho hospital por abrirnos sus puertas para la investigación en archivos y registros y no dudar en colaborar con nosotros ante cualquier requerimiento de datos o materiales que necesitáramos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Beneyto Castelló F, Moreno Arroyo JM^a, Navarro Badenes J, García Torán JM, Pascual López L. Cirugía Menor en Atención Primaria. Revista Fml (de la Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria). 2000; 08: 57-62.
2. Tárraga López PJ, Celada Rodríguez A, Cerdán Oliver M, Solera Albero J, Ocaña López JM, López Cara MA. Cirugía menor en un centro de Atención Primaria rural: 2 años de experiencia. MEDIFAM. 2003; 13: 285-290.

3. Vaquero Martínez JJ, García Aparicio JM, Díaz Gómez J, Blasco Paredes D. Eficiencia de la cirugía menor en atención primaria según el nivel de facturación. *Aten Primaria*. 2002; 30: 86-91.

4. Caballero-Martínez F. Cirugía menor en el centro de salud: situación actual y perspectivas de futuro. *Aten Primaria*. 2005; 36: 535-6.

5. Guereña MJ, Perna C, Gajate J. Correlación clinicopatológica de 370 casos de cirugía menor dermatológica realizada por médicos de familia. *Aten Primaria*. 2001; 28: 320-325.

6. Tárraga López PJ, Marín Nieto E, García Olmo D, Celada Rodríguez A, Solera Albero J, Cerdán

Oliver M, et al. Impacto económico de la implantación de un programa de cirugía menor en atención primaria. *Aten primaria*. 2001; 27: 335-8.

7. Brotons Cuixart C, Moral Peláez I, Pitarch Salgado M, Sellarès Sallas J, Bohigas Santasusana L, da Pena Álvarez JM. Estudio evaluativo de los costes asistenciales en atención primaria. *Aten Primaria*. 2007; 39: 485-9.

8. ORDEN de 14 de octubre de 2005, por la que se fijan los precios públicos de los servicios sanitarios prestados por Centros dependientes del Sistema Sanitario Público de Andalucía. *Boletín Oficial de la Junta de Andalucía* 2005; 210: 46-83.

Figura 1

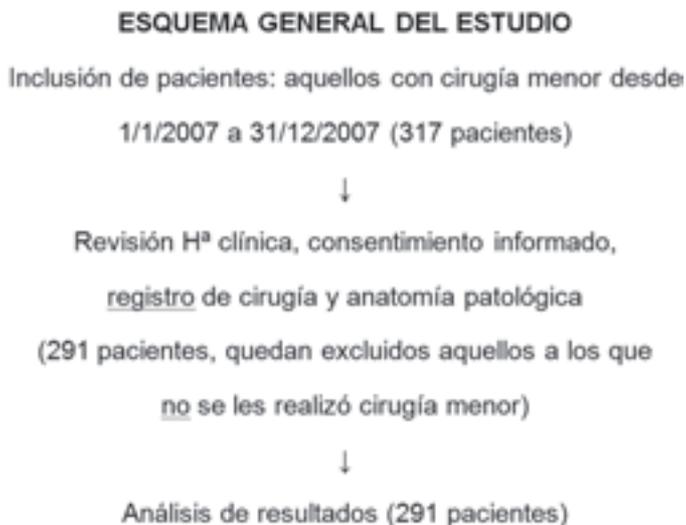
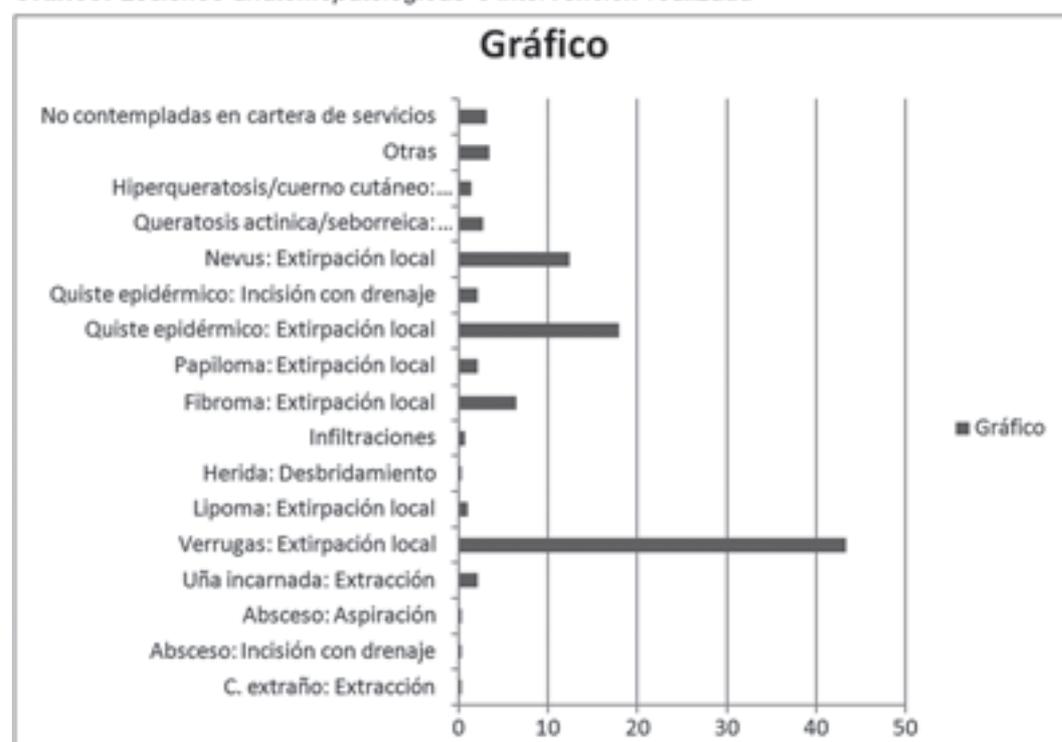


Gráfico: Lesiones anatomopatológicas e intervención realizada**Tabla:** Estudio comparativo de costes entre la realización de la cirugía menor en atención primaria y atención especializada

	COSTES (EUROS)	TOTAL (EUROS)	DIFERENCIA (EUROS)
CONSULTA MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA	43.5	107.73	538.17
CONSULTA RECOGIDA RESULTADOS	17.84		
CONSULTA ENFERMERÍA	41.76		
MATERIAL: -Quistes y abscesos	2.22		
-Uña encarnada	2.6		
-Nevus y Verrugas	4.74	645.9	
-Fibromas, lipomas, melanomas y quistes	5.07		
CONSULTA MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA	43.5		
CONSULTA MÉDICO ESPECIALISTA	114.12	488.28	
INTERVENCIÓN CIRUGÍA MENOR EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA			

Nota: La diferencia de costes se obtiene restando el gasto total en atención primaria menos el gasto total en especializada, teniendo en cuenta que hay que sumar en atención especializada la primera consulta a primaria donde se realiza la derivación. Se obvian gastos anatomía patológica que es similar en ambos casos.

ORIGINAL BREVE

Riesgo cardiovascular en diabéticos gitanos

Hernández Pérez de la Blanca MM¹, Ramírez Robles R¹, Vides Batanero MC¹, Berná Guisado MC², Reborá Mariano T³, Castro Gómez JA⁴

¹ MIR 2º año MFyC. Centro de salud Almanjáyar. Granada. Distrito Granada

² MIR 2º año MFyC. Centro de salud Cartuja. Granada. Distrito Granada

³ MIR 1º año MFyC. Centro de salud Almanjáyar. Granada. Distrito Granada

⁴ Médico de familia. Centro de salud Almanjáyar. Granada. Distrito Granada

El resumen del presente trabajo fue presentado al XX Congreso de la SAMFyC, Torremolinos (Málaga), octubre de 2010.

RESUMEN

Título: Riesgo cardiovascular en diabéticos gitanos.

Objetivos: Evaluar el riesgo cardiovascular en la población diabética gitana.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Dos centros de salud urbanos.

Población y muestra: 171 diabéticos. Mujeres (M) 91, Varones (V) 80. Muestra aleatoria que puede considerarse representativa de una población de etnia gitana en medio urbano, como la ciudad de Granada.

Registrados en centro A: 50, de un total de 61.

Registrados en centro B: 121, de un total de 168.

Intervenciones: Las variables analizadas fueron la edad, el sexo, la hemoglobina glicosilada (HbA1), el índice de masa corporal (IMC), la tensión arterial sistólica (TAS) y diastólica (TAD), el colesterol total

(Co), los triglicéridos (TGC), el riesgo cardiovascular (RCV), las complicaciones vasculares (CV), los controles médicos (CM) y de enfermería (CE). El análisis de los datos se llevó a cabo mediante la utilización del paquete estadístico SPSS 15.

Resultados: Tras la realización del estudio no hallamos diferencias significativas, entre varones y mujeres, para la mayoría de las variables incluidas, excepto en el caso del riesgo cardiovascular (mujeres: 18,9 (IC: 16,7-21,1), varones: 23,6 (IC: 20,7-27) (p=0,011). Hemos encontrado una correlación positiva entre HbA1c y RCV (p=0,026); entre HbA1c y Co (p=0,048) y entre TGC y RCV (p=0,016).

Conclusiones: Nuestra población diabética gitana presenta un mal control glucémico, es obesa, con cifras de TGC muy elevadas y presentan un riesgo cardiovascular elevado. Este riesgo es mayor en aquellos que presentan HbA1c y TGC más elevados.

Palabras clave: Risk cardiovascular (riesgo cardiovascular), diabetes mellitus (diabetes mellitus), gypsies (gitanos).

SUMMARY

Title: Cardiovascular Risk among Gypsies with Diabetes.

Goal: To evaluate cardiovascular risk in a population of gypsies with diabetes.

Design: Cross-sectional descriptive.

Setting: Two urban health centers.

Correspondencia: Mercedes Hernández Pérez de la Blanca
CS Almanjáyar
C/ Joaquín Capulino Jáuregui, s/n.
18012 Granada
E-mail: mercedeshpb@hotmail.com

Recibido el 06-04-2011; aceptado para publicación el 28-03-2012
Med fam Andal 2012; 1: 34-38

Population and sample: 171 diabetics. Females (F) 91, Males (M) 80. A random sample representative of a group of ethnic gypsies in an urban setting (city of Granada).

Number registered in Center A: 50, from a total of 61.

Number registered in Center B: 121, from a total of 168.

Interventions: The following variables were analyzed: age, sex, glycosylated hemoglobin (HbA1c), body mass index (BMI), systolic blood pressure (SBP), diastolic blood pressure (DBP), total cholesterol (TCHOL), triglycerides (TG), cardiovascular risk (CVR), vascular complications (VC), doctor controls (DC), and nurse controls (NC). SPSS 15 software was used to analyze the data.

Results: With the exception of the variable for cardiovascular risk, the study found no significant differences between men and women. Females: 18.9 (CI: 16.7-21.1), males: 23.6 (CI: 20.7-27) ($p=0.011$). A positive correlation was found between the following values: HbA1c and CVR ($p=0.026$); HbA1c and TCHOL ($p=0.048$); and TG and CVR ($p=0.016$).

Conclusions: Our population of diabetic gypsies shows poor control of glucose levels, obesity, very high TG levels, and elevated cardiovascular risk. That risk is even greater among those who present higher levels of HbA1c and TG.

Key words: cardiovascular risk, diabetes mellitus, gypsies.

INTRODUCCIÓN

La población de etnia gitana es la principal minoría en España, ver [1], con un total de 650.000 gitanos. La comunidad autónoma de Andalucía alberga a más del 40%, un total de 250.000, ver [2] y [7], residiendo la mayor parte de este grupo étnico en núcleos urbanos y encontrándose integrado con el resto de la población.

La población gitana ha sufrido una transformación en sus hábitos higiénicos dietéticos en las últimas décadas, presentando altas tasas de obesidad en relación al consumo de alimentos con bajo aporte proteico y alto contenido calórico,

ver [3]. En la población gitana se observa una mayor prevalencia de obesidad, hipercolesterolemia y diabetes mellitus tipo 2 (DM), todos ellos considerados como importantes factores de riesgo cardiovascular, ver [3], [4], [5] y [6].

La DM se asocia con mortalidad prematura y acarrea un incremento del riesgo cardiovascular (RCV), que para el varón puede ser del doble y para la mujer 4 o 5 veces superior al de la población general, ver [8].

El objetivo de nuestro estudio consistió en conocer la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en pacientes diabéticos y de raza gitana así como calcular su riesgo cardiovascular en función de dichos factores.

SUJETOS Y MÉTODOS

El trabajo se ha llevado a cabo desde enero hasta diciembre de 2009. Para ello se ha diseñado un estudio descriptivo transversal y se ha realizado de forma conjunta entre el centro de salud Almanjáyár (centro A) y el centro de salud Car-tuja (centro B).

La población de nuestra área de estudio está formada por un total de 1452 pacientes diabéticos, de los que un 15,8% son gitanos. Al centro A pertenecen 692 pacientes diabéticos de los cuales 61 son gitanos constituyendo un 8,7% de la población diabética del centro. Al centro B pertenecen 760 pacientes diabéticos de los cuales 170 son gitanos constituyendo un 22,4% de la población diabética de dicho centro.

La muestra utilizada ha sido de 171 pacientes diabéticos gitanos, de los cuales 91 eran mujeres y 80 eran varones. En el centro A hubo un registro total de 61 pacientes, quedando 50 finalmente, mientras que en el centro B, el registro total fue de 168, quedando finalmente 121. Las pérdidas se relacionan con casi ausencia de información en el registro informático. Cuando el paciente no tenía tres o más de las variables estudiadas registradas en su historia del software Diraya se decidió eliminarlo.

La selección de los pacientes se llevó a cabo utilizando la base de datos del programa Diraya.

Se obtuvo un listado de todos los pacientes diabéticos (gitanos y no gitanos) de los centros A y B y se solicitó a los distintos médicos de familia de ambos centros que nos indicaran cuáles de ellos pertenecían a la etnia gitana y estaban incluidos en el proceso asistencial de diabetes mellitus. El registro de pacientes fue mayor en el centro B, ya que la población gitana adscrita a este centro de salud es el doble, aproximadamente, respecto del centro A. Por tanto, la muestra con la que hemos trabajado ha sido el universo muestral de los centros A y B. Es razonable considerar que la muestra utilizada es representativa de la población de etnia gitana con DM en un entorno urbano de nuestro país. Además no hay ninguna razón para analizar separadamente los datos de los centros A y B por ello se han analizado conjuntamente.

Las variables analizadas fueron la edad medida en años; el sexo; la hemoglobina glicosilada (HbA1) medida en %; el índice de masa corporal (IMC) medido como la razón entre el peso en kilogramos y el cuadrado de la altura medida en metros; la tensión arterial sistólica (TAS) y diastólica (TAD) medidas en mmHg; el nivel de colesterol total (Co) medida en mg/dl; el nivel de triglicéridos (TGC) medida en mg/dl; el riesgo cardiovascular (RCV), el riesgo cardiovascular lo calculamos utilizando la escala Framingham, a pesar de saber que esta tabla sobervalora dicho riesgo, hemos trabajado con ella por ser la que utiliza el programa Diraya y resultarnos más fácil su manejo; las complicaciones vasculares (CV), variable dicotómica; los controles médicos (CM) que recoge el número de actos médicos; y de enfermería (CE) que recoge el número de veces que ha sido valorado por enfermería.

El análisis estadístico de las diferentes variables se ha realizado utilizando el paquete estadístico SPSS 15.

RESULTADOS

La muestra final de análisis estaba constituida por 171 sujetos. En la Tabla 1 se recogen para cada una de las dos submuestras (varones y mujeres) y para cada una de las 12 variables consideradas los valores de la media, la desviación

típica y el coeficiente de variación de Pearson (que nos permite comparar las dispersiones). En primer lugar destacamos las apreciables diferencias entre la dispersión de varones y de mujeres en las variables IMC (menor en los varones), Co (mayor en los varones), TGC (mayor en los varones), CV (menor en los varones) y CE (mayor en los varones).

Claramente los pacientes son obesos con un IMC alto, los niveles de colesterol también son altos y los niveles de triglicéridos están descontrolados (media mujeres: 276,5 - IC: 237-324; varones: 351 - IC: 260,5-424).

No se han encontrado diferencias significativas entre varones y mujeres salvo en la variable riesgo cardiovascular, en la que sí se han encontrado diferencias significativas ($p=0,011$), siendo el valor del riesgo para mujeres de 18,9 (IC: 16,7-21,1), mientras que para hombres de 23,6 (IC: 20,7-27). El Grafico 1 ilustra este hecho.

En cuanto a las complicaciones cardiovasculares, el 17,5% de los pacientes ha presentado alguna de ellas, viéndose que en el 65% ha sido una cardiopatía isquémica.

Hemos encontrado que existe una correlación positiva entre las cifras de HbA1 y el RCV ($p=0,026$); entre las cifras HbA1 y el Co ($p=0,048$) y entre los niveles de TGC y el RCV ($p=0,016$).

DISCUSIÓN

Tras la realización del estudio no hallamos diferencias significativas, entre varones y mujeres, para la mayoría de las variables incluidas, excepto en el caso del riesgo cardiovascular (mujeres: 18,9 (IC: 16,7-21,1), varones: 23,6 (IC: 20,7-27) ($p=0,011$)). Hemos encontrado una correlación positiva entre HbA1c y RCV ($p=0,026$); HbA1c y Co ($p=0,048$) y TGC y RCV ($p=0,016$).

Aunque hemos intentado realizar el estudio lo más fielmente posible debemos de considerar la existencia de ciertos sesgos. En primer lugar comentaremos los sesgos de selección entre los cuales se encuentran el haber utilizado el programa informático Diraya como método de selección de los pacientes. Esto implica que los

pacientes cuyos resultados analíticos y evolución no estuvieran informatizados o no acudiesen al centro de salud, no fueron incluidos en el estudio, desestimando a aquellos pacientes en cuya historia figuraban menos de tres variables de las estudiadas. Otro de los sesgos, que se debe destacar, es la identificación de la población gitana por sus médicos de atención primaria, dando lugar a infra o suprarregistros por el elevado componente de mestizaje de nuestra población. El escaso tamaño muestral y la ubicación tan concreta del estudio, son otros de los factores a tener en cuenta en la valoración de resultados del mismo. Por último, otro de los potenciales sesgos es la sobrevaloración que se realiza haciendo uso de la escala de Framingham.

Como perspectivas de futuro y dado la característica obesidad observada en la población estudiada, tenemos como objetivo realizar un análisis nutricional de la misma. Además, pretendemos realizar un seguimiento de las complicaciones cardiovasculares dadas las altas cifras de las variables estudiadas. Nuestro objetivo con ello consiste en establecer una serie de estrategias de actuación para conseguir llegar a la mayor parte de la población y prevenir, en la medida de lo posible, dichas complicaciones.

A nivel de investigación pretendemos ampliar el estudio a otras áreas de Granada con diferentes características poblacionales para hacer un estudio comparativo con los resultados obtenidos en este primer estudio.

BIBLIOGRAFÍA

(1) La situación de multidiscriminación ante el empleo en personas de etnia gitana con disca-

pacidad. Editorial Fundación ONCE. Madrid, mayo de 2008.

(2) Gamella JF. Los gitanos andaluces: presente y futuro de una minoría étnica. Disponible en: [http://www.elistas.net/lista/andalucialibre/ficheros/6/verFichero/24/Los%20gitanos %20andaluces%20-%20%20Juan%20F.%20 Game%20lla.doc](http://www.elistas.net/lista/andalucialibre/ficheros/6/verFichero/24/Los%20gitanos%20andaluces%20-%20%20Juan%20F.%20Game%20lla.doc)

(3) Simko V, Ginter E. Short life expectancy and metabolic syndrome in Romanies (gypsies) in Slovakia. *Cent Eur J Public Health*. 2009; 18: 16-18.

(4) Dolinska S, Kudlackova M, Ginter E. The prevalence of female obesity in the world and in the Slovak gypsy women. *Bratisl Lek Listy*. 2007; 108: 207-11.

(5) Valachovicova M, Krajcovicova-Kudlackova M, Spustova V, Blazicek P, Madaric A, Ginter E. Cardiovascular risk markers in gipsy population of Slovakia. *Bratisl Lek Listy*. 2004; 105: 256-259.

(6) Vozarova De Courten B, De Courten M, Hanson RL, Zahorakova A, Egyenes HP, Tata-ranni PA, et al. Higher prevalence of type 2 diabetes, metabolic syndrome and cardiovascular diseases in gypsies than in non-gypsies in Slovakia. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 2003; 62: 95-103.

(7) García C. Guía para la actuación con la comunidad Gitana en los Servicios Sanitarios. Editorial Fundación Secretariado Gitano. Madrid. 2006.

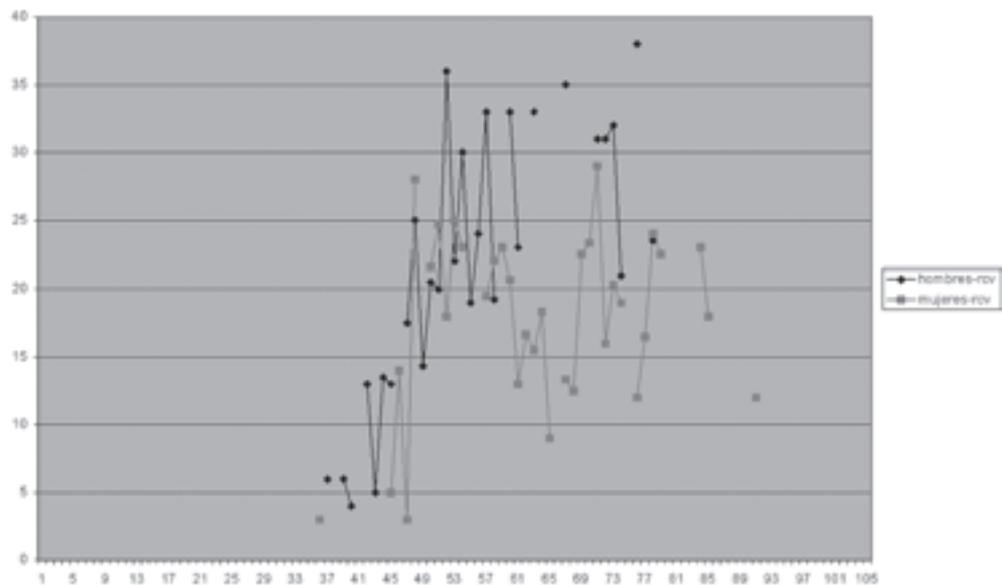
(8) Bosch X, Alfonso F, Bermejo J. Diabetes y enfermedad cardiovascular. Una mirada hacia la nueva epidemia del siglo XXI. *Rev Esp Cardiol*. 2002; 55: 525-7.

(Tabla y gráfico en página siguiente)

Tabla 1. Media, desviación típica y coeficiente de avriación de Pearson de cada una de las variables para la submuestras de varones y para la submuestras de mujeres.

VARIABLE	VARONES			MUJERES			C.VAR. (varones) / C.VAR. (mujeres)
	MEDIA	D.T.	C.VAR.	MEDIA	D.T.	C.VAR.	
Edad	56,75	13,34	23,50	64,00	11,27	17,60	1,34
HBA1	8,03	1,94	24,13	7,66	1,95	25,44	0,95
IMC	33,01	5,32	16,13	34,60	9,42	27,22	0,59
TAS	133,31	19,21	14,41	133,07	15,40	11,58	1,24
TAD	80,44	12,55	15,61	77,81	11,20	14,39	1,08
Co	220,19	62,16	28,23	214,38	43,13	20,12	1,40
TGC	395,46	401,78	101,60	276,57	148,85	53,82	1,89
HDL	35,70	9,81	27,48	44,33	10,95	24,70	1,11
RCV	23,56	10,48	44,49	18,93	8,25	43,58	1,02
CV	0,41	0,86	208,54	0,29	0,99	341,03	0,61
CE	5,29	9,38	177,28	5,40	4,22	78,07	2,27
CM	2,97	2,65	89,26	2,77	2,12	76,61	1,17

Gráfico 1. Valores de RCV según la edad.



ARTÍCULO ESPECIAL

Estudio retrospectivo del resultado de retinografías en diabéticos de un centro de salud

Vílchez Pardo F

Médica. CS Realejo. Granada

INTRODUCCIÓN

La calidad de vida de los pacientes diabéticos se ve muy deteriorada al ser una enfermedad crónica, con complicaciones graves macrovasculares y microvasculares, que elevan la mortalidad de dichos pacientes. Diferentes estudios sitúan la prevalencia de la *diabetes mellitus* en los países desarrollados en torno al 6-8% de la población, llegándose a superar la cifra de 135 millones de individuos afectados por la diabetes.

Debido a su alta incidencia el SAS considera la *diabetes mellitus* como un problema de salud grave; de hecho, existe en Andalucía un plan estratégico de atención primaria para mejorar la capacidad resolutoria y poder realizar con atención especializada una cooperación en la asistencia de los pacientes diabéticos. Estas medidas se han puesto en marcha con el objetivo de conseguir una asistencia sanitaria de más calidad en los pacientes diabéticos.

Los pacientes con esta patología tienen muchas complicaciones, una de las cuales es la retinopatía diabética, que tiene gravísimas consecuencias para la visión. Hay que prevenir y tratar lo más rápidamente posible las alteraciones causadas en la retina por la diabetes, recomendándose que se revise anualmente el fondo de ojo, puesto que

la prevalencia aproximada de la retinopatía diabética sobre la población de un 25% aproximadamente.

El objetivo de este trabajo es demostrar que, si reciben una formación adecuada, los médicos de familia detectarán si un fondo de ojo es normal o presenta algún signo de retinopatía diabética, lo que supone una práctica fundamental para evitar el avance de la enfermedad y establecer su desvío al especialista.

MATERIAL Y MÉTODOS

1. Diseño. Estudio retrospectivo de diabéticos con retinografía en centro de salud Realejo.

Como se ha señalado antes, una de las complicaciones de la diabetes es la retinopatía diabética con afectación vascular de la retina. Está estrechamente relacionada con la duración de la enfermedad y el control glucémico. Adriana Lacle, Carlos Mora, Manuel García señalan que "el 100 % de los pacientes tipo 1 y más del 60 % de los pacientes tipo 2 tienen algún grado de retinopatía", mientras que solamente en el 25% de los diabéticos tipo 2 la retinopatía ya se manifiesta en el momento del diagnóstico de la diabetes.

Uno de los problemas de la diabetes es que, al principio, no se aprecian síntomas de pérdida de agudeza visual, aunque con el transcurso del tiempo se pueden producir en el cuerpo vítreo algunas hemorragias que provocan que la visión disminuya, proceso que puede ser progresivo, hasta llegar a la ceguera.

Correspondencia: Filomena Vílchez Pardo
CS Realejo
Plaza Campo del Príncipe, s/n.
18009 Granada
E-mail: filo_vilchez@yahoo.es

Recibido el 26-03-2012; aceptado para publicación el 18-04-2012
Med fam Andal 2012; 1: 39-45

Otras lesiones características son:

- Microaneurismas
- Hemorragias intrarretinianas (profundas o superficiales)
- Exudados duros
- Exudados blandos
- Anomalías microvasculares intrarretinianas
- Arrosamiento venoso
- Neovascularización

La lesión en la retina provocada por la diabetes es conocida como retinopatía diabética.

En la retina hay numerosos capilares sanguíneos de pequeño tamaño y células sensibles a la luz; cuando se produce una hiperglucemia, las paredes de esos pequeños capilares se hacen más frágiles produciéndose aneurismas que, cuando vierten sangre a la retina, al romperse, producen una serie de lesiones como hemorragias o exudados duros (si es depósito de lipoproteínas), o bien obstrucciones de los capilares, dando lugar a microinfartos que provocan falta de oxígeno en la retina. Si la hemorragia tiene lugar delante del cuerpo vítreo o delante de la retina provoca una gran pérdida visual. Otras veces, las hemorragias ocasionan cicatrices en la retina que dan lugar a la ceguera.

La importancia de la detección a tiempo es vital para mantener la agudeza visual, ya que un ojo dañado no siempre puede curarse, o, al menos, para poder ralentizar el daño de la diabetes en la retina.

Es importante considerar cuales son los factores de riesgo que multiplican la posibilidad de desarrollo de las retinopatías y que son los siguientes

- Duración de la enfermedad y tipo de diabetes mellitus
- Mal control de la glucemia
- Dislipemias

- Hipertensión arterial
- Cambios hormonales: pubertad y embarazo
- Factores genéticos

Para detectar las lesiones es fundamental la realización de retinografías, lo que se puede hacer en el centro de salud, una vez diagnosticada la diabetes.

La retinografía es simplemente una fotografía en color de la retina, sin contraste, o sea, una fotografía del fondo de ojo que se realiza con la intención de detectar, a tiempo y antes de que los síntomas de la diabetes comiencen, los cambios en la retina, que es una capa de tejido que se encuentra en el interior del ojo, que es sensible a la luz y que hace posible la visión.

La detección precoz de la retinopatía diabética es fundamental para la visión del paciente; la prueba de retinografía es sencilla, segura y no causa molestias en el usuario -sólo es necesario dilatar la pupila para conseguir las imágenes de fondo de ojo-, permitiendo con el diagnóstico prevenir o tratar esta enfermedad ocular, que afecta a los pacientes con *diabetes mellitus* y que es la principal causa de ceguera en los países desarrollados.

Gracias a la realización de una retinografía se puede detectar la retinopatía diabética, y otras enfermedades, entre las que están la retinopatía hipertensiva, la retinosis pigmentaria y la degeneración macular asociada a la edad. La tecnología actual permite que las imágenes obtenidas se almacenen y se envíen a través de Internet al centro de salud correspondiente, para su estudio por médicos de atención primaria.

2. Población. Toda la población diabética perteneciente al centro de salud Realejo (Granada), a la que se le practica retinografía sobre una población general del centro de salud.

En la fecha de finalización de este programa, el número de pacientes adscritos al Centro de Salud es 9323 adultos, de los que 342 diabéticos. El número de retinografías realizadas 229.

3. Entorno. Pacientes adultos diabéticos del Centro de Salud Realejo, Distrito Granada.

Se puso en marcha un programa en la Junta de Andalucía "Retinografía en diabéticos" dentro del proceso "Diabetes" y que comenzó en el centro de Salud Realejo, el día 1 de julio de 2007 hasta 31 de diciembre de 2011, ambos inclusive.

4. Intervenciones. Retinografía realizada a los pacientes diabéticos del centro de salud de Realejo (Distrito Granada) realizadas por el retinógrafo del Centro de Salud Gran Capitán (Granada), leídas por Filomena Vílchez Pardo (médico del Centro de Salud de Realejo (Distrito Granada) y adiestrada en dos cursos de retinografía organizadas por el Distrito Granada.

En caso de considerar las retinografías como patológicas o dudosas, se envían a la unidad de oftalmología de Hospital Virgen de las Nieves que confirma o niega la patología de dichas retinografías.

Se ha tenido en cuenta la duración de la *diabetes mellitus* desde su diagnóstico y su tratamiento: dieta, antidiabéticos orales o insulina, para así, obtener un resultado del porcentaje de patología de dichas retinografías en los pacientes de nuestro Centro de Salud.

Descripción del procedimiento:

- Información al paciente de de la intervención que se le va efectuar.
- Consentimiento informado por el paciente.
- Administración de gotas oftálmicas (tropicamida al 1%) para dilatar las pupilas.
- Realización, una vez están las pupilas dilatadas, de tres fotos de la retina de cada ojo mediante una cámara de fotos especialmente diseñada.
- Recomendación al paciente de utilizar gafas de sol para evitar el deslumbramiento por luz intensa y de abstenerse de conducir puesto que la dilatación de las pupilas dura varias horas e incluso, en algunos casos, hasta el día siguiente.

Desde el punto de vista asistencial se procede de la siguiente manera:

- Realización de la retinografía en el Centro de Salud Gran Capitán, donde se encuentra ubicado el retinógrafo.

- Valoración diagnóstica inicial por parte del médico de atención primaria del 100% de las retinografías realizadas.

- El oftalmólogo realiza una valoración diagnóstica, exclusivamente de las imágenes que el médico de atención primaria considere como patológicas o dudosas, lo que supone un 20-30% aproximadamente del total de retinografías realizadas.

- Tras esta valoración, y si se considera necesario, se procede a citar al paciente para consulta con oftalmología en atención especializada. Esto sucede aproximadamente con el 8% de los pacientes a quienes se les realizó la retinografía.

Desde la perspectiva del paciente:

- El procedimiento resulta inocuo y cómodo
- En un alto porcentaje, el paciente sólo necesita desplazarse para realizarse la retinografía.
- Sólo el 8% tiene que acudir a la consulta de oftalmología.
- Los distintos profesionales que intervienen en el proceso asistencial pueden valorar, en distintos momentos, la retinografía, sin obligar al paciente a sucesivos desplazamientos.

5. Análisis estadístico. La aplicación clínica de estos datos es establecer en atención primaria un filtro para el cribado de la retinopatía diabética. Tras haber formado a una serie de médicos de familia, aquellos pacientes en cuyas retinografías no aparecen signos de retinopatía diabética, podrán continuar siendo revisados anualmente por los facultativos encargados de este sistema, mientras que las de aquellos cuyas retinografías muestran algún grado de retinopatía, serán remitidas para ser evaluadas por oftalmólogos.

Un porcentaje elevado de las retinografías que se realizan anualmente ofrecen resultados normales, con lo que se evita que los oftalmólogos se vean obligados a revisar fondos de ojos normales y puedan dedicarse a atender enfermedades oftalmológicas de mayor relevancia, lo que consigue que las consultas de oftalmología sean más eficaces y tengan menor lista de espera.

Además, establecer en atención primaria el cribado de la retinopatía diabética permite implicar a los médicos de familia en el proceso de los diabéticos e incluir el programa de retinografías, como una más de las funciones de los médicos de familia. De esta manera, un importante número de pacientes podrán ser controlados en su centro de salud durante periodos más o menos largos sin acudir al oftalmólogo.

6. Métodos estadísticos utilizados y análisis de los datos.

Pacientes del Centro de Salud Realejo = 10,553 pacientes; 1.230 son niños y los 9.323 restantes son adultos. De éstos, son 342 diabéticos.

El número de retinografías realizadas ha sido 229.

Retinografías en diabéticos diagnosticados anterior al año 2000 según tratamiento:

- 51 retinografías con tratamiento: antidiabéticos orales, de las cuales 9 son patológicas.
- 16 retinografías en diabéticos tratados con insulina de las cuales 5 son patológicas.
- 25 retinografías en pacientes en tratamiento con antidiabéticos orales más insulina, de los cuales 10 son patológicas y una no valorable.

Total: 92 retinografías de las cuales 24 son patológicas y una no valorable

Retinografías en diabéticos diagnosticados entre los años 2000 y 2004, ambos inclusive:

- 51 retinografías en diabéticos tratados con antidiabéticos orales, de los cuales 7 son patológicas y 2 no valorables.
- 6 retinografías realizadas en pacientes tratados con insulina, todas son normales.
- 3 retinografías realizadas en pacientes tratados con antidiabéticos orales más insulina, de las cuales 2 son patológicas.

Total: 60 retinografías, de las cuales 9 son patológicas y 2 no valorables.

Retinografías realizadas en diabéticos diagnosticadas entre los años 2005 y 2011, ambos inclusive:

- 61 retinografías en diabéticos con tratamiento de antidiabéticos orales, de los cuales 5 son patológicas y 1 no valorable.
- 4 retinografías realizadas en pacientes en tratamiento con insulina, de las cuales hay 1 patológica y 1 no valorable
- 1 retinografía realizada a diabéticos en tratamiento con antidiabéticos orales más insulina, que es normal
- 6 retinografías realizadas a diabéticos en tratamiento, dieta y ejercicio, que son todas normales.

Total: 72 retinografías, de las cuales 6 son patológicas y 2 no valorables.

En total las retinografías realizadas en diabéticos del centro de salud realejo son 229 de las cuales 185 son normales, 39 son patológicas y 5 no valorables.

Se ha valorado únicamente la última retinografía de cada paciente diabético del Centro de Salud Realejo. No obstante, si las retinografías son normales se les han hecho sus revisiones anuales, y, si son patológicas, los pacientes han sido controlados por el oftalmólogo.

RESULTADOS

Para un total de 9.323 adultos adscritos al Centro de Salud Realejo, se han detectado 342 diabéticos. Si las cifras normales indican que los diabéticos suponen un 6% del total de población, corresponderían a 559 adultos diabéticos captados; por tanto, hay una diferencia de 342 diabéticos que han controlado su retina en consulta de oftalmología (ya sea causada por la diabetes o por otra patología ocular) o bien, no se han detectado como pacientes diabéticos.

Se considera que la retinopatía diabética tiene en la población una prevalencia de un 25% aproximadamente. En este estudio se aprecia cómo aumenta el porcentaje de la patología a

medida que transcurren los años desde que la enfermedad fue diagnosticada.

En este estudio se aprecia que en Centro de Salud Realejo, la prevalencia de retinopatía diabética era del 6%. Esta tasa baja puede tener varias causas: o bien, hay pacientes con afectación retiniana que ya están siendo controlados en las consultas de oftalmología, o bien, hay un buen número de pacientes a los que no se les ha diagnosticado la diabetes.

Debido a que hay un gran número de pacientes con una retinografía normal, resulta lógico y rentable que fueran los médicos de atención primaria los que se encarguen de evaluar la retinografía, tras recibir una formación para ello, y recurrir a los oftalmólogos solamente en caso de retinografía dudosa o patológica.

Conclusión: Si han tenido una adecuada formación en esta materia, los médicos de atención primaria están capacitados para detectar de forma fiable si un fondo de ojo no presenta anomalías o se advierten signos de retinopatía diabética.

De esta manera, es posible establecer un filtro al nivel de atención primaria para la detección de la retinopatía diabética.

Este procedimiento aporta innegables ventajas, entre las que hay que destacar la detección precoz de la retinopatía diabética, al mismo tiempo que se consigue disminuir la frecuencia de demandas en la consulta de oftalmología, gracias al trabajo de los médicos de familia que detectan las patologías de la retina dentro del estudio global de los diabéticos, y, al mismo tiempo, se evitan desplazamientos innecesarios para los pacientes diabéticos cuando la patología es normal.

BIBLIOGRAFÍA

• Abreu Reyes P, Gil Hernández MA, Abreu R. Telemedicina en el screening de la retinopatía

diabética: nuestra experiencia. Arch Soc Canar Ofta. 2003; 14: 21-24.

• American Diabetes Association. Standards of Medical Care for patients with diabetes mellitus. Diabetes Care. 2003; 26 Suppl 1: s33-s50.

• American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes-2011. Diabetes Care. 2011; 34 Suppl 1: s11-s61.

• Andonegui J, Berástegui L, Serrano L, Egúzkiza A, Gaminde I, Aliseda D. Concordancia en el estudio de retinografías en diabéticos: oftalmólogos vs médicos de familia. Arch Soc Esp Oftalmol. 2008; 83: 527-532.

• Cerezo Espinosa de los Monteros JJ, Villegas Portero R. Cribado de Retinopatía Diabética mediante Retinografía Digital. Sevilla: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2007.

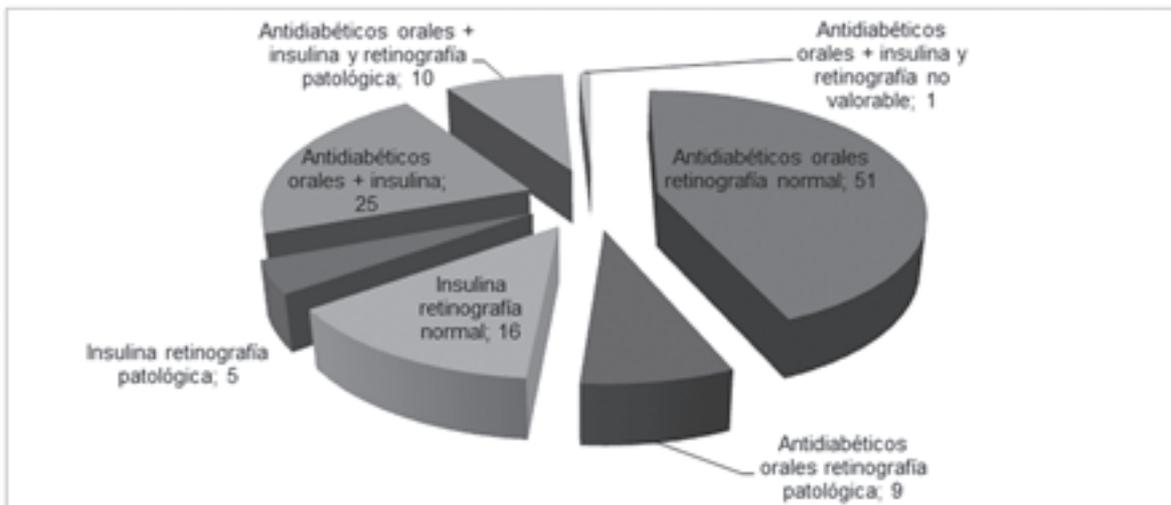
• Gibelalde A, Ruiz-Miguel M, J. Mendicute J, Ayerdi S, Martínez-Zabalegi D. Prevalencia de retinopatía diabética mediante cribado con retinógrafo no midriático. Anales Sis San Navarra. 2010; 33: 271-276.

• Laclé A, Mora, C, García M. Tamizaje de retinopatía diabética tipo 2 en un área de salud del área metropolitana. Acta Médica Costarricense. Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica. 2002; 44: 68-73.

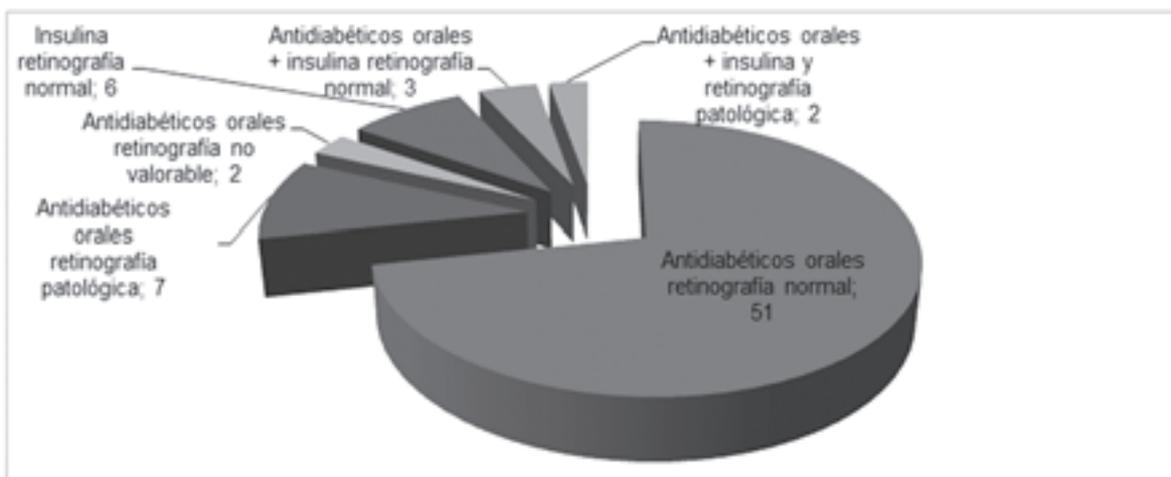
• López Bastida, J. Soto Pedre E, Cabrera López FA. Revisión sistemática y análisis coste-efectividad del cribado de retinopatía diabética con retinógrafo no midriático de 45° mediante imágenes interpretadas por oftalmólogos frente a médicos de familia. Santa Cruz de Tenerife: Servicio Canario de Salud, Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias, 2008.

• Pita Salorio D, Fontenla García JR, Grau Carod M. Diccionario terminológico de oftalmología. Madrid: Allergan; 1994.

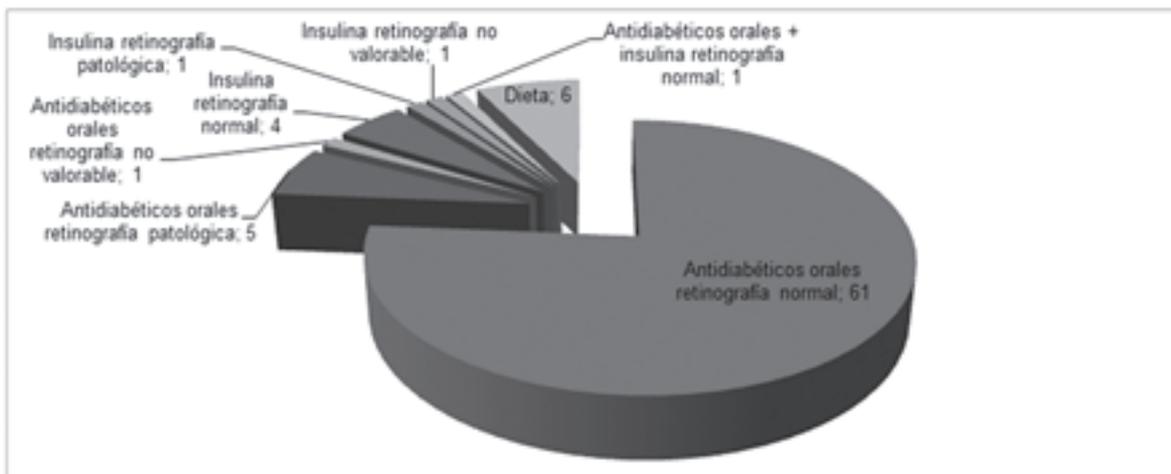
Diagnosticados anteriormente al año 2000:

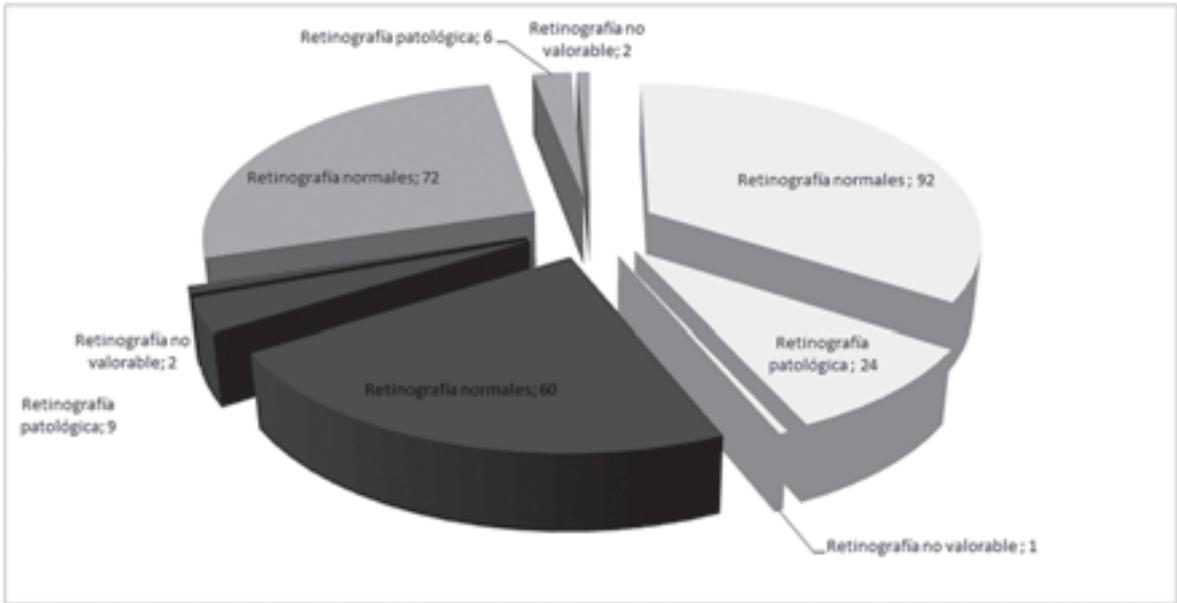


Diagnosticados entre 2000 y 2004:



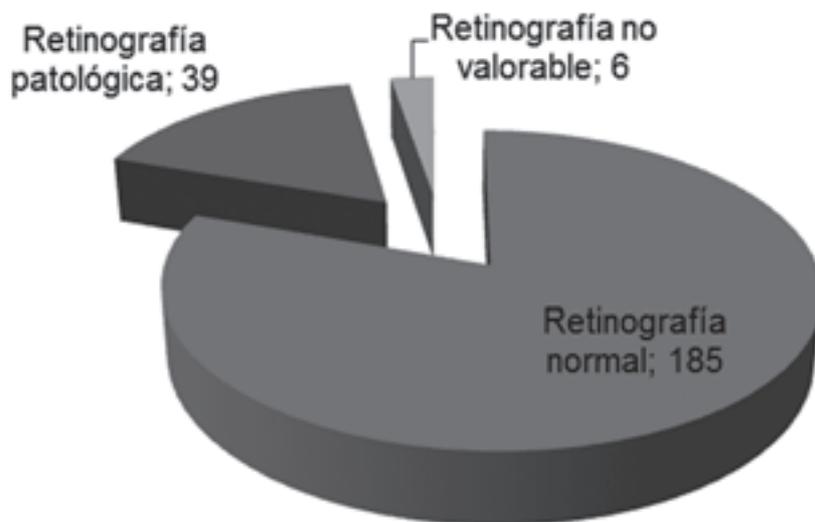
Diagnosticados entre 2005 y 2011





Porcentaje de retinografías según el tiempo de diagnóstico y tratamiento

RESUMEN TOTAL



Se han realizado 229 retinografías en diabéticos (sin contar las de control anual realizadas en aquellos pacientes diabéticos ya diagnosticados), de las cuales 185 han salido normales, 39 han salido patológicas y 6 de ellas no valorables.

CARTA AL DIRECTOR

Traumatismo cerrado sobre cadera derecha

Sr. Director:

Se presenta paciente varón de 43 años, sin antecedentes de interés, ni alergias medicamentosas, deportista, que sufre una caída de bicicleta produciéndose un traumatismo cerrado sobre cadera, muslo y codo derechos, es atendido en los servicios de urgencias donde se descartó patología ósea aguda, se diagnosticó de policontusionado y se le recomendó reposo y analgésicos.

Unos días más tarde acude a consulta porque el perímetro del muslo derecho está aumentando, destacando en la exploración una quemadura de la piel y un gran hematoma en cara lateral de muslo derecho muy fluctuante a la palpación, siendo el perímetro de este muslo 8 cm mayor que el izquierdo. Ante este hallazgo se deriva a urgencias para valorar evacuación donde es reevaluado y dan de alta recomendando medias de compresión elásticas y reposo. Dos semanas más tarde vuelve a acudir a la consulta por aparición de febrícula, aumento del perímetro del muslo (**imagen 1**) y aparición de escara en cadera y cara latero-inferior del muslo (**imagen 2**).

En este momento se realiza ecografía donde se aprecia a lo largo de toda la cara externa del muslo derecho una colección líquida de 430x160x114 mm (longitud x transversal x anteposterior) situada a nivel del tensor de la fascia lata que contiene numerosos ecos flotantes, sugestivos de hematoma muy evolucionado y presencia de esfacelos o tejido graso. No signos de TVP. Estos hallazgos son compatibles con el **Síndrome de Morel-Lavallée**, derivándose a urgencias para valorar drenaje. Finalmente se drena a través de una punción con aspiración obteniendo, en un primer tiempo 4300cc de líquido purulento-marrónáceo y dejando un sistema de lavado continuo; además se practica una escarectomía a nivel proximal. En un segundo tiempo se evacúan de nuevo unos 3000 cc y se pone tratamiento con rifampicina y moxifloxacino.



Imagen 1. Vista de aumento del perímetro del muslo

Diez días más tarde es dado de alta con el diagnóstico de seroma de Morel-lavallée sobreinfectado y escara necrótica.

INTRODUCCIÓN

La lesión de Morel-Lavallée, descrita por primera vez en 1863⁶ por un cirujano francés del mismo nombre, es una patología poco frecuente de la piel que, comúnmente, se presenta en pacientes politraumatizados (aunque también se ha descrito a lo largo de la pared abdominal después de una liposucción²) y que consiste en la separación de la piel y el tejido subcutáneo de la fascia subyacente creando un espacio que se ocupa de un contenido sero-hemático¹. Normalmente aparece después de varios días u horas del trauma

inicial, aunque en un tercio de los casos puede aparecer meses o incluso años después del trauma⁶, por lo cual puede pasar desapercibida y generar complicaciones como infección y necrosis cutánea¹. Por consiguiente, la clave del manejo de esta lesión está en un diagnóstico temprano y un tratamiento oportuno.

FISIOPATOLOGÍA

El mecanismo que causa esta lesión implica la aplicación de fuerzas violentas, directas y tangenciales que producen un cizallamiento de los tejidos superficiales sobre las estructuras profundas como la fascia subyacente produciendo una sección de pequeños vasos en la profundidad del tejido subcutáneo y formando una cavidad virtual que se suele encapsular (**imagen 3**), el hematoma o linfocele resultante puede comprometer el aporte vascular de los tejidos afectados¹. Su localización más frecuente es la región trocántera y margen lateral del muslo, y en menor frecuencia en el lateral de la rodilla.



Imagen 2. Escara en cara latero-inferior del muslo

FORMAS CLÍNICAS

Debido a la extravasación de la linfa y al hematoma, por palpación, pueden presentarse de dos formas diferentes: suave y fluctuante o tensa y elástica¹.

Clínicamente se aprecia una tumoración fluctuante, moderadamente dolorosa, en proporción al aumento de volumen, con piel indemne u ocasionalmente petequial, que puede ser de aparición inmediata o diferida a días o a meses tras el traumatismo y con o sin lesión ósea asociada³. De forma tardía puede aparecer una necrosis central de la piel debido al aumento de la presión marginal interna, el edema y la interrupción vascular.

DIAGNÓSTICO

Aunque la lesión de Morel-Lavallée es infrecuente, su diagnóstico es muy importante; éste puede realizarse casi por completo con el examen

físico o por aspiración con aguja para confirmar la presencia del hematoma, pudiéndose ratificar a través del diagnóstico por imagen mediante ecografía, TAC o RM^{4,5,6}, siendo ésta última de especial interés porque verifica la presencia o no de cápsula periférica o septos en el seno de la lesión, y esto permite establecer la indicación de tratamiento conservador o quirúrgico, respectivamente.

TRATAMIENTO

En la literatura, se aconseja que, una vez se identifique la lesión, el hematoma debe ser evacuado junto con cualquier tejido necrótico que pueda infectarse¹. Aunque la historia natural de estas lesiones no se ha aclarado completamente, existen estudios que han demostrado que el hematoma tiene un alto riesgo de ser colonizado por bacterias a la hora del drenaje inicial, aún en traumas cerrados. Así, debe realizarse un desbri-

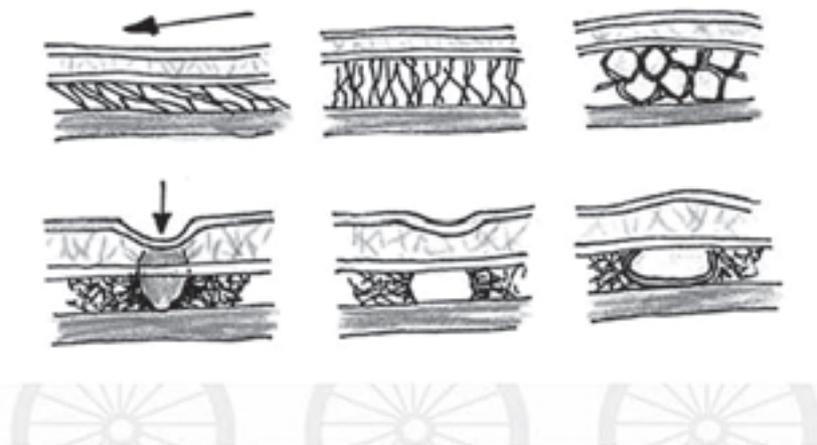


Imagen 3. Perfil parenquémico (extraído de <http://attelagepeda.info/Morel-lavallee.html>)

damiento abierto completo y se considera importante usar un drenaje de succión¹. La ventaja de utilizar una técnica percutánea y ambulatoria es la preservación del plexo arterial subdérmico, el cual se constituye en la única irrigación restante que nutre la piel en el área de la lesión y, además, puede ser un método seguro y eficaz. El desbridamiento abierto es el recomendado para todos los casos de diagnóstico tardío.

En conclusión, el drenaje percutáneo temprano junto con el desbridamiento y la colocación de un drenaje de succión al vacío ambulatorio parece ser un método de tratamiento seguro y eficaz de las lesiones de Morel-Lavallée. Se recomienda que el drenaje percutáneo de estas lesiones se realice en las primeras 48 horas después de la lesión si la condición del paciente es estable¹.

BIBLIOGRAFÍA

1. Solano Urrutia AL, Pineda LA, Aragón H. Manejo con desbridamiento percutáneo y drenaje ambulatorio en pacientes con lesión de Morel-Lavallée. Seguimiento a 7 meses. *Rev Col Or Tra.* 2008; 22: 276-71.
2. Fernández García A, Fernández Pascual C, Santoyo Gil-López F, Alonso Rosa S. Pseudoquistes de Morel-Lavallée tras abdominoplastia sin

- lipoaspiración. *Cir plast iberolatinoam.* 2009; 35: 163-68.

3. García Méndez P, Moral Pascual JM, Abad Barba FJ, Delgado Lacosta A, Llamas Cascón E, Bartolomé Villar A, et al. Masa subcutánea posttraumática tardía en región trocantérea. *Patología del Aparato Locomotor.* 2007; 5: 145-48.

4. Moriarty JM, Borrero CG, Kavanagh CE. A rare cause of calf swelling: the Morel-Lavallée lesion. *Ir J Med Sci.* 2011; 180: 265-8.

5. Ciaschini M, Sundaram M. Radiologic case study. Prepatellar Morel-Lavallée lesion. *Orthopedics.* 2008; 31: 626, 719-21.

6. MRI Web Clinic [internet]: Carroll JF. Morel-Lavallée Lesions. *Radsourc* c2001-[citado Junio 2010]. URL: <http://www.radsourc.us/clinic/1006>.

M^a Dolores Rodríguez Melgarejo
MIR 4^º año MFyC. CS Chana (Granada)
irmelgarejo@hotmail.com

Francisca Dorador Atienza
FE Medicina Familiar y Comunitaria. CS Chana (Granada)

José M^a Solís Jiménez
FE Radiodiagnóstico y Medicina Familiar y Comunitaria.
CS Chana (Granada)

¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO?

Lesión nodular mamaria en un varón

Pavón Mata JM¹, Luque López M^aC², Fernández Ochagavía E¹

¹ MIR. CS Las Albarizas. Marbella (Málaga)

² Médico de Familia. CS Las Albarizas. Marbella (Málaga)

Paciente varón de 55 años de edad, de origen caucásico, fumador y bebedor, diagnosticado de Diabetes Mellitus tipo 2 mal controlada, presentando ya retinopatía diabética no proliferativa leve en ojo izquierdo y una microalbuminuria. Otros antecedentes: hipertensión arterial, dislipemia y rasgo talasémico.

El paciente se encuentra en tratamiento con Telmisartan 80 mg cada 24 horas, Insulina Glargina (Lantus®) 16 UI en la cena, Metformina 850 mg cada 8 horas, Atorvastatina 20 mg cada 24 horas. Refiere no realizar bien la alimentación aunque si practica deporte regularmente.

Análiticamente presenta mal control de la diabetes con HBA1c: 10%, 8,6%, 9,9%. En los últimos 12 meses.

El paciente acude a nuestra consulta de atención primaria, refiere "tumoración en mama derecha". En las últimas seis semanas ha aumentado de tamaño, motivo por lo cual está preocupado.

A la exploración: lesión palpable en mama derecha, retroareolar, bien delimitada, móvil, no dolorosa a la palpación, no secreción por el pezón, no adenopatías.

Se le solicita Ecografía Mamaria para lo cual es remitido a la unidad de mama de nuestro hospital de referencia.

Se le realiza mamografía y ecografía (Fig.1 y 2), que se informan de imagen oval pseudonodular retroareolar en mama derecha de aproximadamente 29 mm (podría corresponder con ginecomastia unilateral), posteriormente se cita para una punción aspiración con aguja fina (PAAF), en el servicio de anatomía patológica.

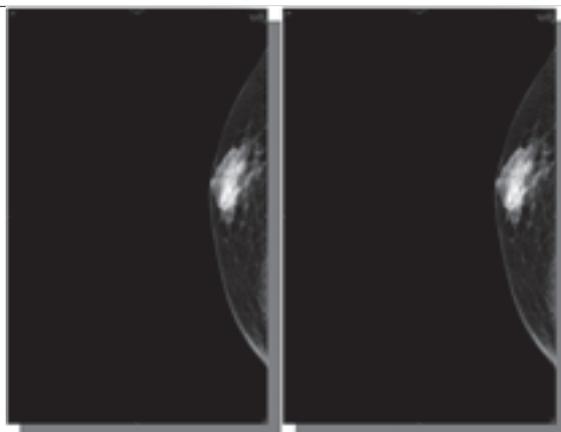


Fig.1. Mamografías mama derecha

El material obtenido se diagnostica de citología que presenta células epiteliales atípicas sugestivas de neoplásicas, siendo necesaria una biopsia para tipificación definitiva.

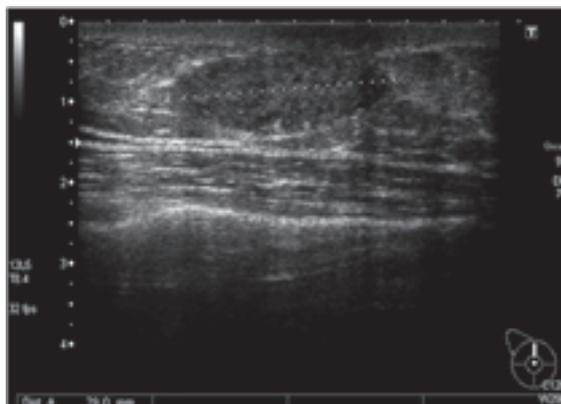


Fig.2. Ecografía mama derecha: imagen oval pseudonodular retroareolar de aprox. 29 mm.

Se le realiza Punción-Biopsia (PBC) de la lesión con el diagnóstico anatómico-patológico de "Lesión retroareolar mama derecha", con hiperplasia ductal en áreas micropapilar e infiltrado inflamatorio linfocitario fundamentalmente perivascular y periductal

¿Cuál es su diagnóstico?

1. Carcinoma de mama
2. Ginecomastia idiopática
3. Mastopatía diabética

Comentarios a CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO (del Vol. 12, Núm. 3) (Med fam Andal 2012; 12:306)

Respuestas razonadas

Fernández González R^{1*}, Alonso Morales M²F^{2*}, Puga Montalvo M²E^{2*}

¹ Residente 4º año MFyC

² Médico de Familia.

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

La respuesta correcta es la e.

a) Ciertas infecciones como la malaria, infecciones por *Clostridium*, *E. coli* o *S. pneumoniae*. El paciente no había viajado al extranjero en los últimos dos años.

b) Efectos secundarios a medicamentos. No refería seguir ningún tratamiento en el momento actual.

c) Reacciones a transfusiones de sangre. No había antecedentes en la realización de la misma.

d) Hemoglobinuria paroxística nocturna: Tienen células sanguíneas a las cuales le falta un gen el glucosil-fosfatidilinositol (GPI), por lo que los glóbulos rojos se descomponen demasiado temprano. Puede afectar a cualquier edad, pudiendo llegar a presentar anemia aplásica, síndrome mielodisplásico o leucemia mielógena aguda. Suelen presentar anemia microcítica, dolor abdominal, orinas colúricas.

e) Defectos enzimáticos del glóbulo rojo como la deficiencia de glucosa-6-fosfato-deshidrogenasa (G6PDH), es la eritroenzimopatía más frecuente y mejor conocida. En el mundo existen más de 400 millones de individuos portadores. Su transmisión es hereditaria ligada al cromosoma X y afecta preferentemente a varones homocigotos. La mujer es portadora asintomática. Hay predilección por determinadas razas, como la negra, asiática y caucásica de la región mediterránea. En España es especialmente frecuen-

te en el sur peninsular y Baleares, con una incidencia de 0,1-1%. El favismo puede presentarse a cualquier edad e incluso después de haber tenido contactos previos e indolentes con habas, aunque las personas más susceptibles son los niños menores de cinco años. Los pacientes deben ser educados con unos consejos dietéticos y deben conocer la posibilidad de crisis hemolíticas agudas ante determinadas infecciones y exposición a determinados fármacos o tóxicos.

BIBLIOGRAFÍA

- Remacha AF, Sarda MP. Manejo de las anemias sub-agudas en urgencias. Revista Anemias. 2009; 2: 54-59.

URL: http://www.revistaanemia.org/contenido/Vol2Num3/ArticuloRevision_1.pdf

- Cappellini MD, Fiorelli G. Glucose-6-phosphate dehydrogenase deficiency. Lancet. 2008; 371 (9606): 64-74.

- Cappellini MD. Acute Hemolysis differential diagnosis. Haematologica. 2003; 88 (suppl 6): 47-51.

- Acosta Sánchez T, Núñez DP, Suárez Luengo M. Anemia hemolítica por deficiencia de G6PD y estrés oxidativo. Rev Cubana Invest Biomed. 2003; 22: 186-91.

- Vives Corrons JL. Anemias por alteraciones bioquímicas del eritrocito. Membranopatías y defectos del metabolismo. *Medicine*. 2001; 8: 2694-702.

- Mehta A, Mason PJ, Vulliamy TJ. Glucose-6-phosphate dehydrogenase deficiency. *Baillieres*

Best Pract Res Clin Haematol. 2000; 13: 21-38.

- Acedo Gutiérrez MS, Barrios Blandino A, Días Simón R, Orche Galindo S, Sanz García R M. *Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica*. Hospital Universitario 12 de Octubre. 4ª ed. Madrid: MSD; 1998. p. 683-695.



22º Congreso
Andalus de Medicina Familiar
y Comunitaria

SAMFyC 2012
SEVILLA
del 24 al 26 de Octubre



PUBLICACIONES DE INTERÉS / ALERTA BIBLIOGRÁFICA

(1 de Octubre de 2011 a 31 de Diciembre de 2011)

Manteca González A

Médico de Familia. Centro de Salud El Palo

Los artículos publicados entre el 1 de octubre y el 31 de diciembre 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.

Verghese A, Brady E, Kapur CC, Horwitz RI. The bedside evaluation: ritual and reason. *Ann Intern Med.* 2011; 155: 550-553 [R,II]
22007047

Grant RW, Ashburner JM, Hong CC, Chang Y, Barry MJ, Atlas SJ. Defining patient complexity from the primary care physician's perspective: a cohort study. *Ann Intern Med.* 2011; 155: 797-804 [S,I]
22184686

Turner BJ, Cuttler L. The complexity of measuring clinical complexity. *Ann Intern Med.* 2011; 155: 851-852 [AO,I]
22184693

Millas J, Otegui A, Perez S, Arzuaga MJ, Martinez JM, Insausti MJ; Miembros del Grupo de Investigación de la Comarca Oeste de Gipuzkoa (CGO). Consulta de atención primaria: ¿todo es del médico? *Aten Primaria.* 2011; 43: 516-522 [T,I]
21377764

Lleras S. Presión asistencial y redistribución de tareas: una oportunidad de mejora en Atención Primaria. *Aten Primaria.* 2011; 43: 522-523 [AO,I]
21722994

Miguel-García F, de Los Santos M, Fernández AI, Alfaro M. Variabilidad en las recomendaciones clínicas en las carteras de servicios de atención primaria de las comunidades autónomas. *Aten Primaria.* 2011; 43: 551-555 [R,I]
21737182

Ferrán M. Crisis y atención primaria. Otra gestión es posible. *Aten Primaria.* 2011; 43: 627-628 [AO,I]
22019063

Olesen F. Putting research into primary care practice. *BMJ* 2011 ;343:d3922 [AO,I]
21729997

Trumble S, Naccarella L, Brooks P. The future of the primary medical workforce. *BMJ.* 2011; 343: d5006 [AO,I]
21859793

Avery AJ. Repeat prescribing in general practice. *BMJ.* 2011; 343: d7089 [AO,I]
22053318

Dyer C. Ensuring quality in primary care. *BMJ.* 2011; 343: d7315 [AO,I]
22089739

Wilson T. Improving primary health care delivery: still waiting for the magic bullet. *CMAJ.* 2011; 183: E1280 [AO,I]
22065363

- Szecsényi J, Campbell S, Broge B, Laux G, Willms S, Wensing M, et al. Effectiveness of a quality-improvement program in improving management of primary care practices. *CMAJ*. 2011; 183: E1326-E1333 [QE,I]
22043000
- Biggs WS, Bieck AD, Pugno PA, Crosley PW. Results of the 2011 national resident matching program: family medicine. *Fam Med*. 2011; 43: 619-624 [T,II]
22002772
- Biggs WS, Schmittling GT, Bieck AD, Crosley PW, Pugno PA. Entry of US medical school graduates into family medicine residencies: 2010-2011 and 3-year summary. *Fam Med*. 2011; 43: 625-630 [T,II]
22002773
- Denomme LB, Terry AL, Brown JB, Thind A, Stewart M. Primary health care teams' experience of electronic medical record use after adoption. *Fam Med*. 2011; 43: 638-642 [C,I]
22002775
- Glynn LG, Valderas JM, Healy P, Burke E, Newell J, Gillespie P, et al. The prevalence of multimorbidity in primary care and its effect on health care utilization and cost. *Fam Pract*. 2011; 28: 516-523 [T,II]
21436204
- Bower P, Macdonald W, Harkness E, Gask L, Kendrick T, Valderas JM, et al. Multimorbidity, service organization and clinical decision making in primary care: a qualitative study. *Fam Pract*. 2011; 28: 579-587 [C,II]
21613378
- Kuusela M, Koivisto AL, Vainiomäki P, Vahlberg T, Rautava P. The medico-professional quality of GP consultations assessed by analysing patient records. *Scand J Prim Health Care*. 2011; 29: 222-226 [C,I]
22126221
- Engblom M, Nilsson G, Arrelöv B, Löfgren A, Skånér Y, Lindholm C, et al. Frequency and severity of problems that general practitioners experience regarding sickness certification. *Scand J Prim Health Care*. 2011; 29: 227-233 [T,I]
22126222
- RIESGO CARDIOVASCULAR.** Incluye: tabaco, dislipemias, hipertensión, obesidad, ejercicio físico, nutrición / dietética.
- McGreevy C, Williams D. New insights about vitamin d and cardiovascular disease: a narrative review. *Ann Intern Med*. 2011; 155: 820-826 [R,I]
22184689
- Paynter NP, Mazer NA, Pradhan AD, Gaziano JM, Ridker PM, Cook NR. Cardiovascular risk prediction in diabetic men and women using hemoglobin A1c vs diabetes as a high-risk equivalent. *Arch Intern Med*. 2011; 171: 1712-1718 [S,II]
21788538
- Zhang Y, Post WS, Dalal D, Blasco-Colmenares E, Tomaselli GF, Guallar E. QT-interval duration and mortality rate: results from the third National Health and Nutrition Examination Survey. *Arch Intern Med*. 2011; 171: 1727-1733 [T,I]
22025428
- Zhang Y, Tuomilehto J, Jousilahti P, Wang Y, Antikainen R, Hu G. Lifestyle factors on the risks of ischemic and hemorrhagic stroke. *Arch Intern Med*. 2011; 171: 1811-1818 [S,I]
21911621
- Weeks SG, Glantz SA, De Marco T, Rosen AB, Fleischmann KE. Secondhand smoke exposure and quality of life in patients with heart failure. *Arch Intern Med*. 2011; 171: 1887-1893 [S,I]
22123794
- Ridker PM. Coronary artery calcium scanning in primary prevention: a conversation with cardiology fellows. *Arch Intern Med*. 2011; 171: 2051-2052 [AO,I]
22158575
- Sanchis C, Llisterri JL, Palomo V, Alonso FJ, López I, Nevado A, et al. Inercia terapéutica en pacientes hipertensos asistidos en atención primaria en España. Estudio Objetivo Kontrol. *Aten Primaria*. 2011; 43: 638-647 [T,I]
21414690
- Lobos JM, Brotons C. Factores de riesgo cardiovascular y atención primaria: evaluación e intervención. *Aten Primaria*. 2011; 43: 668-677 [R,I]
22099938
- Brown MJ. Personalised medicine for hypertension. *BMJ*. 2011; 343: d4697 [AO,I]
21798973
- Fernandez AB, Thompson PD. Eye markers of cardiovascular disease. *BMJ*. 2011; 343: d5304 [AO,I]
21920886
- Borland R. Electronic cigarettes as a method of tobacco control. *BMJ*. 2011; 343: d6269 [AO,I]
21964546
- Pink J, Lane S, Pirmohamed M, Hughes DA. Dabigatran etexilate versus warfarin in management of non-valvular atrial fibrillation in UK context: quantitative benefit-harm and economic analyses. *BMJ*. 2011; 343: d6333 [CE,I]
22042753
- Tzoulaki I, Siontis KC, Ioannidis JP. Prognostic effect size of cardiovascular biomarkers in datasets from observational studies versus randomised trials: meta-epidemiology study. *BMJ*. 2011; 343: d6829 [M,II]
22065657
- Gage BF. Cost of dabigatran for atrial fibrillation. *BMJ*. 2011; 343: d6980 [AO,I]
22042755
- Chalmers J. Is a blood pressure target of <130/80 mm Hg still appropriate for high-risk patients? *Circulation*. 2011; 124: 1700-1702 [AO,I]
22007098
- Mancia G, Schumacher H, Redon J, Verdecchia P, Schmieder R, Jennings G, et al. Blood pressure targets recommended by guidelines and incidence of cardiovascular and renal events in the Ongoing Telmisartan Alone and in Combination With Ramipril Global Endpoint Trial (ONTARGET). *Circulation*. 2011; 124: 1727-1736 [EC,II]
21947289
- Rodeheffer RJ. Hypertension and heart failure: the ALLHAT imperative. *Circulation*. 2011; 124: 1803-1805 [AO,II]
22025634

- Piller LB, Baraniuk S, Simpson LM, Cushman WC, Massie BM, Einhorn PT, et al; for the ALLHAT Collaborative Research Group. Long-term follow-up of participants with heart failure in the Anti-hypertensive and Lipid-Lowering treatment to prevent Heart Attack Trial (ALLHAT). *Circulation*. 2011; 124: 1811-1818 [EC,II] 21969009
- Calhoun DA, White WB, Krum H, Guo W, Bermann G, Trapani A, et al. Effects of a novel aldosterone synthase inhibitor for treatment of primary hypertension: results of a randomized, double-blind, placebo- and active-controlled phase 2 trial. *Circulation*. 2011; 124: 1945-1955 [EC,I] 21986283
- Magnani JW, Rienstra M, Lin H, Sinner MF, Lubitz SA, McManus DD, et al. Atrial fibrillation: current knowledge and future directions in epidemiology and genomics. *Circulation*. 2011; 124: 1982-1993 [R,I] 22042927
- Cornier MA, Després JP, Davis N, Grossniklaus DA, Klein S, Lamarche B, et al; on behalf of the American Heart Association Obesity Committee of the Council on Nutrition; Physical Activity and Metabolism; Council on Arteriosclerosis; Thrombosis and Vascular Biology; Council on Cardiovascular Disease in the Young; Council on Cardiovascular Radiology and Intervention; Council on Cardiovascular Nursing, Council on Epidemiology and Prevention; Council on the Kidney in Cardiovascular Disease, and Stroke Council. Assessing adiposity: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2011; 124: 1996-2019 [M,II] 21947291
- Rooke TW, Hirsch AT, Misra S, Sidawy AN, Beckman JA, Findeiss LK, et al. 2011 ACCF/AHA focused update of the guideline for the management of patients with peripheral artery disease (updating the 2005 guideline): a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation*. 2011; 124: 2020-2045 [M,II] 21959305
- Hackam DG, Woodward M, Newby LK, Bhatt DL, Shao M, Smith EE, et al. Statins and intracerebral hemorrhage: collaborative systematic review and meta-analysis. *Circulation*. 2011; 124: 2233-2242 [M,II] 22007076
- White WB, Wolfson L, Wakefield DB, Hall CB, Campbell P, Moscufo N, et al. Average daily blood pressure, not office blood pressure, is associated with progression of cerebrovascular disease and cognitive decline in older people. *Circulation*. 2011; 124: 2312-2319 [S,I] 22105196
- Mahajan VS, Jarolim P. How to interpret elevated cardiac troponin levels. *Circulation*. 2011; 124: 2350-2354 [AO,I] 22105197
- Smith SC Jr, Benjamin EJ, Bonow RO, Braun LT, Creager MA, Franklin BA, et al. AHA/ACCF secondary prevention and risk reduction therapy for patients with coronary and other atherosclerotic vascular disease: 2011 update: a guideline from the American Heart Association and American College of Cardiology Foundation. *Circulation*. 2011; 124: 2458-2473 [M,II] 22052934
- Pearson TA. Public policy approaches to the prevention of heart disease and stroke. *Circulation*. 2011; 124: 2560-2571 [AO,I] 22144633
- Clarke R. Long-term weight loss and prevention of cardiovascular disease. *Circulation*. 2011; 124: 2801-2802 [AO,I] 22184040
- Gögebakan O, Kohl A, Osterhoff MA, van Baak MA, Jebb SA, Papadaki A, et al; on behalf of DiOGenes. Effects of weight loss and long-term weight maintenance with diets varying in protein and glycemic index on cardiovascular risk factors: the Diet, Obesity, and Genes (DiOGenes) study: a randomized, controlled trial. *Circulation*. 2011; 124: 2829-2838 [EC,II] 22104550
- Huikuri HV. Prediction and prevention of sudden cardiac arrest. *CMAJ*. 2011; 183: 1692-1693 [AO,I] 21911557
- Parry SW. Current issues with prediction rules for syncope. *CMAJ*. 2011; 183: 1694-1695 [AO,I] 21948727
- Juurlink DN. Antidepressants, antiplatelets and bleeding: One more thing to worry about? *CMAJ*. 2011; 183: 1819-1820 [AO,I] 21969407
- Gupta AK. The efficacy and cost-effectiveness of statins in low-risk patients. *CMAJ*. 2011; 183: 1821-1823 [AO,I] 22025650
- Saccilotto RT, Nickel CH, Bucher HC, Steyerberg EW, Bingisser R, Koller MT. San Francisco Syncope Rule to predict short-term serious outcomes: a systematic review. *CMAJ*. 2011; 183: E1116-E1126 [M,II] 21948723
- Tobe SW, Stone JA, Brouwers M, Bhattacharyya O, Walker KM, Dawes M, et al. Harmonization of guidelines for the prevention and treatment of cardiovascular disease: the C-CHANGE Initiative. *CMAJ*. 2011; 183: E1135-E1150 [M,II] 21911548
- Conly J, Clement F, Tonelli M, Hemmelgarn B, Klarenbach S, Lloyd A, et al; for the Alberta Kidney Disease Network. Cost-effectiveness of the use of low- and high-potency statins in people at low cardiovascular risk. *CMAJ*. 2011; 183: E1180-E1188 [CE,II] 21989469
- Tonelli M, Lloyd A, Clement F, Conly J, Husereau D, Hemmelgarn B, et al; for the Alberta Kidney Disease Network. Efficacy of statins for primary prevention in people at low cardiovascular risk: a meta-analysis. *CMAJ*. 2011; 183: E1189-E1202 [M,II] 21989464
- Collins TC, Lunos S, Carlson T, Henderson K, Lightbourne M, Nelson B, et al. Effects of a home-based walking intervention on mobility and quality of life in people with diabetes and peripheral arterial disease: a randomized controlled trial. *Diabetes Care*. 2011; 34: 2174-2179 [EC,I] 21873560
- Cavalot F, Pagliarino A, Valle M, Di Martino L, Bonomo K, Massucco P, et al. Postprandial blood glucose predicts cardiovascular events and all-cause mortality in type 2 diabetes in a 14-year follow-up: lessons from the san luigi gonzaga diabetes study. *Diabetes Care*. 2011; 34: 2237-2243 [S,I] 21949221
- Clair C, Bitton A, Meigs JB, Rigotti NA. Relationships of cotinine and self-reported cigarette smoking with hemoglobin a1c in

- the u.s.: results from the national health and nutrition examination survey, 1999-2008. *Diabetes Care*. 2011; 34: 2250-2255 [T,I]
21836101
- Bouchi R, Babazono T, Mugishima M, Yoshida N, Nyumura I, Toya K, et al. Arterial stiffness is associated with incident albuminuria and decreased glomerular filtration rate in type 2 diabetic patients. *Diabetes Care*. 2011; 34: 2570-2575 [T,I]
21972413
- McKeage K, Keating GM. Fenofibrate: a review of its use in dyslipidaemia. *Drugs*. 2011; 71: 1917-1946 [R,I]
21942979
- Suárez C. Single-pill telmisartan and amlodipine: a rational combination for the treatment of hypertension. *Drugs*. 2011; 71: 2295-2305 [R,I]
22085386
- Pedersen SS, Kupper N, van Domburg RT. Heart and mind: are we closer to disentangling the relationship between emotions and poor prognosis in heart disease? *Eur Heart J*. 2011; 32: 2341-2343 [AO,I]
21632603
- Sever PS, Messerli FH. Hypertension management 2011: optimal combination therapy. *Eur Heart J*. 2011; 32: 2499-2506 [R,II]
21697169
- Sever PS, Chang CL, Gupta AK, Whitehouse A, Poulter NR; on behalf of the ASCOT Investigators. The Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial: 11-year mortality follow-up of the lipid-lowering arm in the UK. *Eur Heart J*. 2011; 32: 2525-2532 [S,II]
21873710
- Alderman MH, Laragh JH, Sealey JE. More about plasma renin and cardiovascular mortality. *Eur Heart J*. 2011; 32: 2610-2612 [AO,I]
21719454
- Tomaschitz A, Pilz S, Ritz E, Morganti A, Grammer T, Amrein K, et al. Associations of plasma renin with 10-year cardiovascular mortality, sudden cardiac death, and death due to heart failure. *Eur Heart J*. 2011; 32: 2642-2649 [S,I]
21606079
- Boehm JK, Peterson C, Kivimaki M, Kubzansky LD. Heart health when life is satisfying: evidence from the Whitehall II cohort study. *Eur Heart J*. 2011; 32: 2672-2677 [S,II]
21727096
- Unger T, Paulis L, Sica DA. Therapeutic perspectives in hypertension: novel means for renin-angiotensin-aldosterone system modulation and emerging device-based approaches. *Eur Heart J*. 2011; 32: 2739-2747 [R,I]
21951628
- Patrono C, Andreotti F, Arnesen H, Badimon L, Baigent C, Collet JP, et al. Antiplatelet agents for the treatment and prevention of atherothrombosis. *Eur Heart J*. 2011; 32: 2922-2932 [R,I]
22019823
- Dorresteijn JA, Visseren FL, Ridker PM, Paynter NP, Wassink AM, Buring JE, et al. Aspirin for primary prevention of vascular events in women: individualized prediction of treatment effects. *Eur Heart J*. 2011; 32: 2962-2969 [EC,I]
22090661
- Regitz-Zagrosek V. Sex and gender differences in symptoms of myocardial ischaemia. *Eur Heart J*. 2011; 32: 3064-3066 [AO,I]
21920971
- Cifková R. Can blood pressure in the first trimester predict the development of gestational hypertensive disorders? *Eur Heart J*. 2011; 32: 3067-3069 [AO,I]
21857018
- He FJ, Burnier M, Macgregor GA. Nutrition in cardiovascular disease: salt in hypertension and heart failure. *Eur Heart J*. 2011; 32: 3073-3080 [R,I]
21705359
- Frisoli TM, Schmieder RE, Grodzicki T, Messerli FH. Beyond salt: lifestyle modifications and blood pressure. *Eur Heart J*. 2011; 32: 3081-3087 [R,I]
21990264
- Gaillard R, Bakker R, Willemsen SP, Hofman A, Steegers EA, Jaddoe VW. Blood pressure tracking during pregnancy and the risk of gestational hypertensive disorders: The Generation R Study. *Eur Heart J*. 2011; 32: 3088-3097 [T,I]
21821845
- Zhang J, Rutten FH, Cramer MJ, Lammers JW, Zuithoff NP, Hoes AW. The importance of cardiovascular disease for mortality in patients with COPD: a prognostic cohort study. *Fam Pract*. 2011; 28: 474-481 [S,I]
21602286
- Paulsen MS, Sondergaard J, Reuther L, Larsen PS, Munck AP, Larsen PV, et al. Treatment of 5413 hypertensive patients: a cross-sectional study. *Fam Pract*. 2011; 28: 599-607 [T,I]
21596691
- Manzanares-Laya S, López MJ, Sánchez-Martínez F, Fernández E, Nebot M. Impacto de la Ley 28/2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo en la prevalencia de la exposición al humo ambiental del tabaco en Barcelona. *Gac Sanit*. 2011; 25: 495-500 [QE,I]
21945069
- Fernández-Bergés D, Félix-Redondo FJ, Lozano L, Pérez-Castán JF, Sanz H, Cabrera A, et al. Prevalencia de síndrome metabólico según las nuevas recomendaciones de la OMS. Estudio HERMEX. *Gac Sanit*. 2011; 25: 519-524 [T,I]
21803460
- O'Donnell MJ, Yusuf S, Mente A, Gao P, Mann JF, Teo K, et al. Urinary sodium and potassium excretion and risk of cardiovascular events. *JAMA*. 2011; 306: 2229-2238 [S,I]
22110105
- Whelton PK. Urinary sodium and cardiovascular disease risk: informing guidelines for sodium consumption. *JAMA*. 2011; 306: 2262-2264 [AO,I]
22110109
- Kostis JB, Cabrera J, Cheng JQ, Cosgrove NM, Deng Y, Pressel SL, et al. Association between chlorthalidone treatment of systolic hypertension and long-term survival. *JAMA*. 2011; 306: 2588-2593 [S,II]
22187278
- Habel LA, Cooper WO, Sox CM, Chan KA, Fireman BH, Arbogast PG, et al. ADHD medications and risk of serious cardiovascular events in young and middle-aged adults. *JAMA*. 2011; 306: 2673-2683 [S,I]
22161946

- Shaw P. ADHD medications and cardiovascular risk: some heartening news. *JAMA*. 2011; 306: 2723-2724 [AO,I] 22161945
- Steliga MA, Dresler CM. Smoking cessation: crucial to target women as well as men. *Lancet*. 2011; 378: 1278-1279 [AO,I] 21839504
- Huxley RR, Woodward M. Cigarette smoking as a risk factor for coronary heart disease in women compared with men: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Lancet*. 2011; 378: 1297-1305 [M,II] 21839503
- Camafort M, Coca A. Hipertensión arterial resistente, más allá de un mal control de la presión arterial. *Med Clin (Barc)*. 2011; 137: 444-445 [AO,I] 21719044
- González M. ¿Es poco eficaz la prevención secundaria en los infartos cerebrales? *Med Clin (Barc)*. 2011; 137: 549-550 [AO,I] 21376353
- Pedreira M, Madariaga I. Cardiopatía isquémica en la mujer: ¿cada vez más diferencias? *Med Clin (Barc)*. 2011; 137: 640-641 [AO,I] 22000571
- Trullàs JC, Formiga F, Montero M, Conde A, Casado J, Carrasco FJ, et al; Grupo RICA. Paradoja de la obesidad en la insuficiencia cardíaca. Resultados del Registro RICA. *Med Clin (Barc)*. 2011; 137: 671-677 [S,I] 21719051
- Fleming TR, Emerson SS. Evaluating rivaroxaban for nonvalvular atrial fibrillation--regulatory considerations. *N Engl J Med*. 2011; 365: 1557-1559 [AO,II] 21992495
- Juonala M, Magnussen CG, Berenson GS, Venn A, Burns TL, Sabin MA, et al. Childhood adiposity, adult adiposity, and cardiovascular risk factors. *N Engl J Med*. 2011; 365: 1876-1885 [T,I] 22087679
- Rocchini AP. Childhood obesity and coronary heart disease. *N Engl J Med*. 2011; 365: 1927-1929 [AO,I] 22087684
- Connolly SJ, Camm AJ, Halperin JL, Joyner C, Alings M, Amerena J, et al; PALLAS Investigators. Dronedarone in high-risk permanent atrial fibrillation. *N Engl J Med*. 2011; 365: 2268-2276 [EC,I] 22082198
- Catheter ablation for atrial fibrillation. *N Engl J Med*. 2011; 365: 2296-2304 [R,I] 22168644
- Nattel S. Dronedarone in atrial fibrillation--Jekyll and Hyde? *N Engl J Med*. 2011; 365: 2321-2322 [AO,I] 22082122
- Smith PJ, Blumenthal JA. Aspectos psiquiátricos y conductuales de la enfermedad cardiovascular: epidemiología, mecanismos y tratamiento. *Rev Esp Cardiol*. 2011; 64: 924-933 [R,I] 21889253
- Franco M, Cooper R, Bilal U, Fuster V. Control de los factores de riesgo coronarios y terapias basadas en la evidencia: esfuerzos coordinados para la prevención cardiovascular en España. *Rev Esp Cardiol*. 2011; 64: 962-964 [AO,II] 21955407
- Anguita M, Alegría E, Barrios V, Casasnovas JA, Escobar C, León M, et al; Grupo de Trabajo de la SEC sobre la guía de dislipemias. Comité de Guías de Práctica Clínica de la SEC. Comentarios a las guías de práctica clínica sobre manejo de las dislipemias de la Sociedad Europea de Cardiología y la Sociedad Europea de Aterosclerosis 2011. Un informe del Grupo de Trabajo del Comité de Guías de Práctica Clínica de la Sociedad Española de Cardiología. *Rev Esp Cardiol*. 2011; 64: 1090-1095 [AO,II] 22107831
- Grupo de Trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) y de la Sociedad Europea de Aterosclerosis (EAS). Guía de la ESC/EAS sobre el manejo de las dislipemias. *Rev Esp Cardiol*. 2011; 64: 1168.e1-e60 [M,II]
- DIABETES**
- Paynter NP, Mazer NA, Pradhan AD, Gaziano JM, Ridker PM, Cook NR. Cardiovascular risk prediction in diabetic men and women using hemoglobin A1c vs diabetes as a high-risk equivalent. *Arch Intern Med*. 2011; 171: 1712-1718 [S,II] 21788538
- Weinger K, Beverly EA, Lee Y, Sitnikov L, Ganda OP, Caballero AE. The effect of a structured behavioral intervention on poorly controlled diabetes: a randomized controlled trial. *Arch Intern Med*. 2011; 171: 1990-1999 [EC,I] 21986346
- Sperl-Hillen J, Beaton S, Fernandes O, Von Worley A, Vazquez-Benitez G, Parker E, et al. Comparative effectiveness of patient education methods for type 2 diabetes: a randomized controlled trial. *Arch Intern Med*. 2011; 171: 2001-2010 [EC,I] 21986350
- Carrera MT, Solé MC, Sala MC, Navarro JM, Servent J, Felipe MP. Estudio de la determinación de la hemoglobina glucosilada en pacientes con diabetes mellitus 2 en sangre capilar en un centro de atención primaria. *Aten Primaria*. 2011; 43: 536-543 [T,I] 21411189
- Byrne CD, Wild SH. Increased risk of glucose intolerance and type 2 diabetes with statins. *BMJ*. 2011; 343: d5004 [AO,I] 21824907
- Hemmingsen B, Lund SS, Gluud C, Vaag A, Almdal T, Hemmingsen C, et al. Intensive glycaemic control for patients with type 2 diabetes: systematic review with meta-analysis and trial sequential analysis of randomised clinical trials. *BMJ*. 2011; 343: d6898 [M,II] 22115901
- Noble D, Mathur R, Dent T, Meads C, Greenhalgh T. Risk models and scores for type 2 diabetes: systematic review. *BMJ*. 2011; 343: d7163 [M,II] 22123912
- Klarenbach S, Cameron C, Singh S, Ur E. Cost-effectiveness of second-line antihyperglycemic therapy in patients with type 2 diabetes mellitus inadequately controlled on metformin. *CMAJ*. 2011; 183: E1213-E1220 [CE,II] 21969406
- Collins TC, Lunos S, Carlson T, Henderson K, Lightbourne M, Nelson B, et al. Effects of a home-based walking intervention

- on mobility and quality of life in people with diabetes and peripheral arterial disease: a randomized controlled trial. *Diabetes Care*. 2011; 34: 2174-2179 [EC,I]
21873560
- Cavalot F, Pagliarino A, Valle M, Di Martino L, Bonomo K, Massucco P, et al. Postprandial blood glucose predicts cardiovascular events and all-cause mortality in type 2 diabetes in a 14-year follow-up: lessons from the san luigi gonzaga diabetes study. *Diabetes Care*. 2011; 34: 2237-2243 [S,I]
21949221
- Clair C, Bitton A, Meigs JB, Rigotti NA. Relationships of cotinine and self-reported cigarette smoking with hemoglobin a1c in the u.s.: results from the national health and nutrition examination survey, 1999-2008. *Diabetes Care*. 2011; 34: 2250-2255 [T,I]
21836101
- Rowan JA, Rush EC, Obolonkin V, Battin M, Wouldes T, Hague WM. Metformin in gestational diabetes: The Offspring Follow-Up (MiG TOFU): body composition at 2 years of age. *Diabetes Care*. 2011; 34: 2279-2284 [T,I]
21949222
- Zhang ZJ, Zheng ZJ, Kan H, Song Y, Cui W, Zhao G, et al. Reduced risk of colorectal cancer with metformin therapy in patients with type 2 diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care*. 2011; 34: 2323-2328 [M,I]
21949223
- Feig DS, Moses RG. Metformin therapy during pregnancy: good for the goose and good for the gosling too? *Diabetes Care*. 2011; 34: 2329-2330 [AO,I]
21949224
- Avogaro A. Postprandial glucose: marker or risk factor? *Diabetes Care*. 2011; 34: 2333-2335 [AO,I]
21949226
- Ioannou GN, Boyko EJ. Metformin and colorectal cancer risk in diabetic patients. *Diabetes Care*. 2011; 34: 2336-2337 [AO,I]
21949227
- Silveiro SP, Araújo GN, Ferreira MN, Souza FD, Yamaguchi HM, Camargo EG. Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration (CKD-EPI) equation pronouncedly underestimates glomerular filtration rate in type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2011; 34: 2353-2355 [T,I] 21926286
- Hajat C, Harrison O, Al Siksek Z. Diagnostic testing for diabetes using HbA1c in the Abu Dhabi population: Weqaya: the Abu Dhabi Cardiovascular Screening Program. *Diabetes Care*. 2011; 34: 2400-2402 [T,I]
21926284
- Monami M, Dicembrini I, Antenore A, Mannucci E. Dipeptidyl peptidase-4 inhibitors and bone fractures: a meta-analysis of randomized clinical trials. *Diabetes Care*. 2011; 34: 2474-2476 [M,II]
22025784
- Gilmer TP, O'Connor PJ. Strategies to reduce the cost of renal complications in patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2011; 34: 2486-2487 [AO,I]
22025786
- Bouchi R, Babazono T, Mugishima M, Yoshida N, Nyumura I, Toya K, et al. Arterial stiffness is associated with incident albuminuria and decreased glomerular filtration rate in type 2 diabetic patients. *Diabetes Care*. 2011; 34: 2570-2575 [T,I]
21972413
- Perry CM. Liraglutide: a review of its use in the management of type 2 diabetes mellitus. *Drugs*. 2011; 71: 2347-2373 [R,I]
22085389
- Fernández-Bergés D, Félix-Redondo FJ, Lozano L, Pérez-Castán JF, Sanz H, Cabrera A, et al. Prevalencia de síndrome metabólico según las nuevas recomendaciones de la OMS. Estudio HERMEX. *Gac Sanit*. 2011; 25: 519-524 [T,I]
21803460
- Ludwig J, Sanbonmatsu L, Gennetian L, Adam E, Duncan GJ, Katz LF, et al. Neighborhoods, obesity, and diabetes--a randomized social experiment. *N Engl J Med*. 2011; 365: 1509-1519 [EC,I]
22010917
- CÁNCER.** Incluye: mama, cérvix, próstata, colon, otros.
- Hubbard RA, Kerlikowske K, Flowers CI, Yankaskas BC, Zhu W, Miglioretti DL. Cumulative probability of false-positive recall or biopsy recommendation after 10 years of screening mammography: a cohort study. *Ann Intern Med*. 2011; 155: 481-492 [S,II]
22007042
- Kerlikowske K, Hubbard RA, Miglioretti DL, Geller BM, Yankaskas BC, Lehman CD, et al; for the Breast Cancer Surveillance Consortium. Comparative effectiveness of digital versus film-screen mammography in community practice in the United States: a cohort study. *Ann Intern Med*. 2011; 155: 493-502 [S,I]
22007043
- Silvestri GA. Screening for lung cancer: it works, but does it really work? *Ann Intern Med*. 2011; 155: 537-539 [AO,I]
21893614
- Jett JR, Midthun DE. Screening for lung cancer: for patients at increased risk for lung cancer, it works. *Ann Intern Med*. 2011; 155: 540-542 [AO,I]
21893615
- Autier P. Frequency, digital technology, and the efficiency of screening mammography. *Ann Intern Med*. 2011; 155: 554-555 [AO,I]
22007048
- Whitlock EP, Vesco KK, Eder M, Lin JS, Senger CA, Burda BU. Liquid-based cytology and human papillomavirus testing to screen for cervical cancer: a systematic review for the u.s. Preventive services task force. *Ann Intern Med*. 2011; 155: 687-697 [M,II]
22006930
- Chou R, Croswell JM, Dana T, Bougatsos C, Blazina J, Fu R, et al. Screening for prostate cancer: a review of the evidence for the U.S. Preventive services task force. *Ann Intern Med*. 2011; 155: 762-771 [M,II]
21984740
- Chung M, Lee J, Terasawa T, Lau J, Trikalinos TA. Vitamin D with or without calcium supplementation for prevention of cancer and fractures: an updated meta-analysis for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2011; 155: 827-838 [M,II]
22184690

- Frei P, Poulsen AH, Johansen C, Olsen JH, Steding-Jessen M, Schüz J. Use of mobile phones and risk of brain tumours: update of Danish cohort study. *BMJ*. 2011; 343: d6387 [S,II] 22016439
- Aune D, Chan DS, Lau R, Vieira R, Greenwood DC, Kampman E, et al. Dietary fibre, whole grains, and risk of colorectal cancer: systematic review and dose-response meta-analysis of prospective studies. *BMJ*. 2011; 343: d6617 [M,II] 22074852
- Poston GJ, Tait D, O'Connell S, Bennett A, Berendse S; On behalf of the Guideline Development Group. Diagnosis and management of colorectal cancer: summary of NICE guidance. *BMJ*. 2011; 343: d6751 [M,II] 22074710
- Godlee F. Mammography wars. *BMJ*. 2011; 343: d7623 [AO,I]
- Gøtzsche PC. Time to stop mammography screening? *CMAJ*. 2011; 183: 1957-1958 [AO,I] 22106102
- The Canadian Task Force on Preventive Health Care. Recommendations on screening for breast cancer in average-risk women aged 40-74 years. *CMAJ*. 2011; 183: 1991-2001 [M,II] 22106103
- Zhang ZJ, Zheng ZJ, Kan H, Song Y, Cui W, Zhao G, et al. Reduced risk of colorectal cancer with metformin therapy in patients with type 2 diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care*. 2011; 34: 2323-2328 [M,I] 21949223
- Ioannou GN, Boyko EJ. Metformin and colorectal cancer risk in diabetic patients. *Diabetes Care*. 2011; 34: 2336-2337 [AO,I] 21949227
- Fosker C, Adlard JW, Shaaban A. Tailoring therapy for locally advanced breast cancer using molecular profiles: are we there yet? *Drugs*. 2011; 71: 1947-1955 [R,I] 21985164
- Mysore S, Ruffin RE. Long-acting β -agonists in asthma management: what is the current status? *Drugs*. 2011; 71: 2091-2097 [R,II] 22035511
- Croom KF, Dhillon S. Bevacizumab: a Review of its use in combination with Paclitaxel or Capecitabine as first-line therapy for HER2-negative metastatic breast cancer. *Drugs*. 2011; 71: 2213-2229 [R,I] 22035518
- Hall SJ, Samuel LM, Murchie P. Toward shared care for people with cancer: developing the model with patients and GPs. *Fam Pract*. 2011; 28: 554-564 [T,I] 21467132
- Lionis C, Petelos E. Early detection of colorectal cancer: barriers to screening in the primary care setting. *Fam Pract*. 2011; 28: 589-591 [AO,I] 22087034
- Stapley S, Hamilton W. Gynaecological symptoms reported by young women: examining the potential for earlier diagnosis of cervical cancer. *Fam Pract*. 2011; 28: 592-598 [S,I] 21632969
- Sort P, Alvarez MA, Bargalló A, Isava A, Muñoz M, Porta F, et al. Coste del cribado del hepatocarcinoma en pacientes cirróticos: un estudio prospectivo. *Gastroenterol Hepatol*. 2011; 34: 519-523 [T,I] 21703723
- Allum WH, Blazeby JM, Griffin SM, Cunningham D, Jankowski JA, Wong R; On behalf of the Association of Upper Gastrointestinal Surgeons of Great Britain and Ireland, the British Society of Gastroenterology and the British Association of Surgical Oncology. Guidelines for the management of oesophageal and gastric cancer. *Gut*. 2011; 60: 1449-1472 [M,II] 21705456
- Planta MB. Sunscreen and melanoma: is our prevention message correct? *J Am Board Fam Med*. 2011; 24: 735-739 [AO,I] 22086817
- Klein EA, Thompson IM Jr, Tangen CM, Crowley JJ, Lucia MS, Goodman PJ, et al. Vitamin E and the risk of prostate cancer: the Selenium and Vitamin E Cancer Prevention Trial (SELECT). *JAMA*. 2011; 306: 1549-1556 [EC,I] 21990298
- Mets OM, Buckens CF, Zanen P, Isgum I, van Ginneken B, Prokop M, et al. Identification of chronic obstructive pulmonary disease in lung cancer screening computed tomographic scans. *JAMA*. 2011; 306: 1775-1781 [T,I] 22028353
- Oken MM, Hocking WG, Kvale PA, Andriole GL, Buys SS, Church TR, et al; PLCO Project Team. Screening by chest radiograph and lung cancer mortality: the Prostate, Lung, Colorectal, and Ovarian (PLCO) randomized trial. *JAMA*. 2011; 306: 1865-1873 [EC,II] 22031728
- Nguyen PL, Je Y, Schutz FA, Hoffman KE, Hu JC, Parekh A, et al. Association of androgen deprivation therapy with cardiovascular death in patients with prostate cancer: a meta-analysis of randomized trials. *JAMA*. 2011; 306: 2359-2366 [M,I] 22147380
- Volk RJ, Wolf AM. Grading the new US Preventive Services Task Force prostate cancer screening recommendation. *JAMA*. 2011; 306: 2715-2716 [AO,I] 22203540
- Kim J, Davis JW. Prostate cancer screening--time to abandon one-size-fits-all approach? *JAMA*. 2011; 306: 2717-2718 [AO,I] 22203541
- Miller DC, Hollenbeck BK. Missing the mark on prostate-specific antigen screening. *JAMA*. 2011; 306: 2719-2720 [AO,I] 22203542
- Chou R, LeFevre ML. Prostate cancer screening--the evidence, the recommendations, and the clinical implications. *JAMA*. 2011; 306: 2721-2722 [AO,I] 22203543
- Breast cancer: old and new debates. *Lancet*. 2011; 378: 1758 [AO,I] 22098843
- Morrow M, Waters J, Morris E. MRI for breast cancer screening, diagnosis, and treatment. *Lancet*. 2011; 378: 1804-1811 [R,I] 22098853
- Reis-Filho JS, Pusztai L. Gene expression profiling in breast cancer: classification, prognostication, and prediction. *Lancet*. 2011; 378: 1812-1823 [R,I] 22098854

- Cooperberg MR. High-risk prostate cancer: treat the prostate. *Lancet*. 2012; 378: 2056-2057 [AO,I]
22056154
- Selva A, Puig T, López J, Bonfill X. Revisión sistemática sobre la eficacia del cribado del cáncer de pulmón. *Med Clin (Barc)*. 2011; 137: 565-571 [M,I]
21316716
- Brett AS, Ablin RJ. Prostate-cancer screening--what the U.S. Preventive Services Task Force left out. *N Engl J Med*. 2011; 365: 1949-1951 [AO,I]
22029759
- McNaughton-Collins MF, Barry MJ. One man at a time--resolving the PSA controversy. *N Engl J Med*. 2011; 365: 1951-1953 [AO,I]
22029758
- Schröder FH. Stratifying risk--the U.S. Preventive Services Task Force and prostate-cancer screening. *N Engl J Med*. 2011; 365: 1953-1955 [AO,I]
22029756
- Hoffman RM. Clinical practice. Screening for prostate cancer. *N Engl J Med*. 2011; 365: 2013-2019 [R,I]
22029754
- INFECCIOSAS.** Incluye: VIH/SIDA, tuberculosis, tropicales, enfermedades de declaración obligatoria, hepatitis, vacunas, infecciones urinarias, neumonías.
- Arias M. Avances en el diagnóstico de la infección tuberculosa. *Arch Bronconeumol*. 2011; 47: 521-530 [R,II]
21903320
- Mazzoleni LE, Sander GB, Francesconi CF, Mazzoleni F, Uchoa DM, De Bona LR, et al. Helicobacter pylori eradication in functional dyspepsia: HEROES trial. *Arch Intern Med*. 2011; 171: 1929-1936 [EC,II]
22123802
- Welch HG, Frankel BA. Likelihood that a woman with screen-detected breast cancer has had her "life saved" by that screening. *Arch Intern Med*. 2011; 171: 2043-2046 [T,I]
22025097
- Rodrigues LC, Mangtani P, Abubakar I. How does the level of BCG vaccine protection against tuberculosis fall over time? *BMJ*. 2011; 343: d5974 [R,I]
21964347
- Losina E, Freedberg KA. Life expectancy in HIV. *BMJ*. 2011; 343: d6015 [AO,I]
21990259
- May M, Gompels M, Delpech V, Porter K, Post F, Johnson M, et al. Impact of late diagnosis and treatment on life expectancy in people with HIV-1: UK Collaborative HIV Cohort (UK CHIC) Study. *BMJ*. 2011; 343: d6016 [S,II]
21990260
- Hay AD, Whiting P, Butler CC. How best to diagnose urinary tract infection in preschool children in primary care? *BMJ*. 2011; 343: d6316 [R,I]
22028485
- Golomb BA. Do statins reduce the risk of infection? *BMJ*. 2011; 343: d7134 [AO,I]
22127442
- Van den Hoek HL, Bos WJ, de Boer A, van de Garde EM. Statins and prevention of infections: systematic review and meta-analysis of data from large randomised placebo controlled trials. *BMJ*. 2011; 343: d7281 [M,I]
22127443
- Fischer G, Bradford J. Persistent vaginitis. *BMJ*. 2011; 343: d7314 [R,I]
22127139
- Macdonald NE, Stanbrook MB, Flegel K, Hébert PC, Rosenfield D. Gonorrhoea: what goes around comes around. *CMAJ*. 2011; 183: 1567 [R,I]
21930743
- Soriano V, Martin-Carbonero L, Vispo E, Labarga P, Barreiro P. Infección por virus de la inmunodeficiencia humana y hepatitis víricas. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2011; 29: 691-701 [R,I]
21978797
- Rivero A ¿Influye el coste de los medicamentos en la elección de las pautas del tratamiento antirretroviral? *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2011; 29: 719-720 [AO,I]
22079230
- Fernández-Dávila P, Zaragoza K. Hombres jóvenes que tienen sexo con hombres: ¿un colectivo en alto riesgo para la infección por el VIH? *Gac Sanit*. 2011; 25: 372-378 [T,I]
21820764
- Johnson JD, O'Mara HM, Durtschi HF, Kopjar B. Do urine cultures for urinary tract infections decrease follow-up visits? *J Am Board Fam Med*. 2011; 24: 647-655 [S,I]
22086807
- Molyneux EM, Graham SM. Community management of severe pneumonia in children. *Lancet*. 2011; 378: 1762-1764 [AO,I]
22078720
- Lazcano-Ponce E, Lorincz AT, Cruz-Valdez A, Salmerón J, Uribe P, Velasco-Mondragón E, et al. Self-collection of vaginal specimens for human papillomavirus testing in cervical cancer prevention (MARCH): a community-based randomised controlled trial. *Lancet*. 2011; 378: 1868-1873 [EC,I]
22051739
- Zambon M. Assessment of the burden of influenza in children. *Lancet*. 2011; 378: 1897-1898 [AO,I]
22078719
- Nair H, Brooks WA, Katz M, Roca A, Berkley JA, Madhi SA, et al. Global burden of respiratory infections due to seasonal influenza in young children: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2011; 378: 1917-1930 [M,II]
22078723
- Fernández-Montero JV, Soriano V. Profilaxis preexposición en la prevención de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana. *Med Clin (Barc)*. 2011; 137: 446-448 [R,II]
21676414
- Kim JJ. The role of cost-effectiveness in U.S. vaccination policy. *N Engl J Med*. 2011; 365: 1760-1761 [AO,I]
22010866
- Buchholz U, Bernard H, Werber D, Böhmer MM, Remschmidt C, Wilking H, et al. German outbreak of Escherichia coli O104:H4 associated with sprouts. *N Engl J Med*. 2011; 365: 1763-1770 [CC,I]
22029753

Blaser MJ. Deconstructing a lethal foodborne epidemic. *N Engl J Med.* 2011; 365: 1835-1836. [AO,I] 22029755

Juonala M, Magnussen CG, Berenson GS, Venn A, Burns TL, Sabin MA, et al. Childhood adiposity, adult adiposity, and cardiovascular risk factors. *N Engl J Med.* 2011; 365: 1876-1885 [T,I] 22087679

Chang KC, Leung CC, Grosset J, Yew WW. Treatment of tuberculosis and optimal dosing schedules. *Thorax.* 2011; 66: 997-1007 [R,II] 21169286

ASMA/BRONQUITIS CRÓNICA

Serra J, Plaza V, Comella A. Cambios en la clínica, la función pulmonar, la calidad de vida y los costes en una cohorte de pacientes asmáticos seguidos durante 10 años. *Arch Bronconeumol.* 2011; 47: 482-487 [S,I] 21852031

Llauger MA, Pou MA, Domínguez L, Freixas M, Valverde P, Valero C; Grup Emergent de Recerca en Malalties Respiratòries (Unitat de Suport a la Recerca de Barcelona-IDIAP Jordi Gol). Atención a la EPOC en el abordaje al paciente crónico en atención primaria. *Arch Bronconeumol.* 2011; 47: 561-570 [R,I] 22036593

Martínez MA, Máiz L, Catalán P. Tratamiento de las bronquiectasias no debidas a fibrosis quística. *Arch Bronconeumol.* 2011; 47: 599-609 [R,I] 21798654

Ducharme FM. Leukotriene receptor antagonists as first line or add-on treatment for asthma. *BMJ.* 2011; 343: d5314 [AO,I] 21914735

Yoon HI, Sin DD. Biomarkers of therapeutic response in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a critical review of the literature. *Drugs.* 2011; 71: 1821-1837 [M,I] 21942975

Mysore S, Ruffin RE. Long-acting β -agonists in asthma management: what is the current status? *Drugs.* 2011; 71: 2091-2097 [R,II] 22035511

Zhang J, Rutten FH, Cramer MJ, Lammers JW, Zuithoff NP, Hoes AW. The importance of cardiovascular disease for mortality in patients with COPD: a prognostic cohort study. *Fam Pract.* 2011; 28: 474-481 [S,I] 21602286

Mets OM, Buckens CF, Zanen P, Isgum I, van Ginneken B, Prokop M, et al. Identification of chronic obstructive pulmonary disease in lung cancer screening computed tomographic scans. *JAMA.* 2011; 306: 1775-1781 [T,I] 22028353

Miller RL, Agerstrand CL. Targeting of household air pollution: interpretation of RESPIRE. *Lancet.* 2011; 378: 1682-1684 [AO,I] 22078673

Mitzner W. Emphysema--a disease of small airways or lung parenchyma? *N Engl J Med.* 2011; 365: 1637-1639 [AO,I] 22029986

Morgan MD. Action plans for COPD self-management. Integrated care is more than the sum of its parts. *Thorax.* 2011; 66: 935-936 [AO,I] 21813621

Turner S, Paton J, Higgins B, Douglas G; British Guidelines on the Management of Asthma. British guidelines on the management of asthma: what's new for 2011? *Thorax.* 2011; 66: 1104-1105 [M,II] 21709166

SALUD MENTAL. Incluye: demencias, y drogodependencias ilegales y legales (no tabaquismo).

Nordentoft M, Mortensen PB, Pedersen CB. Absolute risk of suicide after first hospital contact in mental disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 2011; 68: 1058-1064 [S,II] 21969462

Szatmari P. Is autism, at least in part, a disorder of fetal programming? *Arch Gen Psychiatry.* 2011; 68: 1091-1092 [AO,I] 21730328

Hallmayer J, Cleveland S, Torres A, Phillips J, Cohen B, Torigoe T, et al. Genetic heritability and shared environmental factors among twin pairs with autism. *Arch Gen Psychiatry.* 2011; 68: 1095-1102 [T,I] 21727249

Coll-de-Tuero G, López-Pousa S, Vilalta-Franch J. ¿Cuándo suspender el tratamiento farmacológico específico en el Alzheimer? *Aten Primaria.* 2011; 43: 565-567 [R,I] 21981903

Baird G, Douglas HR, Director A, Murphy MS. Recognising and diagnosing autism in children and young people: summary of NICE guidance. *BMJ.* 2011; 343: d6360 [M,II] 22021468

Johnson S. Has the closure of psychiatric beds gone too far? No. *BMJ.* 2011; 343: d7410 [AO,I] 22110254

Tyrer P. Has the closure of psychiatric beds gone too far? Yes. *BMJ.* 2011; 343: d7457 [AO,I] 22110255

Thornicroft G. Completing the unfinished revolution in mental health. *BMJ.* 2011; 343: d7490 [AO,I] 22110256

Kendall T, Taylor C, Bhatti H, Chan M, Kapur N; On behalf of the Guideline Development Group. Longer term management of self harm: summary of NICE guidance. *BMJ.* 2011; 343: d7073 [M,II] 22113565

Harrison PJ, Baldwin DS, Barnes TRE, Burns T, Ebmeier KP, Ferrier IN et al. No psychiatry without psychopharmacology. *Br J Psychiatry.* 2011; 199: 263-265 [R,I]

Kendall T. The rise and fall of the atypical antipsychotics. *Br J Psychiatry.* 2011; 199: 266-268 [AO,I]

Leucht S, Davis JM. Are all antipsychotic drugs the same? *Br J Psychiatry.* 2011; 199: 269-271 [AO,I]

Smith DJ, Craddock N. Unipolar and bipolar depression: different or the same? *Br J Psychiatry.* 2011; 199: 272-274 [AO,I]

- Lepping P. Overestimating patients' capacity. *Br J Psychiatry*. 2011; 199: 355-356 [AO,I]
22045941
- Sampson EL, Burns A, Richards M. Improving end-of-life care for people with dementia. *Br J Psychiatry*. 2011; 199: 357-359 [AO,I]
22045942
- Oyebo F, Humphreys M. The future of psychiatry. *Br J Psychiatry*. 2011; 199: 439-440 [AO,I]
22130743
- Juurlink DN. Antidepressants, antiplatelets and bleeding: One more thing to worry about? *CMAJ*. 2011; 183: 1819-1820 [AO,I]
21969407
- Kurdyak P, Cairney J. Predicting recurrence of depression. *CMAJ*. 2011; 183: 1955-1956 [AO,I]
22025651
- Colman I, Naicker K, Zeng Y, Ataullahjan A, Senthilvelan A, Patten SB. Predictors of long-term prognosis of depression. *CMAJ*. 2011; 183: 1969-1976 [T,I]
22025655
- Pedersen SS, Kupper N, van Domburg RT. Heart and mind: are we closer to disentangling the relationship between emotions and poor prognosis in heart disease? *Eur Heart J*. 2011; 32: 2341-2343 [AO,I]
21632603
- Høifødt RS, Strøm C, Kolstrup N, Eisemann M, Waterloo K. Effectiveness of cognitive behavioural therapy in primary health care: a review. *Fam Pract*. 2011; 28: 489-504 [R,I]
21555339
- Gensichen J, Günthlin C, Kleppel V, Jäger C, Mergenthal K, Gerlach FM, et al. Practice-based depression case management in primary care: a qualitative study on family doctors' perspectives. *Fam Pract*. 2011; 28: 565-571 [C,I]
21459771
- Habel LA, Cooper WO, Sox CM, Chan KA, Fireman BH, Arbogast PG, et al. ADHD medications and risk of serious cardiovascular events in young and middle-aged adults. *JAMA*. 2011; 306: 2673-2683 [S,I]
22161946
- Shaw P. ADHD medications and cardiovascular risk: some heartening news. *JAMA*. 2011; 306: 2723-2724 [AO,I]
22161945
- Kieling C, Baker-Henningham H, Belfer M, Conti G, Ertem I, Omigbodun O, et al. Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *Lancet*. 2011; 378: 1515-1525 [R,I]
22008427
- Koes B. Management of low back pain in primary care: a new approach. *Lancet*. 2011; 378: 1530-1532 [AO,I]
21963003
- Hill JC, Whitehurst DG, Lewis M, Bryan S, Dunn KM, Foster NE, et al. Comparison of stratified primary care management for low back pain with current best practice (STarT Back): a randomised controlled trial. *Lancet*. 2011; 378: 1560-1571 [EC,I]
21963002
- Non-medical use of painkillers in the USA. *Lancet*. 2011; 378: 1677 [AO,I]
22078670
- Ezquiaga E, García A, Huerta R, Pico A. Tasas de prevalencia de depresión en atención primaria en relación con las características metodológicas de los estudios. *Med Clin (Barc)*. 2011; 137: 612-615 [R,I]
20934195
- Stewart DE. Clinical practice. Depression during Pregnancy. *N Engl J Med*. 2011; 365: 1605-1611 [R,I]
22029982
- Smith PJ, Blumenthal JA. Aspectos psiquiátricos y conductuales de la enfermedad cardiovascular: epidemiología, mecanismos y tratamiento. *Rev Esp Cardiol*. 2011; 64: 924-933 [R,I]
21889253

SALUD LABORAL

- Benavides FG, Delclòs J, Serra C, Camp L, de Peray LL, Fernández R. Identificación y selección de enfermedad de posible origen laboral atendida por el sistema público de salud. *Aten Primaria*. 2011; 43: 524-530 [T,I]
21530008

ENFERMEDADES / PROBLEMAS PREVALENTES

- Leblanc ES, O'Connor E, Whitlock EP, Patnode CD, Kapka T. Effectiveness of primary care-relevant treatments for obesity in adults: a systematic evidence review for the U.S. Preventive services task force. *Ann Intern Med*. 2011; 155: 434-447 [M,II]
21969342
- Cooper PN, Westby M, Pitcher DW, Bullock I. Synopsis of the national institute for health and clinical excellence guideline for management of transient loss of consciousness. *Ann Intern Med*. 2011; 155: 543-549 [M,I]
21930835
- Tilbrook HE, Cox H, Hewitt CE, Kang'ombe AR, Chuang LH, Jayakody S, et al. Yoga for chronic low back pain: a randomized trial. *Ann Intern Med*. 2011; 155: 569-578 [EC,I]
22041945
- Wysocki A, Butler M, Shamliyan T, Kane RL. Whole-body vibration therapy for osteoporosis: state of the science. *Ann Intern Med*. 2011; 155: 680-686 [R,I]
22084334
- Nguyen US, Zhang Y, Zhu Y, Niu J, Zhang B, Felson DT. Increasing prevalence of knee pain and symptomatic knee osteoarthritis: survey and cohort data. *Ann Intern Med*. 2011; 155: 725-732 [S,I]
22147711
- Nayak S, Roberts MS, Greenspan SL. Cost-effectiveness of different screening strategies for osteoporosis in postmenopausal women. *Ann Intern Med*. 2011; 155: 751-761 [CE,I]
22147714
- Gelber AC. Knee pain and osteoarthritis: lessons learned and lessons to be learned. *Ann Intern Med*. 2011; 155: 786-787 [AO,I]
22147716

- Schousboe JT, Gourlay ML. Comparative effectiveness and cost-effectiveness of strategies to screen for osteoporosis in postmenopausal women. *Ann Intern Med.* 2011; 155: 788-789 [AO,I]
22147717
- Chung M, Lee J, Terasawa T, Lau J, Trikalinos TA. Vitamin D with or without calcium supplementation for prevention of cancer and fractures: an updated meta-analysis for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2011; 155: 827-838 [M,II]
22184690
- Bershad SV. Atopic dermatitis (eczema). *Ann Intern Med.* 2011; 155: ITC51 [R,I]
22041966
- Nordentoft M, Mortensen PB, Pedersen CB. Absolute risk of suicide after first hospital contact in mental disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 2011; 68: 1058-1064 [S,II]
21969462
- Zhu K, Devine A, Lewis JR, Dhaliwal SS, Prince RL. "Timed up and go" test and bone mineral density measurement for fracture prediction. *Arch Intern Med.* 2011; 171: 1655-1661 [S,II]
21987195
- Pham B, Stern A, Chen W, Sander B, John-Baptiste A, Thein HH, et al. Preventing pressure ulcers in long-term care: a cost-effectiveness analysis. *Arch Intern Med.* 2011; 171: 1839-1847 [CE,I]
21949031
- Mazzoleni LE, Sander GB, Francesconi CF, Mazzoleni F, Uchoa DM, De Bona LR, et al. Helicobacter pylori eradication in functional dyspepsia: HEROES trial. *Arch Intern Med.* 2011; 171: 1929-1936 [EC,II]
22123802
- Sherman KJ, Cherkin DC, Wellman RD, Cook AJ, Hawkes RJ, Delaney K, et al. A randomized trial comparing yoga, stretching, and a self-care book for chronic low back pain. *Arch Intern Med.* 2011; 171: 2019-2026 [EC,I]
22025101
- Zhu Y, Pandya BJ, Choi HK. Prevalence of gout and hyperuricemia in the US general population: the National Health and Nutrition Examination Survey 2007-2008. *Arthritis Rheum.* 2011; 63: 3136-3141 [T,I]
21800283
- Strijkers RH, Cate-Hoek AJ, Bukkems SF, Wittens CH. Management of deep vein thrombosis and prevention of post-thrombotic syndrome. *BMJ.* 2011; 343: d5916 [R,I]
22042752
- Cooke PA, Gormley GJ, Gilliland A, Cupples ME. Dyspepsia. *BMJ.* 2011; 343: d6234 [R,I]
21964545
- Jolly K, Lewis A, Beach J, Denley J, Adab P, Deeks JJ, et al. Comparison of range of commercial or primary care led weight reduction programmes with minimal intervention control for weight loss in obesity: Lighten Up randomised controlled trial. *BMJ.* 2011; 343: d6500 [EC,I]
22053315
- Truby H, Bonham M. What makes a weight loss programme successful? *BMJ.* 2011; 343: d6629 [AO,I]
22053316
- Lazo M, Hernaez R, Bonekamp S, Kamel IR, Brancati FL, Guallar E, et al. Non-alcoholic fatty liver disease and mortality among US adults: prospective cohort study. *BMJ.* 2011; 343: d6891 [S,I]
22102439
- Fung V, Kendler D. Preventing fractures in postmenopausal women: how to assess risk. *CMAJ.* 2011; 183: 2129-2131 [AO,I]
22042993
- Yen P, Baerlocher MO. Imaging in urolithiasis. *CMAJ.* 2011; 183: 2133 [AO,I]
21859873
- Makol A, Wright K, Amin S. Rheumatoid arthritis and pregnancy: safety considerations in pharmacological management. *Drugs.* 2011; 71: 1973-1987 [R,I]
21985166
- Herrmann N, Chau SA, Kircanski I, Lanctôt KL. Current and emerging drug treatment options for Alzheimer's disease: a systematic review. *Drugs.* 2011; 71: 2031-2065 [M,I]
21985169
- Fattore C, Perucca E. Novel medications for epilepsy. *Drugs.* 2011; 71: 2151-2178 [R,I]
22035515
- Duggan ST, McKeage K. Bazedoxifene: a review of its use in the treatment of postmenopausal osteoporosis. *Drugs.* 2011; 71: 2193-2212 [R,I]
22035517
- Hershcovici T, Fass R. Gastro-oesophageal reflux disease: beyond proton pump inhibitor therapy. *Drugs.* 2011; 71: 2381-2389 [R,II]
22117130
- McCormack PL. Celecoxib: a review of its use for symptomatic relief in the treatment of osteoarthritis, rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis. *Drugs.* 2011; 71: 2457-2489 [R,I]
22141388
- Escobar A, Vrotsou K, Bilbao A, Quintana JM, García L, Herrera-Espiñeira C. Validación de una escala reducida de capacidad funcional del cuestionario WOMAC. *Gac Sanit.* 2011; 25: 513-518 [S,I]
21945068
- Fernández-Bergés D, Félix-Redondo FJ, Lozano L, Pérez-Castán JF, Sanz H, Cabrera A, et al. Prevalencia de síndrome metabólico según las nuevas recomendaciones de la OMS. Estudio HERMEX. *Gac Sanit.* 2011; 25: 519-524 [T,I]
21803460
- Rodríguez F, Berrozpe A, Guardiola J. Rendimiento de la colonoscopia en la hemorragia digestiva baja. *Gastroenterol Hepatol.* 2011; 34: 551-557 [R,I]
21885162
- Goddard AF, James MW, McIntyre AS, Scott BB; on behalf of the British Society of Gastroenterology. Guidelines for the management of iron deficiency anaemia. *Gut.* 2011; 60: 1309-1316 [M,II]
21561874
- Kahrilas PJ, Hughes N, Howden CW. Response of unexplained chest pain to proton pump inhibitor treatment in patients with and without objective evidence of gastro-oesophageal reflux disease. *Gut.* 2011; 60: 1473-1478 [M,I]
21508423

- Jolly K, Aveyard P. Provision of commercial weight management programmes. *Lancet*. 2011; 378: 1444-1445 [AO,I] 21906799
- Jebb SA, Ahern AL, Olson AD, Aston LM, Holzapfel C, Stoll J, et al. Primary care referral to a commercial provider for weight loss treatment versus standard care: a randomised controlled trial. *Lancet*. 2011; 378: 1485-1492 [EC,I] 21906798
- Koes B. Management of low back pain in primary care: a new approach. *Lancet*. 2011; 378: 1530-1532 [AO,I] 21963003
- Hill JC, Whitehurst DG, Lewis M, Bryan S, Dunn KM, Foster NE, et al. Comparison of stratified primary care management for low back pain with current best practice (STarT Back): a randomised controlled trial. *Lancet*. 2011; 378: 1560-1571 [EC,I] 21963002
- Martínez G, Guadalix S, Hawkins F. Etiopatogenia y tratamiento de la osteoporosis y fracturas del varón adulto. *Med Clin (Barc)*. 2011; 137: 656-662 [R,I] 21420694
- Ortiz-Moncada R, Alvarez-Dardet C, Miralles-Bueno JJ, Ruíz-Cantero MT, Dal Re-Saavedra MA, Villar-Villalba C, Pérez-Farinós N, Serra-Majem L. Determinantes sociales de sobrepeso y obesidad en España 2006. *Med Clin (Barc)*. 2011; 137: 678-684 [T,I] 21752409
- Hernández-Hernández R, Coca A. La paradoja de la obesidad en la insuficiencia cardíaca: ¿cuánto más peso mejor? *Med Clin (Barc)*. 2011; 137: 689-690 [AO,I] 21703644
- Yanovski SZ, Yanovski JA. Obesity prevalence in the United States--up, down, or sideways? *N Engl J Med*. 2011; 364: 987-989 [R,I] 21410367
- Ludwig J, Sanbonmatsu L, Gennetian L, Adam E, Duncan GJ, Katz LF, et al. Neighborhoods, obesity, and diabetes--a randomized social experiment. *N Engl J Med*. 2011; 365: 1509-1519 [EC,I] 22010917
- Appel LJ, Clark JM, Yeh HC, Wang NY, Coughlin JW, Daumit G, et al. Comparative effectiveness of weight-loss interventions in clinical practice. *N Engl J Med*. 2011; 365: 1959-1968 [EC,I] 22085317
- Wadden TA, Volger S, Sarwer DB, Vetter ML, Tsai AG, Berkowitz RL, et al. A two-year randomized trial of obesity treatment in primary care practice. *N Engl J Med*. 2011; 365: 1969-1979 [EC,I] 22082239
- Yanovski SZ. Obesity treatment in primary care--are we there yet? *N Engl J Med*. 2011; 365: 2030-2031 [AO,I] 22085319
- Sharma SK, Agrawal S, Damodaran D, Sreenivas V, Kadiravan T, Lakshmy R, et al. CPAP for the metabolic syndrome in patients with obstructive sleep apnea. *N Engl J Med*. 2011; 365: 2277-2286 [EC,I] 22168642
- Pérez L, Alonso A, Roig D, García A, Guañabens N, Peris P, et al. Actualización 2011 del consenso Sociedad Española de Reumatología de osteoporosis. *Reumatol Clin*. 2011; 7: 357-379 [M,II] 22078694

MEDIOS DIAGNÓSTICOS

- Kerlikowske K, Hubbard RA, Miglioretti DL, Geller BM, Yankaskas BC, Lehman CD, et al; for the Breast Cancer Surveillance Consortium. Comparative effectiveness of digital versus film-screen mammography in community practice in the United States: a cohort study. *Ann Intern Med*. 2011; 155: 493-502 [S,I] 22007043
- Autier P. Frequency, digital technology, and the efficiency of screening mammography. *Ann Intern Med*. 2011; 155: 554-555 [AO,I] 22007048
- Whitlock EP, Vesco KK, Eder M, Lin JS, Senger CA, Burda BU. Liquid-based cytology and human papillomavirus testing to screen for cervical cancer: a systematic review for the u.s. Preventive services task force. *Ann Intern Med*. 2011; 155: 687-697 [M,II] 22006930
- Arias M. Avances en el diagnóstico de la infección tuberculosa. *Arch Bronconeumol*. 2011; 47: 521-530 [R,II] 21903320
- Ridker PM. Coronary artery calcium scanning in primary prevention: a conversation with cardiology fellows. *Arch Intern Med*. 2011; 171: 2051-2052 [AO,I] 22158575
- Carrera MT, Solé MC, Sala MC, Navarro JM, Servent J, Felipe MP. Estudio de la determinación de la hemoglobina glucosilada en pacientes con diabetes mellitus 2 en sangre capilar en un centro de atención primaria. *Aten Primaria*. 2011; 43: 536-543 [T,I] 21411189
- Fernandez AB, Thompson PD. Eye markers of cardiovascular disease. *BMJ*. 2011; 343: d5304 [AO,I] 21920886
- Tzoulaki I, Siontis KC, Ioannidis JP. Prognostic effect size of cardiovascular biomarkers in datasets from observational studies versus randomised trials: meta-epidemiology study. *BMJ*. 2011; 343: d6829 [M,II] 22065657
- Yen P, Baerlocher MO. Imaging in urolithiasis. *CMAJ*. 2011; 183: 2133 [AO,I] 21859873
- Silveiro SP, Araújo GN, Ferreira MN, Souza FD, Yamaguchi HM, Camargo EG. Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration (CKD-EPI) equation pronouncedly underestimates glomerular filtration rate in type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2011; 34: 2353-2355 [T,I] 21926286
- Bruining N, van Domburg RT. Long-term application of vitamin K antagonists, more harm than good? The additional value of imaging. *Eur Heart J*. 2011; 32: 2473-2475 [AO,I] 21804103
- Weijts B, Blaauw Y, Rennenberg RJ, Schurgers LJ, Timmermans CC, Pison L, et al. Patients using vitamin K antagonists show

increased levels of coronary calcification: an observational study in low-risk atrial fibrillation patients. *Eur Heart J*. 2011; 32: 2555-2562 [T,II]

21775389

Rodríguez F, Berrozpe A, Guardiola J. Rendimiento de la colonoscopia en la hemorragia digestiva baja. *Gastroenterol Hepatol*. 2011; 34: 551-557 [R,I]

21885162

Johnson JD, O'Mara HM, Durtschi HF, Kopjar B. Do urine cultures for urinary tract infections decrease follow-up visits? *J Am Board Fam Med*. 2011; 24: 647-655 [S,I]

22086807

Giardina TD, Singh H. Should patients get direct access to their laboratory test results? An answer with many questions. *JAMA*. 2011; 306: 2502-2503 [AO,I]

22122864

Lazcano-Ponce E, Lorincz AT, Cruz-Valdez A, Salmerón J, Uribe P, Velasco-Mondragón E, et al. Self-collection of vaginal specimens for human papillomavirus testing in cervical cancer prevention (MARCH): a community-based randomised controlled trial. *Lancet*. 2011; 378: 1868-1873 [EC,I]

22051739

INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Hay AD, Whiting P, Butler CC. How best to diagnose urinary tract infection in preschool children in primary care? *BMJ*. 2011; 343: d6316 [R,I]

22028485

Baird G, Douglas HR, Director A, Murphy MS. Recognising and diagnosing autism in children and young people: summary of NICE guidance. *BMJ*. 2011; 343: d6360 [M,II]

22021468

Kendall T, Taylor C, Bhatti H, Chan M, Kapur N; On behalf of the Guideline Development Group. Longer term management of self harm: summary of NICE guidance. *BMJ*. 2011; 343: d7073 [M,II]

22113565

Douglas P, Hill P. Managing infants who cry excessively in the first few months of life. *BMJ*. 2011; 343: d7772 [AO,I]

22174332

Rowan JA, Rush EC, Obolonkin V, Battin M, Wouldes T, Hague WM. Metformin in gestational diabetes: The Offspring Follow-Up (MiG TOFU): body composition at 2 years of age. *Diabetes Care*. 2011; 34: 2279-2284 [T,I]

21949222

Feig DS, Moses RG. Metformin therapy during pregnancy: good for the goose and good for the gosling too? *Diabetes Care*. 2011; 34: 2329-2330 [AO,I]

21949224

Santos MI, Rosario F. A score for assessing the risk of first-time adolescent pregnancy. *Fam Pract*. 2011; 28: 482-488 [CC,I]

21525140

Roth C, Magnus P, Schjøberg S, Stoltenberg C, Surén P, McKeague IW, et al. Folic acid supplements in pregnancy and severe language delay in children. *JAMA*. 2011; 306: 1566-1573 [S,II]

21990300

Carlo WA, McDonald SA, Fanaroff AA, Vohr BR, Stoll BJ, Ehrenkranz RA, et al; Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development Neonatal Research Network. Association of antenatal corticosteroids with mortality and neurodevelopmental outcomes among infants born at 22 to 25 weeks' gestation. *JAMA*. 2011; 306: 2348-2358 [S,I]

22147379

Kieling C, Baker-Henningham H, Belfer M, Conti G, Ertem I, Omigbodun O, et al. Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *Lancet*. 2011; 378: 1515-1525 [R,I]

22008427

Molyneux EM, Graham SM. Community management of severe pneumonia in children. *Lancet*. 2011; 378: 1762-1764 [AO,I]

22078720

Zamboni M. Assessment of the burden of influenza in children. *Lancet*. 2011; 378: 1897-1898 [AO,I]

22078719

Juonala M, Magnussen CG, Berenson GS, Venn A, Burns TL, Sabin MA, et al. Childhood adiposity, adult adiposity, and cardiovascular risk factors. *N Engl J Med*. 2011; 365: 1876-1885 [T,I]

22087679

Rocchini AP. Childhood obesity and coronary heart disease. *N Engl J Med*. 2011; 365: 1927-1929 [AO,I]

22087684

MUJER Y SALUD. Incluye: Planificación Familiar, embarazo, Aborto, Menopausia, mujer y medicina.

Slatkowska L, Alibhai SM, Beyene J, Hu H, Demaras A, Cheung AM. Effect of 12 months of whole-body vibration therapy on bone density and structure in postmenopausal women: a randomized trial. *Ann Intern Med*. 2011; 155: 668-679 [EC,I]

22084333

Whitlock EP, Vesco KK, Eder M, Lin JS, Senger CA, Burda BU. Liquid-based cytology and human papillomavirus testing to screen for cervical cancer: a systematic review for the u.s. Preventive services task force. *Ann Intern Med*. 2011; 155: 687-697 [M,II]

22006930

Nayak S, Roberts MS, Greenspan SL. Cost-effectiveness of different screening strategies for osteoporosis in postmenopausal women. *Ann Intern Med*. 2011; 155: 751-761 [CE,I]

22147714

Schousboe JT, Gourlay ML. Comparative effectiveness and cost-effectiveness of strategies to screen for osteoporosis in postmenopausal women. *Ann Intern Med*. 2011; 155: 788-789 [AO,I]

22147717

Duckitt K. Exercise during pregnancy. *BMJ*. 2011; 343: d5710 [AO,I]

21920880

Li DK, Yang C, Andrade S, Tavares V, Ferber JR. Maternal exposure to angiotensin converting enzyme inhibitors in the first trimester and risk of malformations in offspring: a retrospective cohort study. *BMJ*. 2011; 343: d5931 [S,I]

22010128

- Mitchell AA. Fetal risk from ACE inhibitors in the first trimester. *BMJ*. 2011; 343: d6667 [AO,I]
22010131
- Fischer G, Bradford J. Persistent vaginitis. *BMJ*. 2011; 343: d7314 [R,I]
22127139
- Nakhai-Pour HR, Broy P, Sheehy O, Bérard A. Use of nonaspirin nonsteroidal anti-inflammatory drugs during pregnancy and the risk of spontaneous abortion. *CMAJ*. 2011; 183: 1713-1720 [CC,I]
21896698
- Fung V, Kendler D. Preventing fractures in postmenopausal women: how to assess risk. *CMAJ*. 2011; 183: 2129-2131 [AO,I]
22042993
- Rowan JA, Rush EC, Obolonkin V, Battin M, Woudes T, Hague WM. Metformin in gestational diabetes: The Offspring Follow-Up (MiG TOFU): body composition at 2 years of age. *Diabetes Care*. 2011; 34: 2279-2284 [T,I]
21949222
- Feig DS, Moses RG. Metformin therapy during pregnancy: good for the goose and good for the gosling too? *Diabetes Care*. 2011; 34: 2329-2330 [AO,I]
21949224
- Vinter CA, Jensen DM, Ovesen P, Beck-Nielsen H, Jørgensen JS. The LiP (Lifestyle in Pregnancy) Study: a randomized controlled trial of lifestyle intervention in 360 obese pregnant women. *Diabetes Care*. 2011; 34: 2502-2507 [EC,I]
21972411
- Makol A, Wright K, Amin S. Rheumatoid arthritis and pregnancy: safety considerations in pharmacological management. *Drugs*. 2011; 71: 1973-1987 [R,I]
21985166
- Cífková R. Can blood pressure in the first trimester predict the development of gestational hypertensive disorders? *Eur Heart J*. 2011; 32: 3067-3069 [AO,I]
21857018
- Gaillard R, Bakker R, Willemsen SP, Hofman A, Steegers EA, Jaddoe VW. Blood pressure tracking during pregnancy and the risk of gestational hypertensive disorders: The Generation R Study. *Eur Heart J*. 2011; 32: 3088-3097 [T,I]
21821845
- Santos MI, Rosário F. A score for assessing the risk of first-time adolescent pregnancy. *Fam Pract*. 2011; 28: 482-488 [CC,I]
21525140
- Giménez-Salinas A. La explotación y trata de mujeres con fines sexuales: el papel del sector salud. *Gac Sanit*. 2011; 25: 351-352 [AO,I]
21890244
- De la Cuesta R, Franco C, Iglesias E. Actualización en anticoncepción hormonal. *Inf Ter Sist Nac Salud*. 2011; 35: 75-87 [R,I]
- Orueta R, López MJ. Manejo de fármacos durante el embarazo. *Inf Ter Sist Nac Salud*. 2011; 35: 107-113 [R,II]
- Roth C, Magnus P, Schjøberg S, Stoltenberg C, Surén P, McKeague IW, et al. Folic acid supplements in pregnancy and severe language delay in children. *JAMA*. 2011; 306: 1566-1573 [S,II]
21990300
- Iams JD, Lynch CD. Stillbirth and lessons for pregnancy care. *JAMA*. 2011; 306: 2506-2507 [AO,I]
22166612
- Stewart DE. Clinical practice. Depression during Pregnancy. *N Engl J Med*. 2011; 365: 1605-1611 [R,I]
22029982

ANCIANOS

Leblanc ES, Hillier TA, Pedula KL, Rizzo JH, Cawthon PM, Fink HA, et al. Hip Fracture and increased short-term but not long-term mortality in healthy older women. *Arch Intern Med*. 2011; 171: 1831-1837 [S,II]
21949033

Mulroy M, O'Neill D. Elder abuse. *BMJ*. 2011; 343: d6027 [AO,I]
21940746

Sampson EL, Burns A, Richards M. Improving end-of-life care for people with dementia. *Br J Psychiatry*. 2011; 199: 357-359 [AO,I]
22045942

White WB, Wolfson L, Wakefield DB, Hall CB, Campbell P, Moscufo N, et al. Average daily blood pressure, not office blood pressure, is associated with progression of cerebrovascular disease and cognitive decline in older people. *Circulation*. 2011; 124: 2312-2319 [S,I]
22105196

URGENCIAS Y EMERGENCIAS

Dzingina M, Stegenga H, Heath M, Jones D, Rogers G, Kleijnen J, et al; on behalf of the Guideline Development Group. Assessment and referral after emergency treatment of a suspected anaphylactic episode: summary of NICE guidance. *BMJ*. 2011; 343: d7595 [M,II]

Mahajan VS, Jarolim P. How to interpret elevated cardiac troponin levels. *Circulation*. 2011; 124: 2350-2354 [AO,I]
22105197

Rodriguez F, Berrozpe A, Guardiola J. Rendimiento de la colonoscopia en la hemorragia digestiva baja. *Gastroenterol Hepatol*. 2011; 34: 551-557 [R,I]
21885162

Huibers L, Smits M, Renaud V, Giesen P, Wensing M. Safety of telephone triage in out-of-hours care: A systematic review. *Scand J Prim Health Care*. 2011; 29: 198-209 [M,II]
22126218

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

Tilbrook HE, Cox H, Hewitt CE, Kang'ombe AR, Chuang LH, Jayakody S, et al. Yoga for chronic low back pain: a randomized trial. *Ann Intern Med*. 2011; 155: 569-578 [EC,I]
22041945

Slatkovska L, Alibhai SM, Beyene J, Hu H, Demaras A, Cheung AM. Effect of 12 months of whole-body vibration therapy on bone density and structure in postmenopausal women: a randomized trial. *Ann Intern Med*. 2011; 155: 668-679 [EC,I]
22084333

- Wysocki A, Butler M, Shamliyan T, Kane RL. Whole-body vibration therapy for osteoporosis: state of the science. *Ann Intern Med.* 2011; 155: 680-686 [R,I]
22084334
- Whitlock EP, Vesco KK, Eder M, Lin JS, Senger CA, Burda BU. Liquid-based cytology and human papillomavirus testing to screen for cervical cancer: a systematic review for the u.s. Preventive services task force. *Ann Intern Med.* 2011; 155: 687-697 [M,II]
22006930
- Sherman KJ, Cherkin DC, Wellman RD, Cook AJ, Hawkes RJ, Delaney K, et al. A randomized trial comparing yoga, stretching, and a self-care book for chronic low back pain. *Arch Intern Med.* 2011; 171: 2019-2026 [EC,I]
22025101
- Coll-de-Tuero G, López-Pousa S, Vilalta-Franch J ¿Cuándo suspender el tratamiento farmacológico específico en el Alzheimer? *Aten Primaria.* 2011; 43: 565-567 [R,I]
21981903
- Palacio F, Hernández MA. Isoapariencia. Una necesidad imperiosa en la prescripción por denominación oficial española. *Aten Primaria.* 2011; 43: 625-626 [AO,I]
- Sanchis C, Llisterri JL, Palomo V, Alonso FJ, López I, Nevado A, et al. Inercia terapéutica en pacientes hipertensos asistidos en atención primaria en España. Estudio Objetivo Kontrol. *Aten Primaria.* 2011; 43: 638-647 [T,I]
21414690
- Byrne CD, Wild SH. Increased risk of glucose intolerance and type 2 diabetes with statins. *BMJ.* 2011; 343: d5004 [AO,I]
21824907
- Ducharme FM. Leukotriene receptor antagonists as first line or add-on treatment for asthma. *BMJ.* 2011; 343: d5314 [AO,I]
21914735
- Dorresteijn JA, Visseren FL, Ridker PM, Wassink AM, Paynter NP, Steyerberg EW, et al. Estimating treatment effects for individual patients based on the results of randomised clinical trials. *BMJ.* 2011; 343: d5888 [T,I]
21968126
- Li DK, Yang C, Andrade S, Tavares V, Ferber JR. Maternal exposure to angiotensin converting enzyme inhibitors in the first trimester and risk of malformations in offspring: a retrospective cohort study. *BMJ.* 2011; 343: d5931 [S,I]
22010128
- Mitchell AA. Fetal risk from ACE inhibitors in the first trimester. *BMJ.* 2011; 343: d6667 [AO,I]
22010131
- Pink J, Lane S, Pirmohamed M, Hughes DA. Dabigatran etexilate versus warfarin in management of non-valvular atrial fibrillation in UK context: quantitative benefit-harm and economic analyses. *BMJ.* 2011; 343: d6333 [CE,I]
22042753
- Truby H, Bonham M. What makes a weight loss programme successful? *BMJ.* 2011; 343: d6629 [AO,I]
22053316
- Gage BF. Cost of dabigatran for atrial fibrillation. *BMJ.* 2011; 343: d6980 [AO,I]
22042755
- Avery AJ. Repeat prescribing in general practice. *BMJ.* 2011; 343: d7089 [AO,I]
22053318
- Golomb BA. Do statins reduce the risk of infection? *BMJ.* 2011; 343: d7134 [AO,I]
22127442
- Van den Hoek HL, Bos WJ, de Boer A, van de Garde EM. Statins and prevention of infections: systematic review and meta-analysis of data from large randomised placebo controlled trials. *BMJ.* 2011; 343: d7281 [M,I]
22127443
- Tratamiento del dolor irruptivo. *Bol Ter Andal.* 2011; 27: 13-16 [R,I]
- Harrison PJ, Baldwin DS, Barnes TRE, Burns T, Ebmeier KP, Ferrier IN et al. No psychiatry without psychopharmacology. *Br J Psychiatry.* 2011; 199: 263-265 [R,I]
- Leucht S, Davis JM. Are all antipsychotic drugs the same? *Br J Psychiatry.* 2011; 199: 269-271 [AO,I]
- Kendall T. The rise and fall of the atypical antipsychotics. *Br J Psychiatry.* 2011; 199: 266-268 [AO,I]
- Battinelli EM. Reversal of new oral anticoagulants. *Circulation.* 2011; 124: 1508-1510 [AO,I]
21969317
- Eerenberg ES, Kamphuisen PW, Sijpkens MK, Meijers JC, Buller HR, Levi M. Reversal of rivaroxaban and dabigatran by prothrombin complex concentrate: a randomized, placebo-controlled, crossover study in healthy subjects. *Circulation.* 2011; 124: 1573-1579 [EC,I]
21900088
- Calhoun DA, White WB, Krum H, Guo W, Bermann G, Trapani A, et al. Effects of a novel aldosterone synthase inhibitor for treatment of primary hypertension: results of a randomized, double-blind, placebo- and active-controlled phase 2 trial. *Circulation.* 2011; 124: 1945-1955 [EC,I]
21986283
- Hackam DG, Woodward M, Newby LK, Bhatt DL, Shao M, Smith EE, et al. Statins and intracerebral hemorrhage: collaborative systematic review and meta-analysis. *Circulation.* 2011; 124: 2233-2242 [M,II]
22007076
- Nakhai-Pour HR, Broy P, Sheehy O, Bérard A. Use of nonaspirin nonsteroidal anti-inflammatory drugs during pregnancy and the risk of spontaneous abortion. *CMAJ.* 2011; 183: 1713-1720 [CC,I]
21896698
- Juurlink DN. Antidepressants, antiplatelets and bleeding: One more thing to worry about? *CMAJ.* 2011; 183: 1819-1820 [AO,I]
21969407
- Gupta AK. The efficacy and cost-effectiveness of statins in low-risk patients. *CMAJ.* 2011; 183: 1821-1823 [AO,I]
22025650
- Ho JM, Juurlink DN. Considerations when prescribing trimethoprim-sulfamethoxazole. *CMAJ.* 2011; 183: 1851-1858 [R,I]
21989472

- Conly J, Clement F, Tonelli M, Hemmelgarn B, Klarenbach S, Lloyd A, et al; for the Alberta Kidney Disease Network. Cost-effectiveness of the use of low- and high-potency statins in people at low cardiovascular risk. *CMAJ*. 2011; 183: E1180-E1188 [CE,II]
21989469
- Tonelli M, Lloyd A, Clement F, Conly J, Husereau D, Hemmelgarn B, et al; for the Alberta Kidney Disease Network. Efficacy of statins for primary prevention in people at low cardiovascular risk: a meta-analysis. *CMAJ*. 2011; 183: E1189-E1202 [M,II]
21989464
- Klarenbach S, Cameron C, Singh S, Ur E. Cost-effectiveness of second-line antihyperglycemic therapy in patients with type 2 diabetes mellitus inadequately controlled on metformin. *CMAJ*. 2011; 183: E1213-E1220 [CE,II]
21969406
- Browman G, Hébert PC, Coutts J; With editorial advisory team, Stanbrook MB, Flegel K, Macdonald NE. Personalized medicine: a windfall for science, but what about patients? *CMAJ*. 2011; 183: E1277 [R,AO?,I]
21768249
- Rowan JA, Rush EC, Obolonkin V, Battin M, Wouldes T, Hague WM. Metformin in gestational diabetes: The Offspring Follow-Up (MiG TOFU): body composition at 2 years of age. *Diabetes Care*. 2011; 34: 2279-2284 [T,I]
21949222
- Zhang ZJ, Zheng ZJ, Kan H, Song Y, Cui W, Zhao G, et al. Reduced risk of colorectal cancer with metformin therapy in patients with type 2 diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care*. 2011; 34: 2323-2328 [M,I]
21949223
- Feig DS, Moses RG. Metformin therapy during pregnancy: good for the goose and good for the gosling too? *Diabetes Care*. 2011; 34: 2329-2330 [AO,I]
21949224
- Ioannou GN, Boyko EJ. Metformin and colorectal cancer risk in diabetic patients. *Diabetes Care*. 2011; 34: 2336-2337 [AO,I]
21949227
- Monami M, Dicembrini I, Antenore A, Mannucci E. Dipeptidyl peptidase-4 inhibitors and bone fractures: a meta-analysis of randomized clinical trials. *Diabetes Care*. 2011; 34: 2474-2476 [M,II]
22025784
- Ogawa R, Echizen H. Clinically significant drug interactions with antacids: an update. *Drugs*. 2011; 71: 1839-1864 [R,I]
21942976
- McKeage K, Keating GM. Fenofibrate: a review of its use in dyslipidaemia. *Drugs*. 2011; 71: 1917-1946 [R,I]
21942979
- Fosker C, Adlard JW, Shaaban A. Tailoring therapy for locally advanced breast cancer using molecular profiles: are we there yet? *Drugs*. 2011; 71: 1947-1955 [R,I]
21985164
- Makol A, Wright K, Amin S. Rheumatoid arthritis and pregnancy: safety considerations in pharmacological management. *Drugs*. 2011; 71: 1973-1987 [R,I]
21985166
- Herrmann N, Chau SA, Kircanski I, Lanctôt KL. Current and emerging drug treatment options for Alzheimer's disease: a systematic review. *Drugs*. 2011; 71: 2031-2065 [M,I]
21985169
- Mysore S, Ruffin RE. Long-acting β -agonists in asthma management: what is the current status? *Drugs*. 2011; 71: 2091-2097 [R,II]
22035511
- Fattore C, Perucca E. Novel medications for epilepsy. *Drugs*. 2011; 71: 2151-2178 [R,I]
22035515
- Duggan ST, McKeage K. Bazedoxifene: a review of its use in the treatment of postmenopausal osteoporosis. *Drugs*. 2011; 71: 2193-2212 [R,I]
22035517
- Croom KF, Dhillon S. Bevacizumab: a Review of its use in combination with Paclitaxel or Capecitabine as first-line therapy for HER2-negative metastatic breast cancer. *Drugs*. 2011; 71: 2213-2229 [R,I]
22035518
- Halford JC, Boyland EJ, Lawton CL, Blundell JE, Harrold JA. Serotonergic anti-obesity agents: past experience and future prospects. *Drugs*. 2011; 71: 2247-2255 [R,I]
22085383
- Suárez C. Single-pill telmisartan and amlodipine: a rational combination for the treatment of hypertension. *Drugs*. 2011; 71: 2295-2305 [R,I]
22085386
- Perry CM. Liraglutide: a review of its use in the management of type 2 diabetes mellitus. *Drugs*. 2011; 71: 2347-2373 [R,I]
22085389
- Hershovici T, Fass R. Gastro-oesophageal reflux disease: beyond proton pump inhibitor therapy. *Drugs*. 2011; 71: 2381-2389 [R,II]
22117130
- McCormack PL. Celecoxib: a review of its use for symptomatic relief in the treatment of osteoarthritis, rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis. *Drugs*. 2011; 71: 2457-2489 [R,I]
22141388
- Plosker GL. Buprenorphine 5, 10 and 20 μ g/h transdermal patch: a review of its use in the management of chronic non-malignant pain. *Drugs*. 2011; 71: 2491-2509 [R,I]
22141389
- Rivero A. ¿Influye el coste de los medicamentos en la elección de las pautas del tratamiento antirretroviral? *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2011; 29: 719-720 [AO,I]
22079230
- Fox KA, Piccini JP, Wojdyla D, Becker RC, Halperin JL, Nessel CC, et al. Prevention of stroke and systemic embolism with rivaroxaban compared with warfarin in patients with non-valvular atrial fibrillation and moderate renal impairment. *Eur Heart J*. 2011; 32: 2387-2394 [EC,II]
21873708
- Bruining N, van Domburg RT. Long-term application of vitamin K antagonists, more harm than good? The additional value of imaging. *Eur Heart J*. 2011; 32: 2473-2475 [AO,I]
21804103

- De Backer GG. Long-term results from statin trials: answers but more unresolved questions. *Eur Heart J.* 2011; 32: 2479-2480 [AO,I]
21873709
- Sever PS, Messerli FH. Hypertension management 2011: optimal combination therapy. *Eur Heart J.* 2011; 32: 2499-2506 [R,II]
21697169
- Weijts B, Blaauw Y, Rennenberg RJ, Schurgers LJ, Timmermans CC, Pison L, et al. Patients using vitamin K antagonists show increased levels of coronary calcification: an observational study in low-risk atrial fibrillation patients. *Eur Heart J.* 2011; 32: 2555-2562 [T,II]
21775389
- Patrono C, Andreotti F, Arnesen H, Badimon L, Baigent C, Collet JP, et al. Antiplatelet agents for the treatment and prevention of atherothrombosis. *Eur Heart J.* 2011; 32: 2922-2932 [R,I]
22019823
- Vashitz G, Meyer J, Parmet Y, Henkin Y, Peleg R, Gilutz H. Physician adherence to the dyslipidemia guidelines is as challenging an issue as patient adherence. *Fam Pract.* 2011; 28: 524-531 [T,I]
21566005
- Chang CH, Lin JW, Chen HC, Kuo CW, Shau WY, Lai MS. Non-steroidal anti-inflammatory drugs and risk of lower gastrointestinal adverse events: a nationwide study in Taiwan. *Gut* 2011; 60: 1372-1378 [CC,I]
21415083
- Kahrilas PJ, Hughes N, Howden CW. Response of unexplained chest pain to proton pump inhibitor treatment in patients with and without objective evidence of gastro-oesophageal reflux disease. *Gut.* 2011; 60: 1473-1478 [M,I]
21508423
- Loza E. AiNes en la práctica clínica: lo que hay que saber. *Inf Ter Sist Nac Salud.* 2011; 35: 88-95 [R,I]
- De la Cuesta R, Franco C, Iglesias E. Actualización en anticoncepción hormonal. *Inf Ter Sist Nac Salud.* 2011; 35: 75-87 [R,I]
- Orueta R, López MJ. Manejo de fármacos durante el embarazo. *Inf Ter Sist Nac Salud.* 2011; 35: 107-113 [R,II]
- Villafaina A, Gavilán E. Pacientes polimedicados frágiles, un reto para el sistema sanitario. *Inf Ter Sist Nac Salud.* 2011; 35: 114-123 [R,II]
- van Soest EM, Valkhoff VE, Mazzaglia G, Schade R, Molokhia M, Goldstein JL, et al. Suboptimal gastroprotective coverage of NSAID use and the risk of upper gastrointestinal bleeding and ulcers: an observational study using three European databases. *Gut.* 2011; 60: 1650-1659 [S,II]
21636644
- Nguyen PL, Je Y, Schutz FA, Hoffman KE, Hu JC, Parekh A, et al. Association of androgen deprivation therapy with cardiovascular death in patients with prostate cancer: a meta-analysis of randomized trials. *JAMA.* 2011; 306: 2359-2366 [M,I]
22147380
- Kostis JB, Cabrera J, Cheng JQ, Cosgrove NM, Deng Y, Pressel SL, et al. Association between chlorthalidone treatment of systolic hypertension and long-term survival. *JAMA.* 2011; 306: 2588-2593 [S,II]
22187278
- Brody H, Miller FG. Lessons from recent research about the placebo effect--from art to science. *JAMA.* 2011; 306: 2612-2613 [AO,I]
22187283
- Habel LA, Cooper WO, Sox CM, Chan KA, Fireman BH, Arbogast PG, et al. ADHD medications and risk of serious cardiovascular events in young and middle-aged adults. *JAMA.* 2011; 306: 2673-2683 [S,I]
22161946
- Shaw P. ADHD medications and cardiovascular risk: some heartening news. *JAMA.* 2011; 306: 2723-2724 [AO,I]
22161945
- Non-medical use of painkillers in the USA. *Lancet.* 2011; 378: 1677 [AO,I]
22078670
- Páramo JA, Varea S, Lecumberri R. Trombosis y fármacos antitrombóticos en el anciano. *Med Clin (Barc).* 2011; 137: 468-471 [R,I]
21752408
- Páramo JA. Nueva era en la terapia antiplaquetar basada en los resultados de ensayos clínicos recientes. *Med Clin (Barc).* 2011; 137: 504-508 [R,II]
21075402
- Gálvez P, Ruiz A, Clares B. El futuro de la medicina clínica hacia nuevas terapias: terapia celular, génica y nanomedicina. *Med Clin (Barc).* 2011; 137: 645-649 [R,I]
21397281
- Fleming TR, Emerson SS. Evaluating rivaroxaban for nonvalvular atrial fibrillation--regulatory considerations. *N Engl J Med.* 2011; 365: 1557-1559 [AO,II]
21992495
- Appel LJ, Clark JM, Yeh HC, Wang NY, Coughlin JW, Daumit G, et al. Comparative effectiveness of weight-loss interventions in clinical practice. *N Engl J Med.* 2011; 365: 1959-1968 [EC,I]
22085317
- Goldhaber SZ, Leizorovicz A, Kakkar AK, Haas SK, Merli G, Knabb RM, et al; ADOPT Trial Investigators. Apixaban versus enoxaparin for thromboprophylaxis in medically ill patients. *N Engl J Med.* 2011; 365: 2167-2177 [EC,I]
22077144
- Chowdhury BA, Seymour SM, Michele TM, Durmowicz AG, Liu D, Rosebraugh CJ. The risks and benefits of indacaterol--the FDA's review. *N Engl J Med.* 2011; 365: 2247-2249 [R,I]
22168640
- Connolly SJ, Camm AJ, Halperin JL, Joyner C, Alings M, Amerena J, et al; PALLAS Investigators. Dronedarone in high-risk permanent atrial fibrillation. *N Engl J Med.* 2011; 365: 2268-2276 [EC,I]
22082198
- Sharma SK, Agrawal S, Damodaran D, Sreenivas V, Kadhiravan T, Lakshmy R, et al. CPAP for the metabolic syndrome in patients with obstructive sleep apnea. *N Engl J Med.* 2011; 365: 2277-2286 [EC,I]
22168642
- Catheter ablation for atrial fibrillation. *N Engl J Med.* 2011; 365: 2296-2304 [R,I]
22168644

Nattel S. Dronedarone in atrial fibrillation--Jekyll and Hyde? *N Engl J Med.* 2011; 365: 2321-2322 [AO,I]
22082122

Kakkar AK, Cimminiello C, Goldhaber SZ, Parakh R, Wang C, Bergmann JF; LIFENOX Investigators. Low-molecular-weight heparin and mortality in acutely ill medical patients. *N Engl J Med.* 2011; 365: 2463-2472 [EC,I]
22204723

Blanco-Morales EA, Bravo-Ferrer JM, Rubio E, Gil E, Gantes MÁ. Glucocorticoides en artritis reumatoide: ¿casi siempre o casi nunca? *Reumatol Clin.* 2011; 7: 407-411 [R,I]
22078702

Anguita M, Alegría E, Barrios V, Casasnovas JA, Escobar C, León M, et al; Grupo de Trabajo de la SEC sobre la guía de dislipemias. Comité de Guías de Práctica Clínica de la SEC. Comentarios a las guías de práctica clínica sobre manejo de las dislipemias de la Sociedad Europea de Cardiología y la Sociedad Europea de Aterosclerosis 2011. Un informe del Grupo de Trabajo del Comité de Guías de Práctica Clínica de la Sociedad Española de Cardiología. *Rev Esp Cardiol.* 2011; 64: 1090-1095 [AO,II]
22107831

Grupo de Trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) y de la Sociedad Europea de Aterosclerosis (EAS). Guía de la ESC/EAS sobre el manejo de las dislipemias. *Rev Esp Cardiol.* 2011; 64: 1168.e1-e60 [M,II]

Chang KC, Leung CC, Grosset J, Yew WW. Treatment of tuberculosis and optimal dosing schedules. *Thorax.* 2011; 66: 997-1007 [R,II]
21169286

ATENCIÓN FAMILIAR

Koes B. Management of low back pain in primary care: a new approach. *Lancet.* 2011; 378: 1530-1532 [AO,I]
21963003

Hill JC, Whitehurst DG, Lewis M, Bryan S, Dunn KM, Foster NE, et al. Comparison of stratified primary care management for low back pain with current best practice (STarT Back): a randomised controlled trial. *Lancet.* 2011; 378: 1560-1571 [EC,I]
21963002

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

Campbell JL, Roberts M, Wright C, Hill J, Greco M, Taylor M, et al. Factors associated with variability in the assessment of UK doctors' professionalism: analysis of survey results. *BMJ.* 2011; 343: d6212 [T,I]
22034193

Carlo WA, McDonald SA, Fanaroff AA, Vohr BR, Stoll BJ, Ehrenkranz RA, et al; Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development Neonatal Research Network. Association of antenatal corticosteroids with mortality and neurodevelopmental outcomes among infants born at 22 to 25 weeks' gestation. *JAMA.* 2011; 306: 2348-2358 [S,I]
22147379

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

Ness RB. Commentary: teaching creativity and innovative thinking in medicine and the health sciences. *Acad Med.* 2011; 86: 1201-1203 [AO,I]
21955715

Kanter SL. Proposals to strengthen the link between medical education and better health for individuals and populations. *Acad Med.* 2011; 86: 1329 [AO,I]
22030626

Vidarthi AR, Baron RB. Financial incentives for residents and fellows: a disruptive innovation to drive quality improvement. *Acad Med.* 2011; 86: 1338 [AO,I]
22030637

Dorman T, Miller BM. Continuing medical education: the link between physician learning and health care outcomes. *Acad Med.* 2011; 86: 1339 [AO,I]
22030638

Lunn MR, Sánchez JP. Prioritizing health disparities in medical education to improve care. *Acad Med.* 2011; 86: 1343 [AO,I]
22030642

Ho MJ, Yu KH, Hirsh D, Huang TS, Yang PC. Does one size fit all? Building a framework for medical professionalism. *Acad Med.* 2011; 86: 1407-1414 [C,I]
21971298

Whitcomb ME. Commentary: meeting future medical care needs: a perfect storm on the horizon. *Acad Med.* 2011; 86: 1490-1491 [AO,I]
22130260

Taylor C, Farver C, Stoller JK. Perspective: can emotional intelligence training serve as an alternative approach to teaching professionalism to residents? *Acad Med.* 2011; 86: 1551-1554 [AO,I]
22030766

Declaración de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria sobre el acceso a las fuentes de información científica para el médico de familia. *Aten Primaria.* 2011; 43: 511-512 [R,II]

González J, Flores A, Jiménez J, Gutiérrez JA; en representación del Comité Técnico de la Iniciativa MEDES (MEDicina en Español). Qué revistas médicas españolas leen y cómo se informan los médicos de atención primaria. *Aten Primaria.* 2011; 43: 629-636 [T,I]
21640438

López-Torres J. Hábitos de lectura de revistas científicas en los médicos de Atención Primaria. *Aten Primaria.* 2011; 43: 636-637 [AO,I]
21924795

Biggs WS, Bieck AD, Pugno PA, Crosley PW. Results of the 2011 national resident matching program: family medicine. *Fam Med.* 2011; 43: 619-624 [T,II]
22002772

Biggs WS, Schmittling GT, Bieck AD, Crosley PW, Pugno PA. Entry of US medical school graduates into family medicine residencies: 2010--2011 and 3-year summary. *Fam Med.* 2011; 43: 625-630 [T,II]
22002773

INVESTIGACIÓN. Incluye: investigación cualitativa, estadística.

- Declaración de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria sobre el acceso a las fuentes de información científica para el médico de familia. *Aten Primaria*. 2011; 43: 511-512 [R,II]
- González J, Flores A, Jiménez J, Gutiérrez JA; en representación del Comité Técnico de la Iniciativa MEDES (MEDicina en ESpañol). Qué revistas médicas españolas leen y cómo se informan los médicos de atención primaria. *Aten Primaria*. 2011; 43: 629-636 [T,I]
21640438
- López-Torres J. Hábitos de lectura de revistas científicas en los médicos de Atención Primaria. *Aten Primaria*. 2011; 43: 636-637 [AO,I]
21924795
- Altman DG, Bland JM. How to obtain the confidence interval from a P value. *BMJ*. 2011; 343: d2090 [R,I]
21824904
- Altman DG, Bland JM. How to obtain the P value from a confidence interval. *BMJ*. 2011; 343: d2304 [R,I]
21824905
- Olesen F. Putting research into primary care practice. *BMJ*. 2011; 343: d3922 [AO,I]
21729997
- Neuman J, Korenstein D, Ross JS, Keyhani S. Prevalence of financial conflicts of interest among panel members producing clinical practice guidelines in Canada and United States: cross sectional study. *BMJ*. 2011; 343: d5621 [T,II]
21990257
- Dorresteijn JA, Visseren FL, Ridker PM, Wassink AM, Paynter NP, Steyerberg EW, et al. Estimating treatment effects for individual patients based on the results of randomised clinical trials. *BMJ*. 2011; 343: d5888 [T,I]
21968126
- Vandenbroucke JP. Why do the results of randomised and observational studies differ? *BMJ*. 2011; 343: d7020 [AO,I]
22065658
- Sedgwick P. Endgames. Statistical Question. Cohort studies: sources of bias. *BMJ*. 2011; 343: d7839 [AO,I]
- Thulesius H. Assessing research impact with Google Scholar: The most cited articles in the journal 2008-2010. *Scand J Prim Health Care*. 2011; 29: 193-195 [AO,I]
22126216
- PREVENCIÓN**
- Leblanc ES, O'Connor E, Whitlock EP, Patnode CD, Kapka T. Effectiveness of primary care-relevant treatments for obesity in adults: a systematic evidence review for the U.S. Preventive services task force. *Ann Intern Med*. 2011; 155: 434-447 [M,II]
21969342
- Hubbard RA, Kerlikowske K, Flowers CI, Yankaskas BC, Zhu W, Miglioretti DL. Cumulative probability of false-positive recall or biopsy recommendation after 10 years of screening mammography: a cohort study. *Ann Intern Med*. 2011; 155: 481-492 [S,II]
22007042
- Kerlikowske K, Hubbard RA, Miglioretti DL, Geller BM, Yankaskas BC, Lehman CD, et al; for the Breast Cancer Surveillance Consortium. Comparative effectiveness of digital versus film-screen mammography in community practice in the United States: a cohort study. *Ann Intern Med*. 2011; 155: 493-502 [S,I]
22007043
- Silvestri GA. Screening for lung cancer: it works, but does it really work? *Ann Intern Med*. 2011; 155: 537-539 [AO,I]
21893614
- Jett JR, Midthun DE. Screening for lung cancer: for patients at increased risk for lung cancer, it works. *Ann Intern Med*. 2011; 155: 540-542 [AO,I]
21893615
- Autier P. Frequency, digital technology, and the efficiency of screening mammography. *Ann Intern Med*. 2011; 155: 554-555 [AO,I]
22007048
- Schulman S, Parpia S, Stewart C, Rudd-Scott L, Julian JA, Levine M. Warfarin dose assessment every 4 weeks versus every 12 weeks in patients with stable international normalized ratios: a randomized trial. *Ann Intern Med*. 2011; 155: 653-659 [EC,I]
22084331
- Slatkowska L, Alibhai SM, Beyene J, Hu H, Demaras A, Cheung AM. Effect of 12 months of whole-body vibration therapy on bone density and structure in postmenopausal women: a randomized trial. *Ann Intern Med*. 2011; 155: 668-679 [EC,I]
22084333
- Whitlock EP, Vesco KK, Eder M, Lin JS, Senger CA, Burda BU. Liquid-based cytology and human papillomavirus testing to screen for cervical cancer: a systematic review for the u.s. Preventive services task force. *Ann Intern Med*. 2011; 155: 687-697 [M,II]
22006930
- Nayak S, Roberts MS, Greenspan SL. Cost-effectiveness of different screening strategies for osteoporosis in postmenopausal women. *Ann Intern Med*. 2011; 155: 751-761 [CE,I]
22147714
- Schousboe JT, Gourlay ML. Comparative effectiveness and cost-effectiveness of strategies to screen for osteoporosis in postmenopausal women. *Ann Intern Med*. 2011; 155: 788-789 [AO,I]
22147717
- McGreevy C, Williams D. New insights about vitamin d and cardiovascular disease: a narrative review. *Ann Intern Med*. 2011; 155: 820-826 [R,I]
22184689
- Chung M, Lee J, Terasawa T, Lau J, Trikalinos TA. Vitamin D with or without calcium supplementation for prevention of cancer and fractures: an updated meta-analysis for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2011; 155: 827-838 [M,II]
22184690
- Zhu K, Devine A, Lewis JR, Dhaliwal SS, Prince RL. "Timed up and go" test and bone mineral density measurement for fracture prediction. *Arch Intern Med*. 2011; 171: 1655-1661 [S,II]
21987195

- Grady D, Berkowitz SA. Why is a good clinical prediction rule so hard to find? *Arch Intern Med.* 2011; 171: 1701-1702 [AO,I] 22025427
- Paynter NP, Mazer NA, Pradhan AD, Gaziano JM, Ridker PM, Cook NR. Cardiovascular risk prediction in diabetic men and women using hemoglobin A1c vs diabetes as a high-risk equivalent. *Arch Intern Med.* 2011; 171: 1712-1718 [S,II] 21788538
- Siontis GC, Tzoulaki I, Ioannidis JP. Predicting death: an empirical evaluation of predictive tools for mortality. *Arch Intern Med.* 2011; 171: 1721-1726 [M,II] 21788535
- Zhang Y, Post WS, Dalal D, Blasco-Colmenares E, Tomaselli GF, Guallar E. QT-interval duration and mortality rate: results from the third National Health and Nutrition Examination Survey. *Arch Intern Med.* 2011; 171: 1727-1733 [T,I] 22025428
- Zhang Y, Tuomilehto J, Jousilahti P, Wang Y, Antikainen R, Hu G. Lifestyle factors on the risks of ischemic and hemorrhagic stroke. *Arch Intern Med.* 2011; 171: 1811-1818 [S,I] 21911621
- Pham B, Stern A, Chen W, Sander B, John-Baptiste A, Thein HH, et al. Preventing pressure ulcers in long-term care: a cost-effectiveness analysis. *Arch Intern Med.* 2011; 171: 1839-1847 [CE,I] 21949031
- Welch HG, Frankel BA. Likelihood that a woman with screen-detected breast cancer has had her "life saved" by that screening. *Arch Intern Med.* 2011; 171: 2043-2046 [T,I] 22025097
- Ridker PM. Coronary artery calcium scanning in primary prevention: a conversation with cardiology fellows. *Arch Intern Med.* 2011; 171: 2051-2052 [AO,I] 22158575
- Khan KM, Weiler R, Blair SN. Prescribing exercise in primary care. *BMJ.* 2011; 343: d4141 [AO,I] 21765112
- Duckitt K. Exercise during pregnancy. *BMJ.* 2011; 343: d5710 [AO,I] 21920880
- Strijkers RH, Cate-Hoek AJ, Bukkems SF, Wittens CH. Management of deep vein thrombosis and prevention of post-thrombotic syndrome. *BMJ.* 2011; 343: d5916 [R,I] 22042752
- Rodrigues LC, Mangtani P, Abubakar I. How does the level of BCG vaccine protection against tuberculosis fall over time? *BMJ.* 2011; 343: d5974 [R,I] 21964347
- Pink J, Lane S, Pirmohamed M, Hughes DA. Dabigatran etexilate versus warfarin in management of non-valvular atrial fibrillation in UK context: quantitative benefit-harm and economic analyses. *BMJ.* 2011; 343: d6333 [CE,I] 22042753
- Frei P, Poulsen AH, Johansen C, Olsen JH, Steding-Jessen M, Schüz J. Use of mobile phones and risk of brain tumours: update of Danish cohort study. *BMJ.* 2011; 343: d6387 [S,II] 22016439
- Williams NH. Promoting physical activity in primary care. *BMJ.* 2011; 343: d6615 [AO,I] 22058135
- Aune D, Chan DS, Lau R, Vieira R, Greenwood DC, Kampman E, et al. Dietary fibre, whole grains, and risk of colorectal cancer: systematic review and dose-response meta-analysis of prospective studies. *BMJ.* 2011; 343: d6617 [M,II] 22074852
- Lazo M, Hernaez R, Bonekamp S, Kamel IR, Brancati FL, Guallar E, et al. Non-alcoholic fatty liver disease and mortality among US adults: prospective cohort study. *BMJ.* 2011; 343: d6891 [S,I] 22102439
- Gage BF. Cost of dabigatran for atrial fibrillation. *BMJ.* 2011; 343: d6980 [AO,I] 22042755
- Noble D, Mathur R, Dent T, Meads C, Greenhalgh T. Risk models and scores for type 2 diabetes: systematic review. *BMJ.* 2011; 343: d7163 [M,II] 22123912
- García A. Is Spanish public health sinking? *BMJ.* 2011; 343: d7445 [AO,I] 22113567
- Godlee F. Mammography wars. *BMJ.* 2011; 343: d7623 [AO,I]
- Cornier MA, Després JP, Davis N, Grossniklaus DA, Klein S, Larmarche B, et al; on behalf of the American Heart Association Obesity Committee of the Council on Nutrition; Physical Activity and Metabolism; Council on Arteriosclerosis; Thrombosis and Vascular Biology; Council on Cardiovascular Disease in the Young; Council on Cardiovascular Radiology and Intervention; Council on Cardiovascular Nursing; Council on Epidemiology and Prevention; Council on the Kidney in Cardiovascular Disease, and Stroke Council. Assessing adiposity: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation.* 2011; 124: 1996-2019 [M,II] 21947291
- Smith SC Jr, Benjamin EJ, Bonow RO, Braun LT, Creager MA, Franklin BA, et al. AHA/ACCF secondary prevention and risk reduction therapy for patients with coronary and other atherosclerotic vascular disease: 2011 update: a guideline from the American Heart Association and American College of Cardiology Foundation. *Circulation.* 2011; 124: 2458-2473 [M,II] 22052934
- Clarke R. Long-term weight loss and prevention of cardiovascular disease. *Circulation.* 2011; 124: 2801-2802 [AO,I] 22184040
- Gögebakan O, Kohl A, Osterhoff MA, van Baak MA, Jebb SA, Papadaki A, et al; on behalf of DiOGenes. Effects of weight loss and long-term weight maintenance with diets varying in protein and glycemic index on cardiovascular risk factors: the Diet, Obesity, and Genes (DiOGenes) study: a randomized, controlled trial. *Circulation.* 2011; 124: 2829-2838 [EC,II] 22104550
- Huikuri HV. Prediction and prevention of sudden cardiac arrest. *CMAJ.* 2011; 183: 1692-1693 [AO,I] 21911557
- Parry SW. Current issues with prediction rules for syncope. *CMAJ.* 2011; 183: 1694-1695 [AO,I] 21948727

- Gupta AK. The efficacy and cost-effectiveness of statins in low-risk patients. *CMAJ*. 2011; 183: 1821-1823 [AO,I]
22025650
- Gøtzsche PC. Time to stop mammography screening? *CMAJ*. 2011; 183: 1957-1958 [AO,I]
22106102
- The Canadian Task Force on Preventive Health Care. Recommendations on screening for breast cancer in average-risk women aged 40-74 years. *CMAJ*. 2011; 183: 1991-2001 [M,II]
22106103
- Fung V, Kendler D. Preventing fractures in postmenopausal women: how to assess risk. *CMAJ*. 2011; 183: 2129-2131 [AO,I]
22042993
- Saccilotto RT, Nickel CH, Bucher HC, Steyerberg EW, Bingisser R, Koller MT. San Francisco Syncope Rule to predict short-term serious outcomes: a systematic review. *CMAJ*. 2011; 183: E1116-E1126 [M,II]
21948723
- Tobe SW, Stone JA, Brouwers M, Bhattacharyya O, Walker KM, Dawes M, et al. Harmonization of guidelines for the prevention and treatment of cardiovascular disease: the C-CHANGE Initiative. *CMAJ*. 2011; 183: E1135-E1150 [M,II]
21911548
- Conly J, Clement F, Tonelli M, Hemmelgarn B, Klarenbach S, Lloyd A, et al; for the Alberta Kidney Disease Network. Cost-effectiveness of the use of low- and high-potency statins in people at low cardiovascular risk. *CMAJ*. 2011; 183: E1180-E1188 [CE,II]
21989469
- Tonelli M, Lloyd A, Clement F, Conly J, Husereau D, Hemmelgarn B, et al; for the Alberta Kidney Disease Network. Efficacy of statins for primary prevention in people at low cardiovascular risk: a meta-analysis. *CMAJ*. 2011; 183: E1189-E1202 [M,II]
21989464
- Hajat C, Harrison O, Al Siksek Z. Diagnostic testing for diabetes using HbA1c in the Abu Dhabi population: Weqaya: the Abu Dhabi Cardiovascular Screening Program. *Diabetes Care*. 2011; 34: 2400-2402 [T,I]
21926284
- Vinter CA, Jensen DM, Ovesen P, Beck-Nielsen H, Jørgensen JS. The LiP (Lifestyle in Pregnancy) Study: a randomized controlled trial of lifestyle intervention in 360 obese pregnant women. *Diabetes Care*. 2011; 34: 2502-2507 [EC,I]
21972411
- Kennedy DO, Haskell CF. Vitamins and cognition: what is the evidence? *Drugs*. 2011; 71: 1957-1971 [R,I]
21985165
- Duggan ST, McKeage K. Bazedoxifene: a review of its use in the treatment of postmenopausal osteoporosis. *Drugs*. 2011; 71: 2193-2212 [R,I]
22035517
- Halford JC, Boyland EJ, Lawton CL, Blundell JE, Harrold JA. Serotonergic anti-obesity agents: past experience and future prospects. *Drugs*. 2011; 71: 2247-2255 [R,I]
22085383
- Fox KA, Piccini JP, Wojdyla D, Becker RC, Halperin JL, Nessel CC, et al. Prevention of stroke and systemic embolism with rivaroxaban compared with warfarin in patients with non-valvular atrial fibrillation and moderate renal impairment. *Eur Heart J*. 2011; 32: 2387-2394 [EC,II]
21873708
- Bruining N, van Domburg RT. Long-term application of vitamin K antagonists, more harm than good? The additional value of imaging. *Eur Heart J*. 2011; 32: 2473-2475 [AO,I]
21804103
- Weijs B, Blaauw Y, Rennenberg RJ, Schurgers LJ, Timmermans CC, Pison L, et al. Patients using vitamin K antagonists show increased levels of coronary calcification: an observational study in low-risk atrial fibrillation patients. *Eur Heart J*. 2011; 32: 2555-2562 [T,II]
21775389
- Mills NL, Miller MR, Lucking AJ, Beveridge J, Flint L, Boere AJ, et al. Combustion-derived nanoparticulate induces the adverse vascular effects of diesel exhaust inhalation. *Eur Heart J*. 2011; 32: 2660-2671 [EC,II]
21753226
- Boehm JK, Peterson C, Kivimaki M, Kubzansky LD. Heart health when life is satisfying: evidence from the Whitehall II cohort study. *Eur Heart J*. 2011; 32: 2672-2677 [S,II]
21727096
- Dorresteijn JA, Visseren FL, Ridker PM, Paynter NP, Wassink AM, Buring JE, et al. Aspirin for primary prevention of vascular events in women: individualized prediction of treatment effects. *Eur Heart J*. 2011; 32: 2962-2969 [EC,I]
22090661
- He FJ, Burnier M, Macgregor GA. Nutrition in cardiovascular disease: salt in hypertension and heart failure. *Eur Heart J*. 2011; 32: 3073-3080 [R,I]
21705359
- Frisoli TM, Schmieder RE, Grodzicki T, Messerli FH. Beyond salt: lifestyle modifications and blood pressure. *Eur Heart J*. 2011; 32: 3081-3087 [R,I]
21990264
- Lionis C, Petelos E. Early detection of colorectal cancer: barriers to screening in the primary care setting. *Fam Pract*. 2011; 28: 589-591 [AO,I]
22087034
- Stapley S, Hamilton W. Gynaecological symptoms reported by young women: examining the potential for earlier diagnosis of cervical cancer. *Fam Pract*. 2011; 28: 592-598 [S,I]
21632969
- Fernández-Dávila P, Zaragoza K. Hombres jóvenes que tienen sexo con hombres: ¿un colectivo en alto riesgo para la infección por el VIH? *Gac Sanit*. 2011; 25: 372-378 [T,I]
21820764
- Oliver JG. Salud pública y mercado. *Gac Sanit*. 2011; 25: 423-426 [AO,I]
21703728
- Manzanares-Laya S, López MJ, Sánchez-Martínez F, Fernández E, Nebot M. Impacto de la Ley 28/2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo en la prevalencia de la exposición al humo ambiental del tabaco en Barcelona. *Gac Sanit*. 2011; 25: 495-500 [QE,I]
21945069

- García J, Cuadros F, López F. La auditoría energética: una herramienta de gestión en atención primaria. *Gac Sanit.* 2011; 25: 549-551 [T,I]
21723006
- Sort P, Alvarez MA, Bargalló A, Isava A, Muñoz M, Porta F, et al. Coste del cribado del hepatocarcinoma en pacientes cirróticos: un estudio prospectivo. *Gastroenterol Hepatol.* 2011; 34: 519-523 [T,I]
21703723
- Tobian AA, Gray RH. The medical benefits of male circumcision. *JAMA.* 2011; 306: 1479-1480 [R,I]
21972310
- Klein EA, Thompson IM Jr, Tangen CM, Crowley JJ, Lucia MS, Goodman PJ, et al. Vitamin E and the risk of prostate cancer: the Selenium and Vitamin E Cancer Prevention Trial (SELECT). *JAMA.* 2011; 306: 1549-1556 [EC,I]
21990298
- Roth C, Magnus P, Schjøberg S, Stoltenberg C, Surén P, McKeague IW, et al. Folic acid supplements in pregnancy and severe language delay in children. *JAMA.* 2011; 306: 1566-1573 [S,II]
21990300
- Mets OM, Buckens CF, Zanen P, Isgum I, van Ginneken B, Prokop M, et al. Identification of chronic obstructive pulmonary disease in lung cancer screening computed tomographic scans. *JAMA.* 2011; 306: 1775-1781 [T,I]
22028353
- Oken MM, Hocking WG, Kvale PA, Andriole GL, Buys SS, Church TR, et al; PLCO Project Team. Screening by chest radiograph and lung cancer mortality: the Prostate, Lung, Colorectal, and Ovarian (PLCO) randomized trial. *JAMA.* 2011; 306: 1865-1873 [EC,II]
22031728
- O'Donnell MJ, Yusuf S, Mente A, Gao P, Mann JF, Teo K, et al. Urinary sodium and potassium excretion and risk of cardiovascular events. *JAMA.* 2011; 306: 2229-2238 [S,I]
22110105
- Whelton PK. Urinary sodium and cardiovascular disease risk: informing guidelines for sodium consumption. *JAMA.* 2011; 306: 2262-2264 [AO,I]
22110109
- Volk RJ, Wolf AM. Grading the new US Preventive Services Task Force prostate cancer screening recommendation. *JAMA.* 2011; 306: 2715-2716 [AO,I]
22203540
- Kim J, Davis JW. Prostate cancer screening--time to abandon one-size-fits-all approach? *JAMA.* 2011; 306: 2717-2718 [AO,I]
22203541
- Miller DC, Hollenbeck BK. Missing the mark on prostate-specific antigen screening. *JAMA.* 2011; 306: 2719-2720 [AO,I]
22203542
- Chou R, LeFevre ML. Prostate cancer screening--the evidence, the recommendations, and the clinical implications. *JAMA.* 2011; 306: 2721-2722 [AO,I]
22203543
- Planta MB. Sunscreen and melanoma: is our prevention message correct? *J Am Board Fam Med.* 2011; 24: 735-739 [AO,I]
22086817
- Nigam A, Juneau M. Survival benefit associated with low-level physical activity. *Lancet.* 2011; 378: 1202-1203 [AO,I]
21846576
- Huxley RR, Woodward M. Cigarette smoking as a risk factor for coronary heart disease in women compared with men: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Lancet.* 2011; 378: 1297-1305 [M,II]
21839503
- Miller RL, Agerstrand CL. Targeting of household air pollution: interpretation of RESPIRE. *Lancet.* 2011; 378: 1682-1684 [AO,I]
22078673
- Nair H, Brooks WA, Katz M, Roca A, Berkley JA, Madhi SA, et al. Global burden of respiratory infections due to seasonal influenza in young children: a systematic review and meta-analysis. *Lancet.* 2011; 378: 1917-1930 [M,II]
22078723
- Fernández-Montero JV, Soriano V. Profilaxis preexposición en la prevención de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana. *Med Clin (Barc).* 2011; 137: 446-448 [R,II]
21676414
- Páramo JA, Varea S, Lecumberri R. Trombosis y fármacos anti-trombóticos en el anciano. *Med Clin (Barc).* 2011; 137: 468-471 [R,I]
21752408
- González M. ¿Es poco eficaz la prevención secundaria en los infartos cerebrales? *Med Clin (Barc).* 2011; 137: 549-550 [AO,I]
21376353
- Selva A, Puig T, López J, Bonfill X. Revisión sistemática sobre la eficacia del cribado del cáncer de pulmón. *Med Clin (Barc).* 2011; 137: 565-571 [M,I]
21316716
- Ortiz-Moncada R, Alvarez-Dardet C, Miralles-Bueno JJ, Ruíz-Cantero MT, Dal Re-Saavedra MA, Villar-Villalba C, Pérez-Farinós N, Serra-Majem L. Determinantes sociales de sobrepeso y obesidad en España 2006. *Med Clin (Barc).* 2011; 137: 678-684 [T,I]
21752409
- Hernández-Hernández R, Coca A. La paradoja de la obesidad en la insuficiencia cardiaca: ¿cuánto más peso mejor? *Med Clin (Barc).* 2011; 137: 689-690 [AO,I]
21703644
- National Center for Immunization and Respiratory Diseases. Immunization of health-care personnel. *MMWR Recomm Rep.* 2011; 60 (RR-07): 1-45 [M,II]
22108587
- Lewis KH, Rosenthal MB. Individual responsibility or a policy solution--cap and trade for the U.S. diet? *N Engl J Med.* 2011; 365: 1561-1563 [AO,II]
22029976
- Kim JJ. The role of cost-effectiveness in U.S. vaccination policy. *N Engl J Med.* 2011; 365: 1760-1761 [AO,I]
22010866
- Buchholz U, Bernard H, Werber D, Böhmer MM, Remschmidt C, Wilking H, et al. German outbreak of *Escherichia coli* O104:H4 associated with sprouts. *N Engl J Med.* 2011; 365: 1763-1770 [CC,I]
22029753

Blaser MJ. Deconstructing a lethal foodborne epidemic. *N Engl J Med.* 2011; 365: 1835-1836. [AO,I]
22029755

Juonala M, Magnusson CG, Berenson GS, Venn A, Burns TL, Sabin MA, et al. Childhood adiposity, adult adiposity, and cardiovascular risk factors. *N Engl J Med.* 2011; 365: 1876-1885 [T,I]
22087679

Brett AS, Ablin RJ. Prostate-cancer screening--what the U.S. Preventive Services Task Force left out. *N Engl J Med* 2011; 365: 1949-1951 [AO,I]
22029759

McNaughton-Collins MF, Barry MJ. One man at a time--resolving the PSA controversy. *N Engl J Med.* 2011; 365: 1951-1953 [AO,I]
22029758

Schröder FH. Stratifying risk--the U.S. Preventive Services Task Force and prostate-cancer screening. *N Engl J Med.* 2011; 365: 1953-1955 [AO,I]
22029756

Hoffman RM. Clinical practice. Screening for prostate cancer. *N Engl J Med.* 2011; 365: 2013-2019 [R,I]
22029754

Goldhaber SZ, Leizorovicz A, Kakkar AK, Haas SK, Merli G, Knabb RM, et al; ADOPT Trial Investigators. Apixaban versus enoxaparin for thromboprophylaxis in medically ill patients. *N Engl J Med.* 2011; 365: 2167-2177 [EC,I]
22077144

Anguita M, Alegría E, Barrios V, Casasnovas JA, Escobar C, León M, et al; Grupo de Trabajo de la SEC sobre la guía de dislipemias. Comité de Guías de Práctica Clínica de la SEC. Comentarios a las guías de práctica clínica sobre manejo de las dislipemias de la Sociedad Europea de Cardiología y la Sociedad Europea de Aterosclerosis 2011. Un informe del Grupo de Trabajo del Comité de Guías de Práctica Clínica de la Sociedad Española de Cardiología. *Rev Esp Cardiol.* 2011; 64: 1090-1095 [AO,II]
22107831

Grupo de Trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) y de la Sociedad Europea de Aterosclerosis (EAS). Guía de la ESC/EAS sobre el manejo de las dislipemias. *Rev Esp Cardiol.* 2011; 64: 1168.e1-e60 [M,II]

Leijon ME, Faskunger J, Bendtsen P, Festin K, Nilsen P. Who is not adhering to physical activity referrals, and why? *Scand J Prim Health Care.* 2011; 29: 234-240 [C,I]
22126223

EVALUACION / GARANTÍA DE CALIDAD

Vidyarathi AR, Baron RB. Financial incentives for residents and fellows: a disruptive innovation to drive quality improvement. *Acad Med.* 2011; 86: 1338 [AO,I]
22030637

Lunn MR, Sánchez JP. Prioritizing health disparities in medical education to improve care. *Acad Med.* 2011; 86: 1343 [AO,I]
22030642

Dyer C. Ensuring quality in primary care. *BMJ.* 2011; 343: d7315 [AO,I]
22089739

Kuusela M, Koivisto AL, Vainiomäki P, Vahlberg T, Rautava P. The medico-professional quality of GP consultations assessed by analysing patient records. *Scand J Prim Health Care.* 2011; 29: 222-226 [C,I]
22126221

BIOÉTICA

Neuman J, Korenstein D, Ross JS, Keyhani S. Prevalence of financial conflicts of interest among panel members producing clinical practice guidelines in Canada and United States: cross sectional study. *BMJ.* 2011; 343: d5621 [T,II]
21990257

Lepping P. Overestimating patients' capacity. *Br J Psychiatry.* 2011; 199: 355-356 [AO,I]
22045941

Browman G, Hébert PC, Coutts J; With editorial advisory team, Stanbrook MB, Flegel K, Macdonald NE. Personalized medicine: a windfall for science, but what about patients? *CMAJ.* 2011; 183: E1277 [R,AO?,I]
21768249

Truth telling in clinical practice. *Lancet.* 2011; 378: 1197 [AO,II]
21962547

PLANIFICACION / GESTIÓN

Whitcomb ME. Commentary: meeting future medical care needs: a perfect storm on the horizon. *Acad Med.* 2011; 86: 1490-1491 [AO,I]
22130260

Gené J, Gallo P. A favor de la libre elección de hospital. *Aten Primaria.* 2011; 43: 513-515 [AO,I]
21920635

Millas J, Otegui A, Perez S, Arzuaga MJ, Martínez JM, Insausti MJ; Miembros del Grupo de Investigación de la Comarca Oeste de Gipuzkoa (CGO). Consulta de atención primaria: ¿todo es del médico? *Aten Primaria.* 2011; 43: 516-522 [T,I]
21377764

Lleras S. Presión asistencial y redistribución de tareas: una oportunidad de mejora en Atención Primaria. *Aten Primaria.* 2011; 43: 522-523 [AO,I]
21722994

Miguel-García F, de Los Santos M, Fernández AI, Alfaro M. Variabilidad en las recomendaciones clínicas en las carteras de servicios de atención primaria de las comunidades autónomas. *Aten Primaria.* 2011; 43: 551-555 [R,I]
21737182

Ferrán M. Crisis y atención primaria. Otra gestión es posible. *Aten Primaria.* 2011; 43: 627-628 [AO,I]
22019063

Appleby J. Which is the best health system in the world? *BMJ.* 2011; 343: d6267 [AO,I]
21971429

Bevan G, Skellern M. Does competition between hospitals improve clinical quality? A review of evidence from two eras of competition in the English NHS. *BMJ.* 2011; 343: d6470 [R,II]
21984819

Johnson S. Has the closure of psychiatric beds gone too far? No. *BMJ*. 2011; 343: d7410 [AO,I]
22110254

Tyrer P. Has the closure of psychiatric beds gone too far? Yes. *BMJ*. 2011; 343: d7457 [AO,I]
22110255

Godlee F. Not all that's new and shiny is good for healthcare. *BMJ*. 2011; 343: d7997 [AO,II]

Pearson TA. Public policy approaches to the prevention of heart disease and stroke. *Circulation*. 2011; 124: 2560-2571 [AO,I]
22144633

Wilson T. Improving primary health care delivery: still waiting for the magic bullet. *CMAJ*. 2011; 183: E1280 [AO,I]
22065363

Szecsenyi J, Campbell S, Broge B, Laux G, Willms S, Wensing M, et al. Effectiveness of a quality-improvement program in improving management of primary care practices. *CMAJ*. 2011; 183: E1326-E1333 [QE,I]
22043000

Solberg LI. Care coordination: what is it, what are its effects and can it be sustained? *Fam Pract*. 2011; 28: 469-470 [AO,I]
21926060

Glynn LG, Valderas JM, Healy P, Burke E, Newell J, Gillespie P, et al. The prevalence of multimorbidity in primary care and its effect on health care utilization and cost. *Fam Pract*. 2011; 28: 516-523 [T,II]
21436204

Bower P, Macdonald W, Harkness E, Gask L, Kendrick T, Valderas JM, et al. Multimorbidity, service organization and clinical decision making in primary care: a qualitative study. *Fam Pract*. 2011; 28: 579-587 [C,II]
21613378

Oliver JG. Salud pública y mercado. *Gac Sanit*. 2011; 25: 423-426 [AO,I]
21703728

Gorbaneff Y, Cortes A, Torres S, Yepes F. Pago por desempeño explicado desde la teoría de costos de transacción. *Gac Sanit*. 2011; 25: 450-453 [T,I]
21917362

Carlo WA, McDonald SA, Fanaroff AA, Vohr BR, Stoll BJ, Ehrenkranz RA, et al; Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development Neonatal Research Network. Association of antenatal corticosteroids with mortality and neurodevelopmental outcomes among infants born at 22 to 25 weeks' gestation. *JAMA*. 2011; 306: 2348-2358 [S,I]
22147379

Lewis KH, Rosenthal MB. Individual responsibility or a policy solution--cap and trade for the U.S. diet? *N Engl J Med* 2011 ;365:1561-1563 [AO,II]
22029976

INFORMÁTICA

Denomme LB, Terry AL, Brown JB, Thind A, Stewart M. Primary health care teams' experience of electronic medical record use after adoption. *Fam Med*. 2011; 43: 638-642 [C,I]
22002775

OTRAS

Ho MJ, Yu KH, Hirsh D, Huang TS, Yang PC. Does one size fit all? Building a framework for medical professionalism. *Acad Med*. 2011; 86: 1407-1414 [C,I]
21971298

Vergheze A, Brady E, Kapur CC, Horwitz RI. The bedside evaluation: ritual and reason. *Ann Intern Med*. 2011; 155: 550-553 [R,II]
22007047

Campbell JL, Roberts M, Wright C, Hill J, Greco M, Taylor M, et al. Factors associated with variability in the assessment of UK doctors' professionalism: analysis of survey results. *BMJ*. 2011; 343: d6212 [T,I]
22034193

Browman G, Hébert PC, Coutts J; With editorial advisory team, Stanbrook MB, Flegel K, Macdonald NE. Personalized medicine: a windfall for science, but what about patients? *CMAJ*. 2011; 183: E1277 [R,AO?,I]
21768249

Hueston WJ, Carek SM. Patients' preference for physician attire: a survey of patients in family medicine training practices. *Fam Med*. 2011; 43: 643-647 [T,I]
22002776

Giménez-Salinas A. La explotación y trata de mujeres con fines sexuales: el papel del sector salud. *Gac Sanit*. 2011; 25: 351-352 [AO,I]
21890244

Soria MÁ, Escuder J, Armadans I, Cobo JA. El médico como testigo-perito: de la citación a la testificación en el juicio. *Med Clin (Barc)*. 2011; 137: 464-467 [R,I]
20561652

Alonso L, Bermúdez F, Abarca M, García JM. ¿Diagnosticar mejor? Savia nueva para un árbol viejo. *Med Clin (Barc)*. 2011; 137: 561-564 [AO,I]
20541777

Blanco-Morales EA, Bravo-Ferrer JM, Rubio E, Gil E, Gantes MÁ. Glucocorticoides en artritis reumatoide: ¿casi siempre o casi nunca? *Reumatol Clin*. 2011; 7: 407-411 [R,I]
22078702

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

Web: www.samfycsevilla2012.com

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

Granada, del 1 al 5 de mayo de 2012

<http://entrevistaclinica2012.atlantacongress.org>

· **XVI Jornadas de Residentes de la semFYC y II Jornadas de Jóvenes Médicos de Familia**

Madrid, 11 y 12 de mayo de 2012

Web: <http://residentesjovenesmedicos.semfyccongresos.com>

· **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

Web: <http://semfyc2012.com>

Blog: <http://www.semfybilbao2012.com>

· **18th Wonca Europe Conference**

Vienna, del 4 al 7 de julio de 2012

Web: www.woncaeurope2012.org

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 seis los números editados de Medicina de Familia. Andalucía.

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

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

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

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

EL CONSEJO DE REDACCIÓN



Remitir por:

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

SOCIO, TE ROGAMOS 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 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.

Los artículos remitidos a la sección de Originales deberán someterse a la siguiente ordenación:

Resumen: Su extensión máxima será de 250 palabras, en él quedarán reflejados todos los apartados del original, de manera que el trabajo pueda ser comprendido sin necesidad de leer el artículo completo.

Estará dividido en los siguientes subapartados:

- **Título:** Aquel que identifica el trabajo.
 - **Objetivo:** Identificará de forma clara y precisa el propósito del estudio. Si hubiese más de un objetivo se señalará el principal.
 - **Diseño:** Clasificará el estudio en el marco de los diferentes tipos de estudios epidemiológicos.
 - **Emplazamiento:** o ámbito en el que se ha llevado a cabo el trabajo (Centro de Salud, Hospital, interniveles, población general, etc.)
 - **Población y muestra:** Características de la población, así como criterios de selección y características de la muestra.
 - **Intervenciones:** Descripción de las actividades llevadas a cabo tendentes a satisfacer los objetivos del estudio.
 - **Resultados:** Se aportarán los principales resultados del trabajo, derivados de los objetivos y de la metodología empleada, con mención de los intervalos de confianza y nivel de significación estadística, cuando proceda.
 - **Conclusiones:** Se derivarán directamente de lo expuesto en la sección de resultados. Puede ser de interés resaltar su significación en la práctica cotidiana del médico de familia.
 - **Palabras clave:** Se harán constar aquellas que los autores emplearon para su revisión bibliográfica en el Index Medicus. Aparecerán, por tanto, en inglés con su traducción al castellano. Su número oscilará entre 3 y 5.
- Texto**
- **Introducción:** Deben explicitar claramente los objetivos del trabajo y resumir el fundamento del mismo. Citar sólo aquellas referencias estrictamente necesarias.
 - **Sujetos y Métodos:** Debe describir la población en la que se ha llevado a cabo el trabajo, así como una descripción de los métodos de muestreo, aparatos y procedimientos, con una precisión que permita reproducirlos.

cir el estudio a otros investigadores. Se justificarán los métodos estadísticos utilizados. Alguna información metodológica de gran interés puede incluirse como anexo.

· Resultados: Exponen los datos extraídos del estudio sin ningún tipo de valoración por parte de los autores. Pueden presentarse en el texto o a modo de tablas y/o figuras. En el texto se resumirán los resultados más importantes de las tablas y/o figuras.

· Discusión: No deben repetirse en detalle los resultados. Se comentarán los resultados a la luz de la metodología empleada, comentando los sesgos más relevantes, y de los resultados obtenidos por otros autores tanto nacionales como internacionales. La discusión y las conclusiones deben basarse estrictamente en los propios resultados.

· Agradecimientos: Podrán reconocerse: a) contribuciones que justifican agradecimiento pero no autoría, b) ayuda técnica, c) apoyo material o financiero, especificando la naturaleza de dicho apoyo, y d) relaciones financieras que puedan provocar conflicto de interés.

· Bibliografía: Se presentará según el orden de aparición en el texto con su numeración correlativa. En el texto la numeración de la cita aparecerá entre paréntesis. El nombre de las revistas aparecerá utilizando las abreviaturas que aparecen en el Index Medicus (<http://nlm.nih.gov>).

· Tablas y/o gráficos: Deben ser autoexplicativas, es decir, deben poder comprenderse sin recurrir al texto. Se aclararán todas las iniciales empleadas.

· Anexos: Se incluirán aquellos considerados por los autores.

En la versión On line, en la página Web de la Sociedad Andaluza de Medicina de Familia aparecerá en una sección específica de nuestra publicación, el índice de cada una de las revistas publicadas, así como el apartado Publicaciones de interés (Alerta Bibliográfica).

CONSEJO DE REDACCIÓN:

El Consejo de redacción acusará recibo de los trabajos enviados con asignación de un número para su identificación. Se reserva el derecho de rechazar los originales recibidos o proponer modificaciones cuando lo considere necesario. El consejo de redacción no se hace responsable del material rechazado, una vez que esta decisión se les comunica a los autores.

El trabajo se acompañará de una carta dirigida al Consejo de Redacción, a la siguiente dirección:

Revista Medicina de Familia. Andalucía
Consejo de Redacción
C/. Arriola 4, Bajo D
18001 Granada.

Dicha carta deberá cumplir los siguientes requisitos (se adjunta una propuesta):

a) Deberá indicar nombre, apellidos y DNI o pasaporte de todos los autores. El hecho de remitir el trabajo a nuestra revista implica la aceptación de todas las normas de la misma y los Requisitos uniformes para preparar manuscritos enviados a revistas biomédicas.

b) En ella se hará constar que se trata de un artículo original y que no ha sido remitido para su publicación a ninguna otra editorial. En los originales se harán constar los posibles conflictos de interés y la aceptación por parte del comité de ética del organismo del que depende la investigación

c) Los trabajos se remitirán: original más soporte informático (Word). Todas las páginas irán numeradas, empezando con el número 1 en la página del título. Pegado al soporte electrónico figurará el título del artículo y el nombre del primer autor. En la carta se hará mención a que el soporte electrónico se remite libre de virus indicando el nombre y fecha de la última actualización del antivirus utilizado.

d) En la carta los autores indicarán la idoneidad de la publicación en un apartado concreto de la revista. En la misma carta defenderán las, a su juicio, principales aportaciones de su trabajo al quehacer profesional de los médicos de familia.

e) En folio aparte (página del título) se adjuntará: el título del trabajo, autores, centro de trabajo de cada uno de ellos, dirección postal, número de teléfono, número de Fax y dirección electrónica para correspondencia.

f) Se guardará copia de todo el material remitido para publicación.

En caso de serle devuelto el trabajo a los autores con sugerencia de correcciones, éstos dispondrán de 15 días naturales para hacer llegar las oportunas correcciones, en caso contrario, su publicación no queda asegurada.



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"/>																			
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

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.