

Medicina de Familia Andalucía

Volumen 14, número 1, marzo 2013

Editorial

- 7 A propósito de un paciente

El espacio del usuario

- 9 El copago desde la perspectiva del usuario

Originales

- 11 Técnicas de Inhalación en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). Eficacia de una instrucción periódica
23 ¿Podemos evaluar y mejorar la asistencia a los diabéticos tipo 2?
35 Incapacidad temporal en la unidad médica de valoración de incapacidades en la provincia de Jaén

Sin bibliografía

- 47 De dolor abdominal

Artículo especial

- 50 Manejo urgente de las arritmias cardíacas en Atención Primaria

¿Cuál es su diagnóstico?

- 61 Paciente anciana con lesiones ampollosas

- 64 Respuesta al caso clínico

- 66 Publicaciones de interés

- 85 Actividades Científicas

- 86 Micropíldora de conocimiento @pontealdiaAP

- 93 Información para los autores



JUNTA DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Presidenta

Paloma Porras Martín

Vicepresidente

Francisco José Guerrero García

Vicepresidenta

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 Relaciones Externas

Eloísa Fernández Santiago

Vocal de Docencia

Herminia M. Moreno Martos

Vocal de Investigación

Alejandro Pérez Milena

Vocal de Residentes

Ignacio Merino de Haro

Vocal de Jóvenes Médicos de Familia

F. Javier Castro Martínez

Vocal provincial de Almería:

Vocal provincial de Cádiz:

Vocal provincial de Córdoba:

Vocal provincial de Huelva:

Vocal provincial de Jaén:

Vocal provincial de Málaga:

Vocal provincial de Granada:

Vocal provincial de Sevilla:

M^a. Pilar Delgado Pérez

M^a. José Serrano Muñoz

Juan Manuel Parras Rejano

Jesús E. Pardo Álvarez

Justa Zafra Alcántara

Rocío E. Moreno Moreno

Francisco José Guerrero García

Leonor Marín Pérez

pdelgadomedico@hotmail.com

majsemu@hotmail.com

juanprj@gmail.com

jeparedes10@teleline.es

justazafra@hotmail.com

roemomo@hotmail.com

franguerrero72@yahoo.com

leonorjl04@yahoo.es

SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

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

Telf: 958 804201 – Fax: 958 80 42 02

e-mail: samfyc@samfyc.es

http://www.samfyc.es

MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA



Publicación Oficial de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria

DIRECTOR

Antonio Manteca González

SUBDIRECTOR

Francisco José Guerrero García

CONSEJO DE DIRECCIÓN:

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

CONSEJO DE REDACCIÓN

Francisco José Guerrero García
Pablo García López
Francisca Leiva Fernández

CONSEJO EDITORIAL:

Cristina Aguado Taberné, Córdoba.
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^a. Ángeles Bonillo García, Granada.
Beatriz Bullón Fernández, Sevilla.
Rafael Castillo Castillo, Jaén.
José Antonio Castro Gómez, Granada.
Juan Manuel Espinosa Almendro, Málaga
Bernabé Galán Sánchez, Córdoba.
Luis Gálvez Alcaraz, Málaga.
Francisco Javier Gallo Vallejo, Granada.
Pablo García López, Granada.
M^a. 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^a. Moreno Martos, Almería.
Francisca Muñoz Cobos, Málaga.
M^a 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

Incluida en el Índice Médico Español

Título clave: Med fam Andal.

Para Correspondencia

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

Disponible en formato electrónico en la web de la
SAMFyC: <http://www.samfyc.es>
e ir a <<Publicaciones SAMFyC>>
E-mail: revista@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.

Printed in Spain.

Maqueta: Antonio J. García Cruz

Imprime: Etc [...] Ediciones Turísticas y Culturales, S.L.



Publicación Oficial de la Sociedad Andaluza
de Medicina Familiar y Comunitaria

MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA

Med fam Andal Vol.14, Nº.1, marzo 2013

Sumario

Editorial

- 7 A propósito de un paciente

El espacio del usuario

- 9 El copago desde la perspectiva del usuario

Originales

- 11 Técnicas de Inhalación en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). Eficacia de una instrucción periódica
- 23 ¿Podemos evaluar y mejorar la asistencia a los diabéticos tipo 2?
- 35 Incapacidad temporal en la unidad médica de valoración de incapacidades en la provincia de Jaén

Sin bibliografía

- 47 De dolor abdominal

Artículo especial

- 50 Manejo urgente de las arritmias cardíacas en Atención Primaria

¿Cuál es su diagnóstico?

- 61 Paciente anciana con lesiones ampollosas

Respuesta al caso clínico

Publicaciones de interés

Actividades Científicas

Micropíldora de conocimiento @pontealdiaAP

Información para los autores



Official Publication of the
Andalusian Society of Family
and Community Medicine

MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA

Med fam Andal Vol.14, Nº.1, march 2013

Summary

Editorial

- 7 In the Context of a Patient

The Consumer's Corner

- 9 Co-payments from the User's Perspective

Original Articles

- 11 Inhalation Techniques in COPD Patients: the Efficacy of Periodical Training
23 Can we Evaluate and Improve Care for Patients with Type 2 Diabetes?
35 Temporary Sick Leaves in a Medical Unit for the Assessment of Incapacities in the Province of Jaen

No Bibliography

- 47 On Abdominal Pain

Special Article

- 50 Urgent management of cardiac arrhythmia in primary care

Which is Your Diagnosis?

- 61 Elderly Patient with Blister Lesions

- 64 Answer to a Clinical Case

- 66 Publications of Interest

- 85 Scientific Activities

- 86 Knowledge in microdoses @pontealdiaAP

- 93 Information for Authors
-

EDITORIAL

A propósito de un paciente

Porras Martín P

Presidenta SAMFyC

¿Un nuevo editorial? ¿Tan pronto otro, Encarni? ¿Y ahora de qué hablo yo? Porque todos somos médicos de familia. Y yo ¿tengo algo que decir distinto de lo que hablamos todos los días? ¿de lo que cualquiera de vosotros puede decir? Pues evidentemente no, pero es verdad que desde el papel que ahora me ha tocado jugar tengo la oportunidad de hablar, y “ahí va eso”...

Y voy a comenzar contando una historia reciente, en mi consulta, con un paciente; sí, como los vuestros, una historia de las que cada uno podéis contar unas cuantas. Es un paciente de mediana edad, trabajador, casado, que tiene la desgracia de vivir en una zona devaluada de la ciudad, y que cada día se va deteriorando. Pero mantiene una vida adecuada, con una vivienda digna, bien arreglada y con su mujer pendiente de toda su familia y de él.

Es un paciente sano, sin antecedentes de interés, que sólo ha acudido en los últimos años por algún dolor en las piernas cuando está muchas horas de pie en su trabajo. Hace aproximadamente un año comienza con una úlcera en ambos pies de evolución tórpida que no logramos controlar mi enfermero y yo; y tras derivarlo a urgencias (la única manera de acceder al cirujano vascular en la zona donde yo trabajo) es diagnosticado de una enfermedad de pequeño vaso, con isquemia a nivel de la microcirculación de ambos pies, con pulsos pedios conservados. Tras diferentes vicisitudes, unas mejores y otras peores, y tras estar seis meses sin lesiones después de una simpatectomía, le reaparece una úlcera en el pie. Ante la mala evolución de ésta y un importante dolor, el servicio de referencia del hospital decide una amputación a nivel de metatarsianos del pie.

Se produce una dehiscencia de la herida del muñón, reingresa de nuevo con importante dolor, y tras control de éste (al parecer con una perfusión

de morfina, aunque no consta en informe de alta) es enviado a su domicilio con analgesia.

El enfermero que trabaja conmigo acude a su domicilio y me comenta que la cura de la dehiscencia no parece ir mal, pero que el dolor del paciente es insoportable, no duerme, está agotado por el dolor y esto genera lógicamente ansiedad en él y en su familia, por lo que acudo a evaluarlo. Cuando llego al domicilio, la situación del paciente es la descrita, con un paciente afectado por el dolor. Tras la valoración de la analgesia prescrita, les planteo a él y su mujer (que es quien está tomando el peso de los cuidados) dos opciones: o vuelven al hospital a por nueva pauta de analgesia o confían en mí, y haré estrategia del control del dolor, pues creo que las condiciones del paciente y su familia y las de su vivienda son adecuadas para poder llevarlo a cabo. El paciente decide que sea yo quien guíe su tratamiento, y pauto una visita de control al día siguiente, en la que el paciente está bastante mejor; y en 8 días, tras tres visitas presenciales (una de ellas conjunta con mi enfermero) y otra telefónica, el paciente está sin dolor, sin necesidad de apenas medicación de rescate; y con una casi desaparición de la ansiedad de la familia. Su mujer me dice “doctora, esto es como un milagro...”

Y no, no es un milagro. Es la conjunción del trabajo, en el que somos especialistas los médicos de familia; primero, una evaluación del tratamiento de la persona en su conjunto, valorando y explorando las necesidades de la misma, dándole opciones y respetando sus decisiones. Un trabajo en el entorno del paciente, su domicilio, por personas que lo conocen. Una formación actualizada en analgesia y en todos sus adyuvantes. Un adecuado trabajo en equipo, de la unidad que atendemos al paciente (médico-enfermera), que sabe que vamos a cumplir lo que pactamos. Una microgestión correcta, con un cierto espacio para el trabajo conjunto y el trabajo en el domicilio. Y aunque nos ha fallado

la comunicación con el hospital, el paciente ha logrado el control de sus síntomas.

En resumen, y como sabéis todos, no es casualidad, es hacer medicina utilizando el mejor

conocimiento disponible, contrastándolo con las opiniones y vivencias del paciente. Es hacer ciencia, sin olvidar que tratamos con personas, que viven en un entorno concreto que también tenemos que conocer.

AGRADECIMIENTO A ASESORES Y CORRECTORES DE LA REVISTA
DURANTE EL AÑO 2012

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 2012. Su trabajo constituye sin duda un valor añadido a la Revista.

José Manuel Aranda Regules
Luis Ávila Lachica
Vidal Barchilón Cohen
Antonio Caballero Oliver
Isabel Corona Páez
Salvador Duarte Vallejo
M^a. Sagrario Esteban López
Antonio Fernández Natera
Nicolás Garrido Redondo
Pablo García López
Carmen Gómez García
Fernando López Verde
José Luis Martín Manzano
Ana Morán Rodríguez
Javier Morata García de la Puerta
Herminia M. Moreno Martos
Carlos Ortega Millán
Pablo Panero Hidalgo
Carlos M. Prados Arredondo
José M^a Santa Cruz Talledo
Purificación Taboada Sance
Justa Zafra Alcántara

EL ESPACIO DEL USUARIO

El copago desde la perspectiva del usuario

Yesa Herrera J

Responsable de Salud de FACUA Andalucía

Dando por hecho de que el lector es conocedor de la postura contraria de la organización a la que represento hacia el repago o copago impuesto en medicamentos, productos y servicios sanitarios y de los argumentos que sustentan esta postura, quisiera hacerles partícipes de las sensaciones que, de forma más generalizadas, captamos en los usuarios a los que, por distintos motivos, atendemos con respecto a esta asunto, así como mis reflexiones respecto de las mismas.

En primer lugar, debo lamentar que los usuarios en general y, particularmente, un colectivo especialmente afectado por esta medida como el de los pensionistas, no se haya percatado de que, gracias a la implantación de la receta electrónica, estos últimos están evitando el engorro que supone tener que abonar el 10% de cada fármaco y después solicitar el reintegro de la cantidad aportada.

Y digo bien que lo lamento porque todos recordaremos que la implantación del sistema Diraya y, con él, de la receta electrónica, costó “sangre, sudor y lágrimas” a profesionales y usuarios, y originó, por parte de estos últimos, quejas y reclamaciones, lo que en ningún momento impidió que siguiéramos apostando por su establecimiento siendo conscientes de las ventajas futuras que la puesta en marcha de esta estrategia digital supondría.

Por ello, considero que la Consejería de Salud y Bienestar Social ha perdido una ocasión de oro para poner en valor el sistema, lo que no es otra cosa que revalorizar la sanidad pública andaluza. Si bien es cierto que, en este sentido, se han emitido comunicados de prensa y que, incluso, se han realizado comparecencias públicas altos responsables políticos, me atrevo a asegurarles que, desafortunadamente, los usuarios no son conscientes de la diferencia entre nuestra

Comunidad Autónoma y aquellas otras donde los pacientes se han convertido en financiadores y acreedores del sistema sanitario público, pagando por adelantado lo que a este último le corresponde.

La población es consciente del carácter recaudatorio de la medida del repago, pero, sin embargo, no lo es tanto del resto de connotaciones negativas que la misma conlleva, como la mercantilización de las relaciones entre usuarios y prestadores de los servicios, la ruptura del carácter universal y redistributivo del sistema, o la apertura de espacios a la sanidad privada.

Es ésta una realidad peligrosa a la que debemos prestar atención las organizaciones que, como la nuestra, defendemos a ultranza la sanidad pública, y también los profesionales, por lo que debemos redoblar, si es necesario, los esfuerzos para que los usuarios sean capaces de entender que es ésta, y no otra, la guerra que libramos, en la que la lucha contra el copago es una de las contiendas o frentes abiertos en la batalla (y disculpen que un pacifista y no violento convencido como yo utilice este símil bélico).

Finalmente, han sido numerosas las consultas que sobre diferentes aspectos de este asunto hemos tenido que atender durante los últimos meses. Peticiones de información sobre la medida y su alcance pero también sobre el procedimiento para reclamar errores en los porcentajes de copago que hemos tenido que atender, y que seguimos atendiendo, sin que la propia Consejería de Salud y Bienestar Social haya establecido ni canales de información ni de reclamación específicos para los usuarios y con sus organizaciones sociales representativas. Hubiera sido lo deseable el haber fijado protocolos de actuación, cauces de reclamación, etc., habilitando mecanismos ágiles de información a través de los colectivos sociales.

Por este motivo, nos vemos en la obligación, una vez más, de reclamar a los actuales responsables del sistema sanitario público andaluz que entiendan que una de sus prioridades debe ser fomentar la implicación de los usuarios, lo que, a su vez, sólo se consigue, con la apertura del sistema a su participación y a una mayor interacción con la ciudadanía.

A tal respecto, nos decepciona tener que volver a denunciar cómo se ha fulminado la participación ciudadana en nuestra Comunidad Autónoma. La práctica totalidad de los órganos de consulta y participación donde estamos representadas

las asociaciones de usuarios y otros colectivos sociales en materia sanitaria han desaparecido o dejado de funcionar: consejos de Salud de Área, comisiones consultivas de las agencias públicas empresariales sanitarias, etc.

Se pone con ello en evidencia un distanciamiento entre el discurso político y la práctica diaria en la gestión y la planificación de nuestro Sistema Sanitario Público. Eliminar la participación no contribuye, precisamente, a la implicación de los usuarios en la defensa de un sistema que, con medidas como el copago, se ve atacado por aquellos que sólo ven en el mismo una oportunidad de negocio.

ORIGINAL

Técnicas de Inhalación en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). Eficacia de una instrucción periódica

Barnestein-Fonseca P¹, Leiva-Fernández J², Acero-Guasch N³, García-Ruiz AJ⁴, Prados-Torres JD¹, Leiva Fernández F¹

¹Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria. Distrito Sanitario Málaga

²Centro de Salud Vélez Sur. Área Sanitaria Málaga Este-Axarquía

³Área de Salud de Ibiza y Formentera

⁴Departamento de Farmacología y Terapéutica Clínica. Facultad de Medicina. Universidad de Málaga

RESUMEN

Título: Técnicas de Inhalación en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). Eficacia de una instrucción periódica.

Objetivo: Describir tasa y tipos de errores más frecuentes en la técnica de inhalación en pacientes con EPOC. Evaluar importancia clínica de estos y cómo influye una instrucción periódica sobre el porcentaje de realización de una correcta técnica de inhalación.

Diseño: Estudio descriptivo observacional de la cohorte intervención perteneciente a un ensayo clínico aleatorizado.

Emplazamiento: 4 Centros de Salud de la provincia de Málaga.

Población y muestra: 58 pacientes diagnosticados de EPOC pertenecientes al grupo intervención del estudio ICEPOC (ISRCTN18841601). Criterios de inclusión: pertenecer a zona básica de salud, diagnosticados de EPOC, tratamiento inhalador pautado y firma del consentimiento informado. Se excluirán otros procesos respiratorios y problemas cognitivos.

Intervenciones: Realización técnica de inhalación e identificación de errores por parte de los pacientes y demostración práctica por parte del monitor de la correcta técnica de inhalación.

Resultados: El 75.4% de los pacientes utiliza dispositivo Handihaler, el 24.6% Accuhaler y un 24.6% Turbuhaler. Un 86% de los pacientes que usan Handihaler, el 64.3% que utilizan Accuhaler y el 85.7% que usa Turbuhaler, lo hacen de forma incorrecta. Los errores más frecuentes fueron vaciar los pulmones antes de la inhalación, aguantar la respiración tras ésta y no aspirar profundamente. La importancia clínica de los fallos cometidos es moderada. El entrenamiento disminuye la tasa de error en un 66.46%.

Conclusiones: La intervención diseñada para mejorar la técnica de inhalación tiene un efecto clínicamente relevante.

Palabras Clave: EPOC (COPD); Intervención educativa (Educational Intervention); Técnicas de inhalación (Inhalation Techniques).

SUMMARY

Title: Educating Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease on Inhalation Techniques: the Efficacy of Periodic Instruction.

Goal: Describe the types of errors most frequently encountered in COPD patients' inhalation techniques and their rate of occurrence. Evaluate their clinical importance and the influence of an ongoing education program on patients' correct use of inhalation techniques.

Correspondencia: Pilar Barnestein-Fonseca
Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria
Distrito Sanitario Málaga
Plaza del Hospital Civil, s/n, pabellón 6, 2ª planta
29009 Málaga
E-mail: mariap.barnestein.exts@juntadeandalucia.es

Recibido el 19-07-2012; aceptado para publicación el 24-01-2013
Med fam Andal. 2013; 1: 11-22

Design: Descriptive observational study of the intervention cohort belonging to a random clinical trial.

Setting: Four health centers in Malaga Province.

Population and sample: 58 patients diagnosed with COPD pertaining to the intervention group of the ICEPOC study (ISRCTN18841601). Inclusion criteria: belonging to the basic health zone, diagnosed with COPD, inhalation treatment guidelines provided and informed consent obtained. Other respiratory processes and cognitive problems were excluded.

Interventions: Technical performance of inhalation and the identification of patients' errors; practical demonstration by the monitor on correct inhalation technique.

Results: 75.4% of all patients use the Handihaler device, 24.6% use an Accuhaler and 24.6% use the Turbuhaler. Use of these devices was incorrect in 86% of the Handihaler patients, 64.3% of the Accuhaler group and 85.7% of the Turbuhaler patients. The errors that occurred most frequently were emptying the lungs before inhaling; holding the breath following an inhalation; and not breathing in deeply. Instruction led to a 66.46% reduction of the error rate.

Conclusions: The intervention to improve inhalation technique has a clinically relevant effect.

Key words: COPD; Educational Intervention; Inhalation Techniques.

INTRODUCCIÓN

El uso incorrecto de los inhaladores es un problema significativo tanto en asma como en la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), debido a que el resultado es una disminución del efecto terapéutico de los fármacos que deriva en un peor control de los síntomas y por lo tanto en un control no efectivo de la enfermedad¹⁻⁵. Como resultado, los pacientes reciben un tratamiento que, sin una apropiada educación sanitaria o entrenamiento en una correcta técnica de inhalación, resulta en un efecto terapéutico menor que el óptimo⁶.

En diversos estudios se ha observado que más del 85% de los pacientes no utiliza los inhaladores correctamente⁷⁻⁹. A pesar de que las características técnicas de los dispositivos han mejorado con el tiempo, muchos inhaladores son complicados de usar y algunos requieren más de ocho pasos para efectuar una maniobra correcta. Para adquirir la destreza en el uso de esta medicación los profesionales sanitarios y los pacientes deben ser educados y entrenados adecuadamente^{10,11}.

Existen 3 categorías principales de aerosoles que son los inhaladores presurizados de dosis controlada o cartucho presurizado (pMDI), inhaladores de polvo seco (DPI) y los nebulizadores de pequeño volumen (SVN). Los más ampliamente utilizados son los MDI y DPI¹².

Con la aparición de los DPIs el problema de coordinación, detectado como error principal en los pMDI^{12,13}, se elimina. Sin embargo los fallos en la técnica también son muy altos. Los errores más comunes en el uso de estos dispositivos son: no colocar el dispositivo correctamente, exhalar en el dispositivo, no inhalar con la fuerza suficiente y no mantener la respiración tras la inhalación^{12,13}. En pacientes con EPOC se ha observado que son capaces de utilizar los DPIs con al menos un mínimo de flujo inspiratorio aunque quizás no con el óptimo^{14,15}. Además, se ha observado que el uso de varios dispositivos diferentes, bastante común en estos pacientes, puede conducir a confusión y resultar en errores en el uso de éstos¹⁶.

Más allá de la cuantificación de los errores cometidos es importante describir la importancia que estos tienen clínicamente. Varios autores hacen hincapié en lo que se denomina la importancia

clínica del fallo¹⁷⁻²⁰. Es importante distinguir entre un error crítico, cuyo resultado es que el fármaco no llegue a los pulmones y los que no lo son cuyo resultado es una reducción en la cantidad de fármaco efectivo, en comparación a la esperada de una buena técnica de inhalación²¹.

Otro problema añadido a los anteriores y que afecta a todos los tipos de dispositivos es el inadecuado conocimiento de las técnicas de inhalación por parte de los profesionales sanitarios lo que se relaciona directamente con el mal uso de los mismos por parte de los pacientes^{15,17}.

Varios meta-análisis muestran que cualquier tipo de inhalador puede ser igual de eficiente para el tratamiento de los pacientes²²⁻²⁴. Por ello una decisión a la hora de la prescripción podría pasar por ver primero qué dispositivo es capaz de utilizar el paciente y posteriormente, qué fármaco está disponible en ese formato¹³. Sin embargo, más allá de esta consideración, la dificultad de los pacientes de usar correctamente su dispositivo inhalador podría ser una consecuencia directa de una inadecuada o insuficiente instrucción. Se ha observado que el entrenamiento repercute positivamente en el uso de los inhaladores sea cual sea el dispositivo utilizado, sin embargo este entrenamiento para ser efectivo debe ser periódicamente revisado y se ha mostrado más eficiente el entrenamiento con monitor que la información sólo verbal o escrita^{6,25,26}.

El objetivo de este trabajo es describir la tasa y los tipos de errores más frecuentes en la técnica de inhalación en pacientes con EPOC, así como evaluar la importancia clínica de estos y cómo influye una instrucción periódica sobre el porcentaje de realización de una correcta técnica de inhalación.

METODOLOGIA

Diseño: Estudio observacional de la cohorte intervención perteneciente a un ensayo clínico aleatorizado.

Muestra del estudio: 58 pacientes diagnosticados de EPOC de 4 Centros de Salud de la provincia de Málaga. La muestra utilizada para este trabajo pertenece al grupo intervención del estudio ICE-POC (ISRCTN18841601)²⁷. Se trata de un ensayo

clínico aleatorizado en el que se estudia la efectividad de una intervención multifactorial sobre la adherencia al tratamiento en pacientes con EPOC. Parte de esta intervención multifactorial es el entrenamiento para la correcta utilización de los dispositivos de inhalación. Se reclutaron a 146 pacientes seguidos durante un año y seleccionados por muestreo consecutivo (nivel de confianza 95%, potencia 80%; diferencia entre grupos 25%; pérdidas esperadas 15%); 72 sujetos formaron parte del grupo intervención, de ellos 58 recibieron finalmente la intervención en la que se incluía la medición y el entrenamiento en una correcta técnica de inhalación.

Selección de la muestra: Los criterios de selección utilizados fueron: para la inclusión pertenecer a la zona básica de salud, estar diagnosticados de EPOC en su historia clínica, tener prescrito tratamiento inhalador pautado y aceptar participar en el estudio mediante la firma del consentimiento informado. Se excluirán otros procesos respiratorios no incluidos en la definición de EPOC y problemas cognitivos que impidan responder de forma adecuada a los cuestionarios del estudio.

A partir de los listados del proceso asistencial EPOC se preseleccionaron aquellos pacientes que cumplían los criterios de selección mencionados. Después de esta preselección se contactó con los candidatos telefónicamente y se les invitó a participar explicándoles brevemente en qué consistía el estudio, si aceptaban participar se les citaba en su centro de salud. Durante esta visita se les explicó más detalladamente en qué consistía el estudio y si aceptaban participar firmaban el consentimiento informado. Una vez incluidos se recogieron todas las variables del estudio (visita 0) y se les citó para una entrevista grupal en la que se realizó la intervención.

Variables:

Variables principales: realización correcta técnica de inhalación siguiendo recomendaciones de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR)¹². Para ello se diseñó una plantilla de pasos y se registraron los errores cometidos. Se consideró una buena técnica cuando los pacientes no cometían ningún fallo.

Importancia clínica del fallo (ICF). Para determinar la importancia clínica de los fallos nos basamos

en la literatura existente^{17,18,20} en la que se acuerda una escala de la siguiente manera: puntuación de 1 para importancia clínica leve, es decir, la deposición del fármaco en los pulmones y por extensión su eficacia se ve comprometida de manera leve; puntuación 2 para importancia clínica moderada, es decir, tanto la deposición del fármaco como su eficacia se ve comprometida de manera moderada; puntuación 3 para error crítico, es decir, el fallo evita la llegada del fármaco a los pulmones. Estas consideraciones se basan en estudios "*in vitro*" de movilización del fármaco en diferentes los dispositivos y pacientes utilizando la escintigrafía para observar el grado de deposición de los diferentes fármacos en los pulmones según la técnica de inhalación utilizada.

Sociodemográficas: edad, sexo, nivel educativo, estado civil.

Clínicas: hábito tabáquico, criterios de diagnóstico de EPOC, tiempo de diagnóstico, tipo de patrón espirométrico, severidad según: (SEPAR)²⁸

Calidad de vida relacionada con la salud (EuroQoL, Cuestionario respiratorio Saint George-SGRQ-).

Intervención: Durante esta visita se pidió a los pacientes que realizaran la técnica de inhalación con cada uno de los dispositivos que tenían prescritos en ese momento y se anotó en una plantilla de pasos, aquellos en los que los pacientes cometían algún error.

Una vez anotados, se pidió a los pacientes que identificaran por sí mismos posibles errores en su técnica o en la de alguno de sus compañeros. Tras la puesta en común, se pasó a una demostración práctica por parte del monitor de la correcta técnica de inhalación de cada uno de los dispositivos y a la explicación del porqué y la importancia de cada uno de los pasos. Después de la demostración de cada dispositivo se pedía a los pacientes que identificasen posibles errores y se les pedía que realizasen de nuevo la técnica y se anotaban los errores en la plantilla. La intervención seguía hasta que los pacientes realizaban la técnica correctamente, manifestaban cansancio o decidían no seguir. Como apoyo a esta visita se entregó a los pacientes un dossier con los pasos para una correcta técnica de inhalación de cada uno de los dispositivos

empleados y como apoyo visual durante el entrenamiento se utilizaron esquemas tamaño póster con los pasos de cada uno de los dispositivos.

Seguimiento: Se realizaron 3 visitas de seguimiento, a los 3, 6 y 12 meses tras la intervención. En todas se procedió a registrar la técnica de inhalación de cada uno de los pacientes al inicio de la visita y tras la demostración por parte de monitor. Cada vez que el paciente realizaba la técnica se anotaban los pasos incorrectos en la plantilla.

Este proceso se realizó con cada uno de los dispositivos que tenía prescrito el paciente. Además en todas las visitas de seguimiento se procedió durante la demostración de la técnica de la misma forma que en la visita 0, pero de manera individual. Primero el paciente realiza la técnica por sí sólo, tras anotar los pasos incorrectos, el monitor pregunta al paciente cómo cree que la ha hecho y si identifica algún error o algún paso que le suponga algún problema. Se trabaja con el paciente tanto los errores que él ha sugerido como los que nosotros hemos detectado utilizando como herramienta el material que se les entregó en la primera visita.

Análisis estadístico: Se realizó un análisis descriptivo de todas las variables que se contemplan en el estudio, calculando como estadístico de tendencia central la media y mediana. Para variables cualitativas se han calculado las frecuencias absolutas y relativas de cada categoría. Se calculan los intervalos de confianza al 95% para una media y una proporción. El análisis de los datos se realizó mediante el paquete estadístico SPSS/PC versión 15.0.

RESULTADOS

Descriptivo de la muestra (Tabla 1)

Se trata de una muestra de 58 pacientes diagnosticados de EPOC en su historia clínica con una media de edad de 68.59 años (IC 95%, 66.62-70.56), de los cuales el 91.4% son hombres. El 79.3% están casados, el 31% no tienen estudios y el 41.4 % tienen estudios primarios. El IMC medio es de 30.47 Kg/m² (IC 95%, 29.24-31.7).

En cuanto al hábito tabáquico, el 63.8% son fumadores con una media de cigarrillos/día de 35.08 (IC 95%, 28.62-41.54) y una media de años fumando de 40.73 (IC 95%, 36.81-44.65); el 29.3% sigue fumando con una media de cigarrillos/día de 19.29 (IC 95%, 12.63-25.95) y una media de años fumando de 48.76 (IC 95%, 42.49-55.03).

En cuanto la diagnóstico de EPOC, el 89.5% de los pacientes han sido diagnosticados mediante criterios clínicos y espirométricos, el 5.3% mediante criterios exclusivamente clínicos y el 5.3% mediante espirometría exclusivamente. La media de años con diagnóstico de EPOC en la muestra está en 4.93 (IC 95%, 4.36-5.5). El 52.6% presenta un patrón obstructivo, el 31.6% restrictivo y el 8.8% un patrón mixto. El porcentaje del FEV1 es de 70.59% (IC 95%, 64.71-76.47) y la severidad se distribuye en un 41.8% de pacientes con severidad leve, 40% con moderada y 18.2% grave.

En relación al tratamiento, el 79.3% de los pacientes tiene prescrito un beta-2-adrenérgico, el 77.6% un anticolinérgico, el 65.5% un corticoide inhalado, en la mayoría de los casos combinado con un beta-2-adrenérgico. El 8.6% tiene prescrito una xantina o un mucolítico y el 1.7% tiene oxigenoterapia o corticoide oral.

Técnicas de Inhalación

El 75.4% de los pacientes utiliza un dispositivo Handihaler, el 24.6% utiliza un Accuhaler y un 24.6% un Turbuhaler. En cuanto al número de dispositivos, el 74.5% usa un solo dispositivo, el 23.6% dos y el 1.8% tres dispositivos.

La valoración de la utilización correcta de estos dispositivos de inhalación en la visita 0 mostró que un 86% de los pacientes que usan el Handihaler lo hace de forma incorrecta, los errores más frecuentes fueron vaciar los pulmones antes de la inhalación en el 55.8% de los pacientes y aguantar la respiración tras ésta en el 51.2%. El 64.3% de los sujetos utiliza el Accuhaler de forma incorrecta, los errores mas frecuentes son expulsar el aire antes de la inhalación en el 50% de los sujetos, seguido de no aspirar profundamente y no mantener la respiración tras la inhalación en el 28.6% en ambos casos. Para el Turbuhaler el 85.7% de los pacientes realiza una técnica incorrecta siendo los errores más comunes expulsar

el aire antes de la inhalación en el 78.6% de los casos y mantener la respiración tras ésta en el 42.9%.

En la gráfica 1 se muestra la evolución durante el periodo de seguimiento del porcentaje de error global (media de todos los dispositivos) de la técnica de inhalación una vez aplicada la intervención, observándose un descenso progresivo de éste desde un 78.66% hasta un 12.2% en el porcentaje medio de error teniendo en cuenta la técnica de todos los dispositivos. En la tabla 2 se muestra la evolución de los porcentajes de fallo en cada uno de los pasos de la técnica por dispositivo. Se observa un descenso progresivo en la tasa de error que llega hasta el 18.9% para el Handihaler, un 7.7% para el Accuhaler y un 10% para el Turbuhaler.

En relación al tipo de error se observa la misma tendencia hacia una reducción progresiva en el porcentaje de pacientes (Tabla 2). Persisten como más frecuentes, aunque en menor porcentaje, los mismos fallos que al principio para Handihaler: el vaciado de los pulmones antes de la inhalación (16.2%) y aguantar la respiración tras la inhalación (8.1%). Para el Accuhaler los errores que persisten son el vaciado antes de la inhalación y aspirar profundamente en el 15.4% de los pacientes y aguantar la respiración tras la inhalación en el 7.7%. Para el Turbuhaler el fallo se detecta en el 100% de los pacientes en relación al vaciado de los pulmones antes de la inhalación.

En cuanto a la importancia clínica de los fallos observamos que los errores mas frecuentes cometidos en todos los dispositivos al inicio del estudio se relacionan con una repercusión clínica moderada (puntuación 2). Encontramos errores críticos al inicio del estudio en el uso de Handihaler relacionado con apretar el botón para liberar la dosis en el 16.6% de los pacientes. En los dispositivos Accuhaler y Turbuhaler que se relacionan con la no carga de la dosis en el 7.1% y 35.7% de los pacientes, respectivamente. También con no aspirar con la fuerza suficiente en el 7.7% de los sujetos que usan Turbuhaler. La evolución de la importancia clínica de los fallos permanece constante a lo largo del seguimiento ya que los errores que persisten repercuten de forma moderada en la deposición del fármaco. Si observamos una desaparición total de los errores críticos en todos los dispositivos (Tabla 2).

DISCUSIÓN

La inhalación es la ruta de administración de fármacos preferente para los pacientes con EPOC. A pesar de los avances en la tecnología de los dispositivos se observa cómo los errores en la utilización de éstos son bastante comunes^{1,2,13,17,18}. En nuestro estudio la media de porcentaje de error en los dispositivos es elevada (78.66%), resultados muy parecidos a los obtenidos en nuestro medio en el que Giner et al²⁶ detectaron un porcentaje de error del 75% aproximadamente, pero sensiblemente mayores a los detectados por otros autores que lo sitúan entre el 26 y el 50%^{6,18,19}.

Están disponibles en el mercado varios tipos de DPIs y cada vez que se ofrece uno nuevo es presentado como "fácil de usar". Sin embargo, esto no siempre coincide con la experiencia clínica, ya que la técnica de inhalación en los pacientes que usan estos dispositivos sigue siendo pobre¹⁹. A pesar de que estos dispositivos ofrecen ventajas sobre otros, como los pMDI, los pacientes pueden cometer errores críticos como no cargar correctamente el dispositivo o exhalar en él lo que provoca que la dosis cargada no sirva²⁰. Otro error común es no colocar correctamente los labios alrededor de la boquilla lo que supone que la dosis de fármaco se pierda. En el caso específico del dispositivo Turbuhaler, éste debe permanecer en posición vertical mientras se carga la dosis¹. Además, la llegada del fármaco a los pulmones tiende a reducirse con flujos inhalatorios débiles o lentos⁸ por eso lo ideal es que la inhalación se realice con la máxima fuerza posible al inicio³¹.

En nuestro estudio se observa que aproximadamente la mitad de los sujetos cometen los errores más frecuentemente registrados en los DPIs: no mantener la respiración después de la inhalación y no expulsar todo el aire antes de ésta⁶. Según algunos estudios, parece que estos errores no alteran demasiado la llegada al pulmón del principio activo¹⁸, sin embargo son catalogados como de importancia clínica moderada según otros autores^{17,18}, ya que el no mantenimiento de la respiración tras la inhalación podría reducir la capacidad del fármaco a depositarse y el no vaciado anterior a la inhalación podría dificultar un adecuado flujo inhalatorio crucial para movilizar el fármaco y que éste llegue a los pulmones.

Un flujo inhalatorio insuficiente puede suponer desde un error con una repercusión clínica leve en la que se ve reducida la deposición de fármaco en los pulmones^{20,32}, hasta un error crítico, por ejemplo, cuando en el Handihaler no se escucha vibrar la capsula¹⁸. En nuestro caso este tipo de error se sitúa en un 23.2%, aunque sólo un 6.25% supone un error crítico, este dato está por debajo de los valores detectados en otros estudios¹⁸ que lo cifran entre el 24 y el 29%. Para el resto de los sujetos la importancia clínica se catalogaría moderada ya que el flujo generado para la inhalación casi no hace sonar los dispositivos placebo utilizados para evaluar la técnica con Turbuhaler o cuando el paciente realiza varias veces la técnica en unas ocasiones suena y en otras no, haciéndonos sospechar que esta falta de flujo necesario en ocasiones se pueda producir cuando el sujeto realiza la técnica en casa.

Otro error relativamente frecuente en nuestros pacientes es echar aire en la boquilla del dispositivo. Esto es muy importante si ocurre antes de realizar la inhalación ya que en ese caso se puede difuminar la dosis por las paredes del dispositivo² o el exceso de humedad puede apelmazar las partículas y no podrán ser dispersadas de manera adecuada desde el dispositivo a los pulmones¹⁷. En nuestro estudio esto ocurre para los dispositivos Accuhaler y Turbuhaler en los que algunos pacientes, que necesitan realizar una segunda inhalación, la realizan de forma sucesiva sin quitarse el dispositivo de la boca o lo suficientemente cerca como para sospechar que se sopla en él. En nuestro estudio se ha recogido una importancia clínica moderada puesto que en el primer caso no se hace con la dosis cargada con lo cual el dispositivo se humedecería, pero no lo haría la dosis; y en el segundo caso igual ya que el aire exhalado no sería suficiente, a simple vista, para humedecer de forma crítica la dosis. En el caso del Handihaler, la inhalación sobre dispositivo se hace tras la primera inhalación, porque los pacientes no se quitan el dispositivo de la boca para hacer el vaciado de éste. Al ya haber inhalado la dosis cargada, humedecer el dispositivo es menos importante y sólo tendría una importancia leve, además en la mayoría de los casos la expulsión de aire tras la inhalación, cuando se deja el dispositivo en la boca, se hace por la nariz.

Un error crítico que hemos observado en los dispositivos Handihaler y Turbuhaler ha sido el

relacionado con la carga de la dosis. En el caso del Handihaler se refiere a apretar el botón tras meter la cápsula en el dispositivo o a dejarlo pulsado mientras se realiza la inhalación (27.9%) y para el Turbuhaler con el giro correcto de la rosca para cargar la dosis (35.7%). Estos fallos suponen la imposibilidad de tomar la dosis de fármaco prescrita^{19,20}.

Como hemos visto los sujetos analizados presentan tasas de error globales algo mayores que en otros estudios y cometen con más frecuencia los mismos errores. Sin embargo, hay algunos fallos que en la bibliografía encontramos como frecuentes para alguno de los dispositivos que hemos estudiado y que en nuestro caso no se han detectado. Uno de ellos es la posición del dispositivo Turbuhaler cuando se carga puesto que ésta es sensible a la posición^{1,19}. Otro es la dificultad que encuentran algunos pacientes de otros estudios para rodear de manera adecuada la boquilla del Accuhaler con los labios lo que puede llevar a una inhalación con la boca algo abierta y a que no se tome la dosis cargada¹⁹. Este hecho puede deberse a que el número de pacientes en nuestra muestra es menor al manejado en estos estudios y por ello no hemos sido capaces de detectar estos errores.

Aunque nuestra catalogación de importancia clínica del fallo esta basada en la literatura^{17,18,20}, es en algunos casos subjetiva, ya que se basa en la observación del investigador y por lo tanto sujeta a discusión. Sin embargo, ha sido consensuada por el equipo investigador y puesta en común ante cualquier duda a la hora de evaluar la repercusión clínica de algún error en algún paciente determinado ya que las demostraciones de la técnica fueron videograbadas lo que nos permitió reducir la incertidumbre todo lo posible.

En la literatura no hay mucho acuerdo sobre cuáles son los factores que predisponen a errores en la técnica de inhalación. Algunos autores han observado una fuerte asociación entre los errores en la técnica de inhalación y la edad, el nivel educativo y en la cantidad y calidad de la instrucción recibida sobre una correcta técnica^{6,17,18,25,26}. De estos factores el único que es realmente modificable es la instrucción sobre una correcta técnica de inhalación. En nuestro estudio se demuestra que la instrucción funciona, reduciendo los niveles de error en la técnica en general en un elevado

porcentaje (66.46%). Es cierto que carecemos de grupo control para comparar qué parte de esta mejora sería debida a la intervención puesta en marcha y no a otros posibles factores confusores. Sin embargo, consideramos que el elevado porcentaje de reducción de la tasa de error tiene una relación directa con el entrenamiento llevado a cabo. Además, se ha observado que en estudios con una duración de un año, algunos factores como el efecto Hawthorne se disipa con el tiempo³³ lo que restaría importancia a este efecto en nuestro estudio. Otro aspecto a tener en cuenta es la aplicación de un muestreo no probabilístico que podría haber resultado en un grupo de pacientes que no fueran totalmente representativos de la población de sujetos diagnosticados de EPOC y atendidos en nuestros centros de salud, aunque, como hemos comentado anteriormente no se diferencian de los pacientes que se incluyen en estudio similares.

La mejoría ha sido progresiva lo que apoyaría la idea de otros estudios en los que se apunta la necesidad de una instrucción periódica para obtener resultados adecuados^{6,20,21}.

En cuanto al tipo de errores observamos que a lo largo del periodo de instrucción, desaparecen los relacionados con fallos críticos. Al final del estudio los errores que permanecen con mayor frecuencia siguen siendo el vaciado de los pulmones antes de la inhalación, aguantar la respiración tras ésta y en el caso del Accuhaler una aspiración profunda. Todos estos errores están relacionados con una repercusión clínica moderada y además, relacionados entre si ya que suponen una falta de preparación del paciente ante la inhalación: si no se vacían los pulmones, la inspiración no podrá ser tan profunda como debería y el aire aspirado con el fármaco encontraría parte de su hueco ocupado por el aire no vaciado. La no preparación consciente de soltar todo el aire podría predisponer al paciente a no aguantar la respiración después, realizando la técnica de manera precipitada no llegando a mantener la respiración.

En conclusión, la intervención diseñada para mejorar la técnica de inhalación tiene un efecto clínicamente relevante. Este efecto podría ser de utilidad para poder conseguir aproximar los indicadores de eficacia de los fármacos inhalados a los de efectividad. Si conseguimos realizar un

adecuado entrenamiento de los pacientes con EPOC en técnicas de inhalación, el fármaco efectivo que se aplica será mayor, y por tanto el beneficio clínico también se incrementará. Sin embargo sería necesario realizar nuevos estudios con un mayor número de pacientes y con un grupo de control que nos informen sobre que parte de la mejoría detectada en la realización de la técnica de inhalación sería debida a la instrucción impartida.

BIBLIOGRAFÍA

- Hesselink AE, Penninx BWJH, Wijnhoven HAH. Determinants of an incorrect inhalation technique in patients with asthma or COPD. *Scan J Prim Health Care*. 2001; 19: 255-60.
- Pedersen S, Frost L, Arnfred T. Errors in inhalation technique and efficiency in inhaler use in asthmatic children. *Allergy*. 1986; 41: 118-24.
- Goren A, Noviski N, Avital A. Assessment of the ability of young children to use a powder inhaler device (Turbuhaler). *Pediatr Pulmonol*. 1994; 18: 77-80.
- Molimard M, Raherson C, Lignot S. Assessment of handling of inhaler devices in real life: an observational study in 3811 patients in primary care. *J Aerosol Med*. 2003; 16: 249-54.
- Diamond SA, Chapman KR. The impact of a nationally coordinated pharmacy-based asthma education intervention. *Can Respir J*. 2001; 8: 261-5.
- Lavorini F, Magnan A, Dubus JC, Voshaar T, Corbetta L, Broedres M et al. Effect of incorrect use of dry powder inhalers on management of patients with asthma and COPD. *Respir Med*. 2008; 102: 593-604.
- Van der Palen J, Klein JJ, van Herwaarden CLA. Multiple inhalers confuse asthma patients. *Eur Respir J*. 1999; 14: 1034-7.
- van der Palen J, Klein JJ, Kerkhoff AHM. Evaluation of the effectiveness of four different inhalers in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax*. 1995; 50: 1183-7.
- Crompton GK, Barnes PJ, Broeders M, Corrigan C, Corbetta L, Dekhuijzen R, et al. The need to improve inhalation technique in Europe: a report from the Aerosol Drug Management Improvement Team. *Resp Med*. 2006; 100: 1479-94.
- Hanania NA, Wittman R, Kesten S. Medical personnel's knowledge of an ability to use inhaling devices. Metered-dose inhalers, spacing chambers, and breath-actuated dry powder inhalers. *Chest*. 1994; 105: 111-6.
- Duerden M, Price D. Training issues in the use of inhalers. *Dis Manage Health Outcomes*. 2001; 9: 75-87.
- Recomendaciones SEPAR: Utilización de fármacos inhalados. Jordi Giner Donaire, Luis V. Basualdo Martín, Pere Casan Clarà, Carmen Hernández Carcereny, Vicente Macián Gisbert, Inmaculada Martínez Sanz, Ángel Mengíbar Bellón. 2002. Disponible en www.separ.es
- Rau JL. Practical Problems with aerosol therapy in COPD. *Respir Care*. 2006; 51(2): 158-172.
- Burnell PKP, Small T, Doig S, Johal B, Jenkins R, Gibson GJ. Ex-vivo product performance of Diskus and Turbuhaler inhalers using inhalation profiles from patients with severe chronic obstructive pulmonary disease. *Respir Med*. 2001; 95(5): 324-330.
- Chodosh S, Flanders JS, Kesten S, Serby CW, Hochrainer D, Witek TJ Jr. Effective delivery of particles with the HandiHaler dry powder inhalation system over a range of chronic obstructive pulmonary disease severity. *J Aerosol Med*. 2001; 14(3): 309-315.
- Seeto L, Lim S. Asthma and COPD. Inhalation therapy-clarity or confusion? *Aust Fam Physician*. 2001; 30(6): 557-561.
- Melani AS. Inhalatory therapy training: a priority challenge for the physician. *Acta Biomed*. 2007; 78: 233-245.
- Melani A, Bonavia M, Cilenti V, Cinti C, Lodi M, Martucci P et al. Inhaler mishandling remains common in real life and is associated

- with reduced disease control. *Respir Med.* 2011; 105: 930-938.
19. Wieshammer S, Dreyhaupt J. Dry powder inhaler: which factors determine the frequency of handling errors? *Respiration.* 2008; 75: 18-25.
20. Newman SP. Inhaler treatment options in COPD. *Eur Respir Rev.* 2005; 14: 102-108.
21. Van der Palen J, Klein JJ, Kerkhoff AH, van Herwaarden CL, Seydel ER. Evaluation of long-term effectiveness of three instruction modes for inhaling medicines. *Patient Educ Couns.* 1997; 32: S87-S95.
22. Dolovich MB, Ahrens RC, Hess DR, Anderson P, Dhand R, Rau JL, et al. Device selection and outcomes of aerosol therapy: evidencebased guidelines. American College of Chest Physicians / American College of Asthma, Allergy, and Immunology. *Chest.* 2005; 127(1): 335-371.
23. Brocklebank D, Ram F, Wright J, Barry P, Cates C, Davies L, et al. Comparison of the effectiveness of inhaler devices in asthma and chronic obstructive airways disease: a systematic review of the literature. *Health Technol Assess.* 2001; 5(26): 1-149.
24. Wright J, Brocklebank D, Ram F. Inhaler devices for the treatment of asthma and chronic obstructive airways disease (COPD). *Qual Saf Health Care.* 2002; 11(4): 376-382.
25. Broeders ME, Molema J, Hop WC. Inhalation profiles in asthmatics and COPD patients: reproducibility and effect of instruction. *J Aerosol Med.* 2003; 16: 131-41.
26. Giner J, Macian V, Hernandez C. Multicenter prospective study of respiratory patient education and instruction in the use of inhalers (EDEN Study). *Arch Bronconeumol.* 2002; 38: 300-5.
27. Barnestein-Fonseca P, Leiva-Fernández J, Vidal-España F, García-Ruiz A, Prados-Torres D, Leiva-Fernández F. Efficacy and Safety of a multifactor intervention to improve therapeutic adherence in patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD): protocol for the ICEPOC study. *Trials.* 2011; 12: 40.
28. Peces-Barba G, Barberá JA, Agustí A, Casanova C, Casas A, Izquierdo JL et al. Guía clínica SEPAR-ALAT de diagnóstico y tratamiento de la EPOC. Normativa SEPAR. *Arch Bronconeumol.* 2008; 44: 271-81.
29. Ferrer M, Alonso J, Prieto L, Plaza V, Monso E, Marrades R, Aguar MC, Khalaf A, Antó JM. Validity and reliability of the St George's Respiratory Questionnaire after adaptation to a different language and culture: the Spanish example. *Eur Respir J.* 1996; 9: 1160-66.
30. Herdman M, Badía X, Berra S. El EuroQoL-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en Atención Primaria. *Aten Primaria.* 2001; 28: 425-30.
31. Everard ML, Devedason SG, Le Souef PN. Flow early in the inspiratory manoeuvre affects the aerosol particle size distribution from a Turbuhaler. *Respir Med.* 1997; 91: 624-628.
32. Lenney J, Innes JA, Crompton GK. Inappropriate inhaler use: assessment of use and patient preference of seven inhalation devices. *Respir Med.* 2000; 94: 496-500.
33. Starfield B, Steinwachs D, Morris J. Presence of observers at patient-practitioner interactions: Impact on coordination of care and methodologic implications. *Am J Public Health.* 1979; 69: 1021-1024.

Tabla 1. Características de los pacientes al inicio del estudio

Edad (años)	68.59 (IC 95%, 66.62-70.56)
Sexo	91.4% hombres
IMC (kg/m ²)	30.47 (IC 95%, 29.24-31.7)
Nivel cultural	
Sin estudios	31%
Estudios primarios	41.4%
Estudios secundarios	20.7%
Estudios superiores	6.9%
Hábito tabáquico	
Nunca ha fumado	6.9%
Exfumador	63.8%
Fumador actual	29.3%
Nº cigarrillos/día	30.11 (IC 95%, 24.81-35.41)
Tiempo diagnóstico EPOC(años)	4.93 (IC 95%, 4.36-5.5)
Criterio de diagnóstico	
Espirometría	5.3%
Clínico	5.3%
Ambos	89.5%
Patrón espirométrico	
Obstructivo	52.6%
Mixto	8.8%
Restrictivo	31.6%
% FEV1	70.59 (IC 95%, 64.71-76.47)
Severidad	
Leve	41.8%
Moderado	40.0%
Grave	18.2%

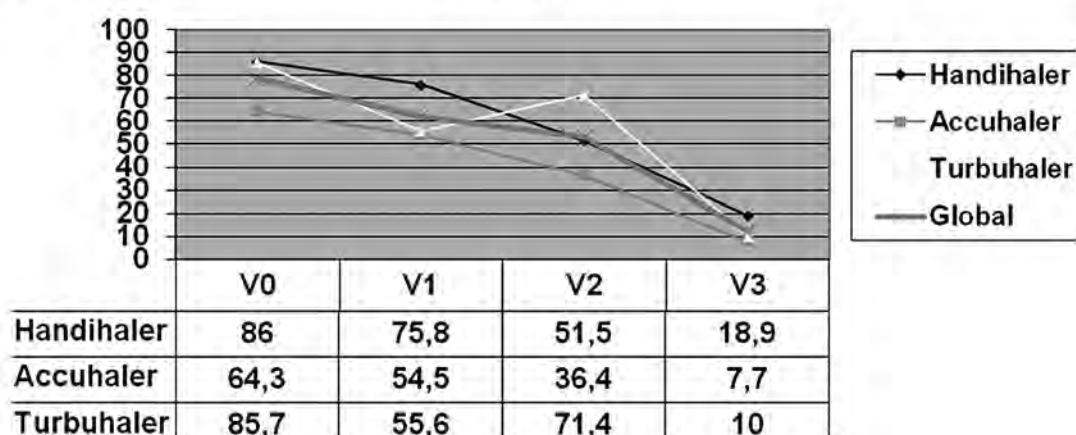
Gráfica 1. Evolución técnica inhalación a lo largo del estudio

Tabla 2. Evolución de errores e Importancia clínica del fallo (ICF) a lo largo del estudio

Dispositivo y Pasos de la Técnica (rango ICF)	% error V0	ICF V0	% error V1	ICF V1	% error V2	ICF V2	% error V3	ICF V3
Técnica errónea Handihaler	86		75.8		51.5		18.9	
Boquilla hacia arriba apretar el botón (2-3)	27.9	2 (83.33%) 3 (16.67%)	12.1	2 (100%)	9.1	2 (100%)	2.7	2 (100%)
Expulsar aire lenta y profundamente (2)	55.8	2	54.5	2	36.4	2	16.2	2
Aire en la boquilla (1-3)	23.3	1 (100%)	12.1	1 (100%)	0	NP	0	NP
Aspirar energicamente (1-3)	25.6	2 (100%)	24.2	2 (100%)	9.1	2 (100%)	2.7	2 (100%)
Aguantar respiración 8-10 seg (2)	51.2	2	30.3	2	12.1	2	8.1	2
Expulsar aire lentamente tras aspiración (NP)	44.2	NP	3	NP	0	NP	0	NP
Vaciado (1)	58.1	1	21.2	1	12.1	1	0	1
Técnica errónea Accuhaler	64.3%		54.5		36.4		7.7	
Abrir y cargar dispositivo (3)	7.1	3 (100%)	0	NP	0	NP	0	NP
Expulsar aire lenta y profundamente (2)	50	2	36.4	2	18.2	2	15.4	2
Aire en la boquilla (1-3)	14.3	2 (100%)	0	NP	0	NP	0	NP
Aspirar energicamente (1-3)	28.6	2 (100%)	18.2	2 (100%)	27.3	2 (100%)	15.4	2 (100%)
Aguantar respiración 8-10 seg (2)	28.6	2	36.4	2	18.2	2	7.7	2
Expulsar aire lentamente tras aspiración (NP)	28.6	NP	9.1	NP	0	NP	0	NP
Esperar al menos 30 segundos para una 2ª dosis (NP)	50	NP	9.1	NP	0	NP	0	NP
Técnica errónea Turbuhaler	85.7%		55.6		71.4		10	
Abrir y cargar dispositivo (3)	35.7	3 (100%)	0	NP	0	NP	0	NP
Expulsar aire lenta y profundamente (2)	78.6	2	55.6	2	42.9	2	100	2
Aire en la boquilla (1-3)	21.4	2 (100%)	0	NP	0	NP	0	NP
Aspirar energicamente (1-3)	15.4	3 (50%) 2 (50%)	33.3	2 (100%)	14.3	2 (100%)	0	NP
Aguantar respiración 8-10 seg (2)	42.9	2	11.1	2	14.3	2	0	2
Expulsar aire lentamente tras aspiración (NP)	14.3	NP	11.1	NP	0	NP	0	NP
Esperar al menos 30 segundos para una 2ª dosis (NP)	50	NP	0	NP	0	NP	0	NP

ICF: Importancia clínica del fallo: 1: Importancia clínica leve; 2: Importancia clínica moderada; 3 Error crítico; NP: no procede, no tiene repercusión clínica. Entre paréntesis % pacientes con esa ICF. V0: visita al inicio del estudio; V1: visita a los 3 meses; V2: visita a los 6 meses; V3: visita a los 12 meses.

Anexo 1. Tablas de verificación Técnica de Inhalación

Handihaler	Accuhaler
1.- Paciente incorporado o semiincorporado	1.- Paciente incorporado o semiincorporado
2.- Abrir dispositivo y colocar cápsula en vertical	2.- Abrir dispositivo y pulsar gatillo (click)
3.- Cerrar dispositivo (click)	3.- Expulsa aire lenta y profundamente
4.- Boquilla hacia arriba y apretar el botón	4.- Colocar labios en la boquilla, evitando poner lengua.
5.- Expulsar aire lenta y profundamente	5.- Inspirar profunda y energicamente
6.- Boquilla entre los dientes y cerrar labios, evitando poner lengua	6.- Mantener respiración unos 10 seg.
7.- Aspirar enérgica y profundamente	7.- Expulsar aire lentamente
8.- Aguantar respiración unos 10 seg	8.- Cerrar dispositivo
9.- Expulsar aire lentamente	9.- Esperar unos 30 seg para una nueva inhalación
10.- Vaciado del contenido. Repetir pasos 5 al 9.	
11.- Retirar la cápsula	

Turbuhaler
1.- Paciente incorporado o semiincorporado
2.- Abrir dispositivo
3.- Girar rosca en sentido contrario a las agujas del reloj y luego en sentido contrario hasta que haga "click"
4.- Expulsar aire lenta y profundamente
5.- Boquilla entre los labios, evitando poner lengua
6.- Aspirar enérgica y profundamente
7.- Aguantar respiración unos 10 seg
8.- Expulsar aire lentamente
9.- Esperar unos 30 seg para una nueva inhalación

ORIGINAL

¿Podemos evaluar y mejorar la asistencia a los diabéticos tipo 2?

López Robles F¹, Ortega Urbano F², Fons Cañizares S², Buendía Corró M², Rull Martínez M²

¹Médico de Familia. CS de Benaolán. AGS Serranía de Málaga

²Médico de Familia. Centro de Salud Ronda Norte. AGS Serranía de Málaga

RESUMEN

Título: ¿Podemos evaluar y mejorar la asistencia a los diabéticos tipo 2?

Objetivos: Valorar la atención al paciente con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y sus características sociodemográficas y clínicas. Comparar resultados con los obtenidos el año anterior.

Diseño: Estudio descriptivo transversal. Calidad.

Emplazamiento: Centro de Salud urbano.

Material y método: Población diana, 1.267 DM2. en 13 cupos médicos. Muestra, 112 diabéticos (IC 95%, riesgo alfa 0,05, precisión 4.8%). Muestreo aleatorio sistemático. Variables: edad, sexo, tabaco, HTA, obesidad, dislipemia, cardiopatía isquémica, ECV, arteriopatía periférica, retinopatía y nefropatía diabéticas. Indicadores: 9 del Proceso Asistencial Integrado DM2.

Intervenciones: Recogida de datos en Diraya. Análisis estadístico con SPSS 15.0. Exposición de resultados y debate en sesiones clínicas y posterior abordaje de líneas de mejora.

Resultados: Un 55% mujeres, media 66.2±7 años, comorbilidad elevada (HTA 76%, dislipemia 64,3%, tabaco 20%, cardiopatía isquémica 18% y, retinopatía y nefropatía diabéticas un 19% y 20%). Indicadores mejorados respecto al año anterior: solicitud de HbA1c, 63.1% a 83% (I.C.77.23-88.77), registro de HbA1c en proceso HbA1c, de 22.0% a 49.5% (I.C.42.60-55.39), registro pie diabético, del 15.6% a 41.1% (I.C. 33.9-48.3). Indicadores no mejorados: HbA1c <7.5 de 64% a 53.5% (I.C.46.81-50.21) y colesterol-LDL<100 mg/dl, 37% a 36,6% (I.C.29.40-43.85).

Conclusiones: Elevada comorbilidad y complicaciones, evidenciándose mejoras en el seguimiento de estos pacientes y empeoramiento del control metabólico. Los trabajos de Calidad son una herramienta de apoyo para la práctica asistencial y con ellos esperamos elevar la salud de nuestros pacientes.

Palabras clave: diabetes tipo 2, calidad asistencial, control metabólico, complicaciones.

SUMMARY

Title: Can we Better Manage Patient Care for Type 2 Diabetics?

Goal: Assess care for patients with Type 2 Diabetes (DM2), including their socio-demographic and clinical characteristics. Compare results with those obtained in the previous year.

Design: Descriptive, cross-sectional study. Quality.

Setting: an urban health center.

Methodology: Target population: 1,267 DM2 assigned to 13 medical doctors. Sample: 112 diabetics (CI 95%,

Correspondencia: Francisca López Robles
CS Benaolán
C/. Manuel Carrasco, s/n
29370 Benaolán (Málaga)
E-mail: lrf5252@telefonica.net

Recibido el 27-02-2012; aceptado para publicación el 22-01-2013
Med fam Andal. 2013; 1: 23-34

alpha risk 0.5, precision 4.8%). Systematic random sampling. Variables: age, sex, smoking, high blood pressure (HBP), obesity, dyslipidemia, ischemic heart disease, CVD, peripheral arterial disease, diabetic retinopathy and diabetic nephropathy. Indicators: score of 9 for DM2 integrated care process.

Interventions: Extract clinical data from the center's database (Diraya). Perform a statistical analysis with SPSS v.15.0. Present and debate results in clinical sessions. Discuss approaches for improving them.

Results: 55% were women with an average age of 66.2 ± 7 ; elevated co-morbidity (HBP 76%, dyslipidemia 64.3%, smoking 20%, ischemic heart disease 18%, diabetic retinopathy 19%, and diabetic nephropathy 20%). Indicators that showed improvement in comparison to those for the previous year: request for HbA1c, from 63.1% to 83% (C.I. 77.23-88.77), registration of HbA1c under process for HbA1c, from 22.0% to 49.5% (C.I. 42.60-55.39), registration of diabetic foot conditions, from 15.6% to 41.1% (C.I. 33.9-48.3). Indicators that showed no improvement: HbA1c < 7.5 from 64% to 53.5% (C.I. 46.81-50.21) and LDL cholesterol < 100 mg/dl, from 37% to 36.6% (C.I. 29.40-43.85).

Conclusions: Elevated degree of co-morbidity and complications. Evidence showed improvements in patient follow-up and deterioration in metabolic control. Quality-based research is a useful tool for reinforcing medical care practices and through it we hope to improve our patients' health.

Key words: type 2 diabetes, quality care, metabolic control, complications.

INTRODUCCIÓN

La DM2 supone el 80-90% de los casos de diabetes. Su frecuencia está aumentando en todo el mundo de forma acelerada. Si en 1.997 los datos de prevalencia se encontraban en torno a 124 millones de personas, se estima que en el año 2025 ésta llegará a 300 millones (1, 2, 3).

La prevalencia de DM2 en España en la población mayor de 30 años, se sitúa entre el 10 y el 15% de la población. (4) En Andalucía estimamos se encuentra cercana al 6%. Este explosivo crecimiento de la DM2, la OMS lo relaciona con el crecimiento y envejecimiento de la población, el incremento de la obesidad, hábitos erróneos de la alimentación y sedentarismo (2, 5, 6); así mismo ocurre con la emergente DM2 asociada a la obesidad en niños.

Es la sexta causa de muerte en España, principalmente por enfermedad cardiovascular. Esto se debe a la acción individualizada o conjunta de determinados FRV asociados a este proceso, como hipertensión arterial, dislipemia y obesidad. Todo esto lleva a que represente un problema personal, de salud pública y económico, de enormes proporciones (6, 7, 8).

Por ello, ante un paciente con DM2 daremos especial importancia a mantener un buen control metabólico y un tratamiento integral de todos los FRCV. Este tratamiento tendrá como primer objetivo conseguir unos niveles de glucosa en sangre normales y como segundo objetivo, niveles iguales o mejores que los de una persona no diabética de otros parámetros, como presión arterial, lípidos, peso, etc. (9, 10)

Conseguir un buen estado de salud en estos pacientes depende, de la administración pública, del equipo sanitario y del propio paciente diabético. Los pacientes que conocen bien su enfermedad, así como los beneficios de una buena adherencia al tratamiento, consiguen mantener un buen autocontrol mediante hábitos dietéticos saludables, ejercicio físico regular y medicación (11, 12).

La Asociación Americana de Diabetes (ADA) la define como un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por hiperglucemia, provocada por defectos en la secreción de insulina, en la acción de la insulina o en ambos mecanismos. (13)

Se caracteriza por ser prácticamente asintomática en fases iniciales, esto retrasa su diagnóstico. Hasta un 50% de personas con DM2 desconocen su diagnóstico y un 20% presentan signos de complicaciones en el momento del mismo, de ahí la necesidad de buscarla de forma específica en personas con riesgo. (14)

1. Objetivos de control en la DM2. ADA 2009 (13)

HbA1c *(%)	< 7
Glucemia basal y preprandial (mg/dl)	70-130
Glucemia postprandial (mg/dl)	< 180
Glucemia al acostarse (mg/dl)	100-140
Colesterol total (mg/dl)	< 200
LDL (mg/dl)	< 100
HDL (mg/dl)	> 40
Triglicéridos (mg/dl)	< 150
Tensión arterial (mmHg)	130/80
Consumo de tabaco	No

2. Criterios de calidad del Proceso Asistencial Integrado (15)

- Realización de cribado oportunista anual a las personas con los factores de riesgo recogidos en el proceso.
- A todos los pacientes con DM2 se les realizará, al menos, una determinación de HbA1c con carácter anual.
- Los pacientes con DM2 y sobrepeso u obesidad seguirán tratamiento con metformina.
- A todos los pacientes con DM2 se les realizará, con carácter anual, una exploración de pies y estudio de fondo de ojo.
- Todos los pacientes con DM2 con un alto Riesgo Cardiovascular recibirán tratamiento con ácido acetilsalicílico a dosis de 100-300 mg.

3. Intervenciones con eficacia demostrada en distintos trabajos

- Programas estructurados con intervención conjunta, educación grupal y ejercicio físico, mejoran el control metabólico, IMC, tensión arterial y perfil lipídico, aumentando el cumplimiento

dietético, del ejercicio y los autocontroles. Las motivaciones y actitudes de los diabéticos correspondientes a la valoración del control estricto de la enfermedad mejoran tanto con las intervenciones aisladas (educación grupal o ejercicio) como con la combinación de ambas. *(16)

- La individualización de los objetivos es el elemento clave que nos debe acompañar en la toma de decisiones. *(17)

– Para optimizar el cuidado de la población con DM2 en el ámbito de atención primaria, actualmente hay recursos bibliográficos suficientes, la mayoría gratuitos: revisiones sistemáticas o ensayos clínicos aleatorizados, y guías de práctica clínica internacionales o nacionales. *(18)

- El mayor beneficio para la prevención CV se obtiene con la intervención integral sobre todos los factores de riesgo, debiendo ser más estrictos en los objetivos de pacientes en prevención secundaria o con microangiopatía. (19)

– Un paciente activo e informado es el que entiende el proceso de la enfermedad, sabe cuál es su responsabilidad diaria en el cuidado de la misma, cuenta con el apoyo de su familia para ello y ve al profesional sanitario como una fuente de información y apoyo. Cuando los pacientes participan activamente en la toma de decisiones sobre el tratamiento de su enfermedad, los resultados que se obtienen son mejores. Un estilo de práctica participativo, en el que expresan sus opiniones sobre su enfermedad y las alternativas disponibles, o lo que se ha denominado «atención centrada en el paciente», que incorpora habilidades para el autotratamiento, serían elementos fundamentales para obtener buenos resultados. La coordinación asistencial puede mejorar el seguimiento de pacientes crónicos pero, para ello, los pacientes deben entender lo que representan las enfermedades crónicas e incorporar a su vida cotidiana las nuevas dimensiones que implica vivir con ellas. (20)

- La mejoría del control de la glicohemoglobina no se relacionó con el número de visitas realizadas, sino con el número de cambios en el tratamiento. Es necesario realizar visitas de «alto rendimiento» y evitar retraso en la toma de decisiones, con menos visitas y más cambios terapéuticos. (21)

4. Objetivos del trabajo

– Evaluar la calidad asistencial al paciente con diabetes tipo 2 en el Centro de Salud Ronda Norte durante el año 2009, comparar los resultados con los obtenidos en el trabajo de calidad del año anterior tras las propuestas de mejora planteadas.

– Refuerzo de los logros obtenidos manteniendo la estrategia de cambio para el éxito en la calidad asistencial DM2.

– Realizar nuevas propuestas de mejora en la asistencia a los pacientes incluidos en el proceso de Diabetes Mellitus en el Centro de Salud Ronda Norte.

SUJETOS Y MÉTODOS

1. Diseño del estudio.

El diseño corresponde a una evaluación de calidad asistencial de tipo descriptivo transversal. La población de estudio fueron los pacientes incluidos en el Programa de Diabetes Mellitus de un total de 1.267, se tomo una muestra aleatoria simple formada por 112 pacientes adultos (50 hombres y 62 mujeres), distribuidos en 13 cupos en el Centro de Salud Ronda Norte, Área Sanitaria Seranía de Ronda. El numero global de pacientes atendidos en este centro es de 17.273.

A todos los pacientes, aparte de las determinaciones sanguíneas de rutina que incluían un hemograma completo, glucemia basal, lipidograma, electrolitos, urea, creatinina y microalbuminuria, se les determinó HbA1c.

Como índices antropométricos se valoraron el peso e índice de masa corporal (IMC). Así mismo se valoró la presión arterial sistólica y diastólica (PAS y PAD).

La fuente de información fue la historia clínica informatizada (DIRAYA).

2. Población de estudio.

Pacientes diagnosticados de DM2 antes del 31 de julio del 2008 e incluidos en el Proceso Asistencial Integrado DM2 en el Centro de Salud Ronda Norte.

3. Sujetos a estudio.

3.1. Criterios de inclusión:

– Todos los pacientes con DM2 incluidos en el Proceso DM2 del Centro de Salud Ronda Norte.

3.2. Criterios de exclusión:

– Pacientes incluidos de forma errónea en el Proceso de DM2 (sin padecer diabetes).

– Pacientes con DM1.

– Pacientes en seguimiento por la Unidad de Diabetes del H.G.B. Serranía.

– Pacientes diagnosticados de DM2 en los últimos 6 meses.

– Pacientes desplazados temporalmente durante el periodo de estudio

– Pacientes fallecidos durante el periodo de estudio

4. Tamaño muestral.

Se determinó un tamaño muestral similar al del año anterior, un 10% del total de la población con diabetes tipo 2 del Centro de Salud Ronda Norte, 112 pacientes.

5. Período de tiempo

La duración del estudio es de 1 año, comprendido desde el 1 de febrero de 2009 hasta el 31 de enero de 2010; para la realización del fondo de ojo la duración ha sido de 2 años, comprendidos desde el 1 de febrero de 2008 al 31 de enero de 2010, dado que el Proceso Asistencial Integrado de la Consejería de Salud recomienda la valoración del estado de la retina en pacientes con bajo riesgo cada dos años.

6. Dimensiones a estudiar

Las dimensiones estudiadas corresponden a la calidad científico-técnica y adecuación.

7. Fuente de datos

Los datos han sido obtenidos del servidor del servicio de laboratorio del HGB Serranía, Servolab y del programa informático Diraya, dentro del cual

hemos revisado las historias digitales y el proceso de Diabetes. De la web del proceso integral de diabetes de la Junta de Andalucía se obtuvieron los referentes a la realización de retinografía y diagnóstico de retinopatía.

8. Tipo de datos

Los datos evaluados son todos de tipo proceso a excepción de la Hemoglobina glicosilada menor de 7.5 %, el LDL-colesterol menor de 100 mg/dl y MAU menor de 30 mg/dl, que son además de tipo resultado.

9. Recogida de datos

Se obtuvo un listado de pacientes con DM2 de cada cupo, incluidos en el Proceso Asistencial de DM2.

10. Proceso de datos

Para el procesamiento de los datos se ha usado el programa SPSS versión 15.0 para Windows. Los resultados fueron analizados por gráficos de control, obtenidos del Programa Word 2003 y Microsoft-Excell. Con el programa IQUAL versión 1.06 se obtuvo el Diagrama de Pareto o de Distribución ABC.

Se realizó un estudio descriptivo de las distintas variables cuantitativas (media/desviación estándar) y cualitativas (porcentaje/intervalo de confianza).

11. Profesionales o proveedores evaluados

Los profesionales evaluados son los/as médicos/as y los/as enfermeros/as pertenecientes al Centro de Salud Ronda Norte que realizan seguimiento a los pacientes diabéticos.

12. Criterios de calidad: definición y tipos

– Solicitud de HbA1c y su registro en el Proceso Asistencial de DM2: Siguiendo los criterios de calidad del Proceso Asistencial de DM2 que recomienda como mínimo una determinación anual, siendo necesario su registro dentro del mismo para un mejor seguimiento.

– HbA1c < 7.5%: Consideramos 7.5% como valor de corte por tratarse de un valor intermedio a

los establecidos por la ADA (inferior a 7%) y el Proceso Asistencial de DM2 (inferior a 8%).

– Solicitud de LDL en el último año: Importante para valorar el riesgo cardiovascular anual del paciente.

– LDL < 100 mg/dl: La ADA recomienda estos niveles en todos los pacientes con DM2.

– Prescripción de antiagregación: Siguiendo las normas de calidad incluidas en el Contrato Programa de la Consejería, se considera que cumplen criterios de antiagregación aquellos pacientes con DM2 y enfermedad cardiovascular conocida.

– Valoración del pie diabético y solicitud de retinografía: Para el diagnóstico, control y seguimiento de complicaciones el Proceso Asistencial de DM2 recomienda exploración anual de pie diabético y cada dos años del fondo de ojo o valoración por oftalmología si así procede.

– Determinación de MAO: El Proceso Asistencial de DM2 incluye determinación de albuminuria en los pacientes con DM2 para valorar la afectación microvascular a nivel renal y determinar así la presencia o no de Nefropatía diabética. El servicio de laboratorio del HGB Serranía, Servolab, establece 30 mg /dl como valor límite de normalidad.

Los criterios de calidad que se siguieron en este estudio fueron los mismos que se utilizaron en el estudio anterior salvo la determinación de MAO, que fue incluido en éste estudio como valor añadido. (Anexo 1).

RESULTADOS

El número total de la muestra objeto del estudio fue de 112 pacientes (62 mujeres y 50 hombres) con DM2, edad media aproximada de 66±7 años distribuidos entre los 13 cupos del Centro de Salud Ronda Norte. Los resultados obtenidos: (anexo 2)

- Solicitud HbA1c en el período de estudio: de 112 pacientes, se solicitó la Hb glicosilada en el último año a 93 pacientes (83%, IC 77.23-88.77).

- Registro de Hb A1c en el Proceso en el período de estudio: de 112 pacientes, la Hb glicosilada fue registrada en 55 pacientes (49.5%, IC 42.60-55.39).
- HbA1c < 7.5 %: presentan esta cifra < de 7.5% en su control metabólico 60 pacientes (53.5%, IC 46.81-50.21), pero no todos ellos tienen registrado el valor de la HbA1 en el proceso.
- Solicitud LDL-c en el período de estudio: de los 112 pacientes, se les solicitó el LDL-c en el último año a 102 (91.1%, IC 88.27-93.92).
- LDL-c < 100 mg/dl: 37 pacientes tenían un valor menor de 100 mg/dl (36.6%, IC 29.40-43.85).
- Solicitud de MAU en el periodo de estudio: de los 112 pacientes, se les solicitó MAU en el último año a 68 (60.7%, IC 54.45-66.94).
- MAU < 30 mg/dl: con valor menor de 30mg/dl, encontramos 66 pacientes (59.4%, IC 53.70-65.73).
- Prescripción de antiagregación: de la muestra 103 pacientes tenían criterios de antiagregación, lo estaban 58 (56.3%, IC49.76-62.84).
- Valoración pie diabético en el período de estudio: de los 112 pacientes, se les realizó valoración del pie diabético a 46 pacientes (41.1%, IC 33.90-48.30).
- Solicitud retinografía en los 2 últimos años anteriores al final del estudio: de los 112 pacientes, a 68 se les solicitó una retinografía o se les derivó a oftalmología para valorar el fondo de ojo (60.7%, IC 29.35-43.85).

Al realizar un estudio comparativo con los datos obtenidos el año anterior, apreciamos un incremento del seguimiento de estos pacientes y un descenso en aquellos parámetros que hacen referencia al control metabólico. (Anexos 3, 4).

El análisis pormenorizado por cupos nos ofrece una importante variabilidad en cuanto al incumplimiento de los criterios establecidos, siendo ésta más acentuada en los cupos compartidos por varios facultativo y/o varios enfermeros.

En el diagrama de Pareto (anexo 5), podemos apreciar que el parámetro de mayor grado de incumplimiento corresponde a los niveles de LDL-c<100 mg/dl seguido de los correspondientes a la solicitud de retinografía y exploración de pie diabético.

DISCUSIÓN

De los resultados obtenidos, se evidencia, una mejora significativa en el seguimiento de nuestros pacientes diabéticos, así como un incremento en el registro de los valores en el Proceso Asistencial de diabetes respecto al estudio anterior.

Hay que resaltar el porcentaje de diabéticos con HBA1 < 7.5% (53.2%), por debajo de los objetivos establecidos e incluso por debajo de los valores obtenidos el año anterior. De igual manera ocurre con los valores de LDL-C < 100 mg/dl (36.6%), que aparece en primer lugar en el diagrama de Pareto. Todo ello a pesar de un mayor seguimiento de estos pacientes, aumentamos los controles sin alcanzar los objetivos.

Se produce un incremento importante en la solicitud de Retinografía (36,6%) y pie diabético (41,1%), pero siguen estando infradiagnosticados ya que no se logra llegar al pacto de objetivos.

La prescripción de antiagregación en aquellos pacientes con criterio para ello, también se ha visto incrementada (56,3%), sin alcanzar el pacto de objetivos.

El registro de HBA1C en el proceso ha aumentado con respecto al año anterior aunque no todo lo que se esperaba, pudiendo deberse más a la falta de tiempo disponible en consulta que al desconocimiento del lugar de registro, ya que se han impartido varias sesiones de mejora reseñando la localización correcta de éste.

De los pacientes con criterios de antiagregación hay un 43,7% que no lo están, pudiendo deberse al desconocimiento de los criterios de antiagregación por parte de los profesionales, falta de consenso, intolerancia farmacológica, olvidos y miedo al riesgo sangrado entre otros.

La valoración del pie diabético ha presentado un incremento muy importante, del 15% al 41,1%

casi triplicando la cifra del año anterior, pero sin lograr el objetivo, establecido en el 50%.

La solicitud de Retinografía también ha aumentado de 17,1% a 36,5%, resultado aceptable aunque queda muy lejos del estándar del 50%. La principal causa de ello es la falta de control en la fecha de revisión, además requiere mucho tiempo para su solicitud (consentimiento, hoja de petición, información para el paciente). En el Diagrama de Pareto aparece en segundo lugar por lo que tendríamos que seguir reforzando su solicitud.

Podemos decir que el cribado de complicaciones crónicas sigue siendo insuficiente pero ha mejorado respecto al año anterior.

1. Propuestas de Mejora

Tras analizar las propuestas de mejora del año anterior, hemos sacado las siguientes conclusiones y propuestas:

- Escasa solicitud de parámetros analíticos y registro en Proceso. Para la mejora de este punto se propuso la realización de sesiones clínicas formativas y un plan de actuación pactado con el paciente en cuanto a fechas. Se ha visto un incremento del 20% aproximadamente, superando los objetivos establecidos. Proponemos continuar en esta línea y reforzar las medidas propuestas anteriormente. Sugerimos además que tras la solicitud analítica anual del paciente pida dos citas cuando venga a recoger resultados, así podríamos hacer entrevista motivacional y registrar correctamente en el proceso.
- Escaso control metabólico: Estos valores se han visto disminuidos; Las propuestas del pasado año fue la realización de charlas grupales a los pacientes, y sesiones clínicas de reciclaje en Diabetes y Factores de Riesgo Cardiovascular para los profesionales, objetivo que no se ha cumplido, pudiendo ser la causa de este fracaso. Además de cumplir estos objetivos se debe desmitificar el uso de insulina cuando no conseguimos un buen control con ADO y visitas programadas para

diabéticos con un tiempo de 15 minutos que nos permitan realizar una adecuada entrevista motivacional.

- Escasa exploración pie diabético: Se ha incrementado pero sigue siendo insuficiente. Las propuestas incluían, sesiones clínicas ilustrativas sobre exploración de pies y citas programadas en consulta de enfermería con una duración mínima de 10 minutos. Estas medidas no se llevaron a cabo, pensamos que serían efectivas y las ratificamos. Además proponemos la participación del paciente para el siguiente control, le recordamos fecha de la siguiente exploración que tendrá lugar junto con analítica anual. Resaltamos la importancia de la captación activa de estos pacientes por parte de enfermería. Otra propuesta sería incorporar un icono en el programa informático que alertase anualmente la exploración del pie.
- Escasa antiagregación en pacientes con criterios para ello: Se ha producido un incremento que relacionamos con las sesiones clínicas impartidas en el centro de salud. Proponemos repetirlas anualmente para reforzar esta práctica.
- Escasa solicitud de Retinografía. Las propuestas fueron: Informar al paciente de la importancia de la prueba, reducir papeleo para su solicitud y motivar al médico que la realiza a registrar el resultado en la historia digital. Estamos de acuerdo con todas estas medidas y además proponemos un icono en el programa informático que nos avise del nuevo control cada 2 años.

2. Conclusiones

Los datos del presente estudio han evidenciado una elevada comorbilidad y número de complicaciones entre los pacientes con DM2 del centro de salud Ronda Norte, mejoras en su seguimiento respecto al año anterior, probablemente como consecuencia de las medidas propuestas por nuestros compañeros, y un empeoramiento del control metabólico, pudiendo deberse a una mayor captación de pacientes diabéticos a lo largo del último año.

Es preciso reforzar todas las medidas propuestas en el estudio anterior con efecto positivo, poner en marchas las proposiciones de mejora que han surgido desde este estudio y felicitar a los profesionales por su esfuerzo en conseguir mejorar la calidad asistencial de estos pacientes.

Los trabajos de Calidad son una herramienta de apoyo para la práctica asistencial y con ellos esperamos elevar la salud de nuestros pacientes, reducir el impacto de la enfermedad, mejorar su calidad de vida, garantizar a los pacientes con diabetes una atención sanitaria basada en la estructuración del proceso asistencial desde la perspectiva de la continuidad asistencial como elemento de calidad integral, adecuar la oferta de servicios a las necesidades de la población de manera efectiva y eficiente y, promover y facilitar la formación continuada en DM para los profesionales de Atención Primaria. (22, 23)

BIBLIOGRAFÍA

1. King H, Aubert RE, Herman WH. Global Burden of Diabetes 1995-2025: Prevalence, Numerical Estimates, and Projections. *Diabetes Care*. 1998; 21:1414-1431,
2. Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global prevalence of Diabetes. Estimates for the 2000 year and projections for 2030. *Diabetes Care*. 2004; 27: 1047-53.
3. World Health Organization. Diabetes mellitus. The cost of Diabetes. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs236>.
4. Valdés S, Rojo-Martínez G, Soriguer F. Evolución de la prevalencia de la diabetes tipo 2 en población adulta española. *Med Clin (Barc)*. 2007; 129:352-5.
5. Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2004. Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en: <http://www.msps.es/organizacion/sns/informeAnualSNS/docs/analisisSituacion.pdf>
6. Oliveira G, Olvera P, Carral F, González-Romero S, Aguilar M, Soriguer F. Excess hospitalizations, hospital days, and inpatient cost among people with diabetes in Andalusia, Spain. *Diabetes Care*. 2004; 27: 1904-9
7. Moore H, Summerbell C, Hooper L, Cruickshank K, Vyas A, Johnstone P, et al. Dietary advice for treatment of type 2 diabetes mellitus in adults. *The Cochrane Database of Syst Rev*. 2004; CD004097.
8. Fox CS, Coady S, Sorlie PD, Levy D, Meigs JB, D'Agostino RB, et al. Trends in cardiovascular complications of diabetes. *JAMA*. 2004; 292: 2495-9.
9. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en diabetes del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Sanidad; 2007. p 42-45. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/cuidadospaliativos-diabetes/DIABETES/estrategia_diabetes_sistema_nacional_salud.pdf
10. Estudio INESME. Atlas de la organización y asistencia a las personas con diabetes en el Sistema Nacional de Salud. Año uno. 2007. Disponible en: <http://www.inesme.com/pdf/12noviembre07b.pdf>
11. Deakin T, McShane CE, Cade JE, Williams RD. Group based training for self-management strategies in people with type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005; CD003417.
12. Grupo de estudio para la diabetes en atención primaria de salud (GEDAPS). Guía para el tratamiento de la diabetes tipo 2 en la Atención. 4ª ed. 2004.
13. American Diabetes Association (ADA). Standards of medical care in diabetes 2009. *Diabetes Care*. 2009; 32: S13-61.
14. American Diabetes Association: Medical Management of Type 1 Diabetes. 5th ed. Alexandria, VA, American Diabetes Association, 2008
15. Consejería de Salud. Proceso Asistencial Integrado: Diabetes Mellitus tipo 2. Consejería de Salud. Sevilla: Junta de Andalucía; 2002.
16. Ariza Copado C, Gavara Palomar V, Muñoz Ureña A, Agüera Mengual F, Soto Martínez M, Lorca Serralta JR. Mejora en el control de los diabéticos tipo 2 tras una intervención conjunta: educación diabetológica y ejercicio físico. *Atención Primaria*. 2011; 43: 398-406.

17. Javier Díez Espino .Diagnóstico y control de la diabetes mellitus tipo 2. Atención Primaria. 2010; 42: 2-8.
18. Navarro Pérez J, Navarro Adam A, Orozco Beltrán D, Gil Guillén V, Carratalá Munuera C. Guías actuales de práctica clínica en la diabetes mellitus tipo 2: ¿cómo aplicarlas en atención primaria? Atención Primaria. 2010; 42 (Supl.1): 9-15.
19. Orozco Beltrán D, de la Sen Fernández C, Guillén, Gil Guillén V, Carratalá Munuera C, Navarro Pérez J. La diabetes mellitus y el riesgo cardiovascular. ¿Es necesario el tratamiento integral de la diabetes mellitus tipo 2 y los factores de riesgo cardiovascular? Atención Primaria. 2010; 42(Supl.1): 16-23.
20. Yáñez-Cadena D, Sarria-Santamera A, García-Lizana F. ¿Podemos mejorar el tratamiento y el control de las enfermedades crónicas? Atención Primaria. 2006; 37(Supl.4): 221-30.
21. Ortiz Tobarra M^aT, Orozco Beltrán D, Gil Guillén V, Terol Moltó C. Frecuentación y grado de control del paciente diabético tipo 2. Aten Primaria. 2008; 40(Supl.3): 139-44.
22. Thompson, Phillip C. Círculos de Calidad. Cómo hacer que funcionen. Primera Edición. Bogotá: Grupo Editorial Norma; 1994.
23. Seguí Díaz M, coord. La Mejora Asistencial al diabético. La calidad asistencial y los programas de mejora en diabetes. Madrid: Sociedad Española de Diabetes; 2009. Disponible en: [http://www.sediabetes.org/gestor/upload/SED_LaMejoraAsistencialDelDiabetico\(2\).pdf](http://www.sediabetes.org/gestor/upload/SED_LaMejoraAsistencialDelDiabetico(2).pdf)

ANEXO 1

Resultados obtenidos para cada criterio distribuido por cupos, la primera columna refleja la media.

CRITERIOS	CUMPLIMIENTO %	ESTANDAR %
SOLICITUD HBA1C PERIODO ESTUDIO	83% (77.23 - 88.77)	80%
REGISTRO DE HBA1C EN PROCESO DE DM	49.5% (42.60 - 55.39)	50%
HBA1C < 7,5	53.5% (46.81 - 50.21)	60%
SOLICITUD LDL-C ULTIMO AÑO	91.1% (88.27 - 93.92)	70%
LDL-C < 100	36.6% (29.40 - 43.85)	55%
SOLICITUD MAU ULTIMO AÑO	60.7% (54.45 - 66.94)	60%
MAU < 30	59.4% (53.70 - 65.73)	55%
PRESCRIPCION ANTIAGREGACION	56.3% (49.76 - 62.84)	60%
VALORACION PIE DIABETICO	41.1% (33.90 - 48.30)	50%
SOLICITUD RETINOGRAFIA 2 ULTIMOS AÑOS	36.6% (29.35 - 43.85)	50%

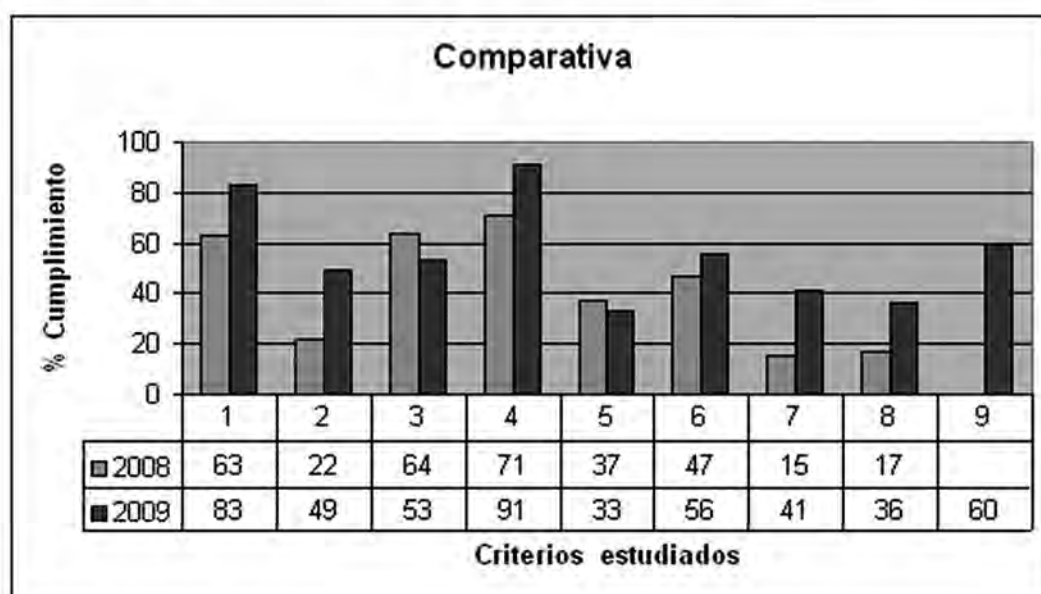
ANEXO 2

Estudio comparativo con los resultados obtenidos el año anterior. Los valores en negrita corresponden a los de ese año.

CRITERIOS	CUMPLIMIENTO 2008 / 2009 (Inter.Conf)	ESTÁNDAR (%)
SOLICITUD HBA1C PERÍODO DE ESTUDIO	63,1 / 83% (77.23-88.77)	80%
REGISTRO DE HBA1C EN PROCESO DM	22,0 / 49.5% (42.60- 55.39)	50%
HBA1C < 7,5	64 / 53.5% (46.81 - 50.21)	60%
SOLICITUD LDL-C ÚLTIMO AÑO	70,9 / 91.1% (88.27 - 93.92)	70%
LDL-C < 100	37,0 / 36.6% (29.40 - 43.85)	55%
PRESCRIPCIÓN ANTIAGREGACIÓN	47,1 / 56.3% (49.76 – 62.84)	60%
VALORACIÓN PIE DIABÉTICO	15,6 / 41.1% (33.90 – 48.30)	50%
SOLICITUD RETINOGRAFÍA 2 ÚLTIMOS AÑOS	17,1 / 36.6% (29.35 – 43.85)	50%

ANEXO 3

Tabla comparativa de los valores obtenidos en los dos años.



Criterios estudiados:

1-Solicitud HBA1C. 2-Registro HBA1C Proceso. 3-HBA1C < 7,5. 4-Solicitud LDL-c. 5-LDL-c < 100.

6-Prescripción antiagregación. 7-Valoración pie diabetico. 8-Solicitud Retinografia 2 últimos años. 9-Solicitud MAU

ANEXO 4

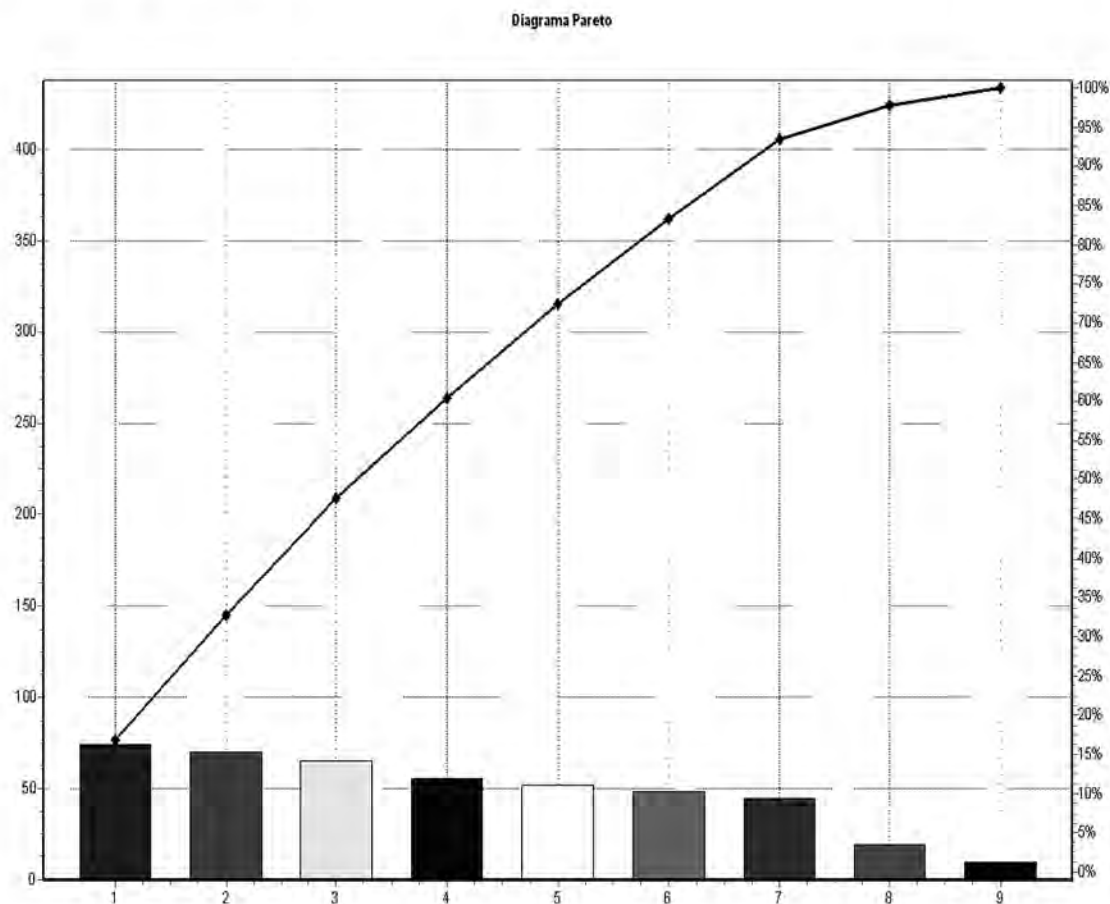
Diagrama de Pareto: seguimiento y control de pacientes con DM2 en centro de salud Ronda Norte 2009

Diagrama de no cumplimiento: (1) En primer lugar LDL-c<100, seguido de (2) solicitud de retinografía, (3) exploración de pie diabético, (4) registro de HbA1c en el proceso, (5) Hb A1c < 7.5, (6) prescripción de antiagregación con indicación, (7) solicitud de MAU, (8) solicitud de Hb A1c y por último (9) solicitud de LDLc

ANEXO 5

CRITERIOS	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	FORMATO	PROVEEDOR	EVIDENCIA
Solicitud Hb A1c	Hb A1c solicitada en el último año y recogida de la Historia Clínica Digital (hojas de consulta), del Proceso o de la página web del laboratorio.	Científico-técnica Adecuación	Hb A1c solicitada en el último año /total pacientes con DM2	Médico	Proceso Asistencial Integrado de DM. Consejería de Salud. SAS. Guía ADA
Registro de Hb A1c en el proceso	Hb A1c registrada en pacto de objetivos o seguimiento en el último año en el proceso de DM2.	Científico-técnica	Hb A1c registrada en el proceso en el último año/total de pacientes con DM2.	Médico	
Hb A1 c < 7.5	Hb A1c con valor inferior a 7.5mg/dl en los pacientes diabéticos que la tengan solicitada.	Científico-técnica Adecuación	Hb A1c <7.5mg/dl/ total pacientes diabéticos con HbA1c solicitada.	Médico	Estudio UKPDS Estudio DDCT
Solicitud de LDL-c	LDL-c solicitado en el último año y recogido de la Historia Clínica Digital (hoja de consulta, lista de problemas,...), del proceso o de la página Web del laboratorio del hospital.	Científico-técnica Adecuación	LDL-c solicitado en el último año/total de pacientes con DM 2.	Médico	Proceso Asistencial Integrado de DM. Consejería de Salud. SAS. Guía ADA
LDL-c < 100	LDL-c con valor <100 mg/dl en los pacientes diabéticos que lo tengan solicitado.	Científico-técnica Adecuación	LDL-c <100 mg/dl/ total de pacientes diabéticos con LDL-colesterol	Médico	Proceso Asistencial Integrado de DM. Consejería de Salud. SAS. Guía ADA
Prescripción de antiagregación plaquetaria	Prescripción de antiagregación plaquetaria (AAS 100-300mg, Clopidogrel 75mg, trifusal 150mg) en pacientes diabéticos con enfermedad cardiovascular o edad superior a 45 años y uno o más factores de riesgo*.	Científico-técnica Adecuación	Pacientes en tratamiento con antiagregación plaquetaria/ total de pacientes diabéticos-contraindicación de antiagregación-pacientes anticoagulados-pacientes pertenecientes a mutualidad	Médico	Proceso Asistencial Integrado de DM. Consejería de Salud.SAS. Guía ADA
Valoración de pie diabético	Pacientes a los que se les ha realizado la valoración del pie diabético en el último año y que aparece registrada en su Historia Clínica Digital o en el Proceso.	Científico-técnica Adecuación	Pacientes con valoración de pie diabético en el último año/ total de pacientes diabéticos.	Médico	Proceso Asistencial Integrado de DM. Consejería de Salud. SAS.
Solicitud de retinografía	Pacientes diabéticos a los que se les ha solicitado retinografía en los dos últimos años o ha sido derivado a oftalmología para realización de fondo de ojo.	Científico-técnica Adecuación	Pacientes con solicitud de retinografía o derivación a oftalmología para realización de FO en los dos últimos años/ total de pacientes con DM2	Médico	Proceso Asistencial Integrado de DM. Consejería de Salud. SAS.
Solicitud de MAU	Pacientes a los que se les ha determinado MAU en el último año	Científico-técnica Adecuación	MAU < 30mg/ml	Médico	Proceso Asistencial Integrado de DM. Consejería de Salud. SAS. Guía ADA

24. *Factores de riesgo definidos como tabaquismo (registrado en su historia), obesidad (IMC > 30), HTA (diagnóstico registrado en su historia o en tratamiento con antihipertensivos no prescritos por otras causas (microalbuminuria, cardiopatía,...) o dislipemia (diagnóstico registrado en su historia clínica digital o en tratamiento con estatinas)

ORIGINAL

Incapacidad temporal en la unidad médica de valoración de incapacidades en la provincia de Jaén

García González F¹, Fernández Chinchilla M^aT¹, Galiano Duro B¹, Mollinedo Sánchez M¹, Calle Ocaña AJ¹, Delgado Rodríguez M²

¹Inspector médico. Unidad Médica de Valoración de Incapacidades. Jaén

²Director Científico de CIBERESP. Universidad de Jaén

El trabajo obtuvo el primer premio en el congreso andaluz de la Inspección Médica celebrado en Sevilla los días 4, 5 y 6 de Junio de 2009.

RESUMEN

Título: Incapacidad Temporal en la Unidad Médica de Valoración de Incapacidades en la Provincia de Jaén.

Objetivos: Identificar las características de la población en incapacidad temporal (IT) de Jaén e identificar sus posibles determinantes.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Consulta de Unidad Médica de Valoración de Incapacidades (UMVI) de Jaén.

Población y muestra: Todos los pacientes en IT citados en la UMVI. Entre el 4 de Febrero y el 31 de Mayo 2008.

Intervenciones: Se recogieron datos administrativos, situación laboral, ocupación, régimen de la SS, prestaciones, diagnósticos, listas de espera y el dictamen final de UMVI.

Resultados: Hubo más mujeres de baja (55,2%), por contingencia común (86,9%), y la mayoría tenían

estudios primarios (44,12%). En el 57,6% de los casos el diagnóstico de IT fue de carácter osteoarticular/mental, y el 85,53% no estaban en lista de espera. La duración de la IT en el 92% de los casos fue superior a los estándares del INSS (media=201 días). Los predictores independientes fueron el sexo (menor en mujeres), el tipo de trabajo (mayor IT en industria/construcción y transportes), el nivel educativo (la mayor formación disminuyó la duración de la IT), el tipo de régimen (menor en el régimen general), el tipo de enfermedad (mayor duración en las lesiones) y la situación laboral (duración mayor en desempleados).

Conclusiones: Las variables sexo, régimen de afiliación a la SS, situación laboral, ocupación y nivel educativo influyen la duración de la baja.

Palabras clave: Sick leave (Incapacidad Temporal), Sickness absence, Absenteeism (Absentismo laboral).

SUMMARY

Title: Sick Leaves in a Medical Disability Evaluation Unit in Jaen Province.

Goal: To identify the characteristics of persons on short-term sick leave (STSL) in the Province of Jaen and their possible determinants.

Design: Descriptive cross-sectional study.

Setting: Jaen's medical disability evaluation unit (MDEU).

Population and Sample: All patients on STSL scheduled for an appointment in the MDEU between February 4 and May 31, 2008.

Correspondencia: Florentino García González

Delegación Provincial de Salud

Paseo de la Estación 15

Jaén 23008

E-mail: florentinoe.garcia@juntadeandalucia.es

Recibido el 9-1-2012; aceptado para publicación el 21-11-2012

Med fam Andal. 2013; 1: 35-46

Interventions: Data was gathered on the following: administrative information, employment situation, category of affiliation to the social security system, services provided, diagnoses, waiting lists and the MEDEU's final ruling.

Results: There were more women on sick leave than men (55.2%), for common contingencies (86.9%) and many of them had an elementary education (44.12%). In 57.6% of the cases the SHTL diagnosis was osteoarthritic or mental in nature and 85.53% of them were not on a waiting list. In 92% of the cases the length of the STSL was higher than the national social security system's standards (average 201 days). The independent predictors were sex (lower among women), type of work (higher STSL for jobs in industry, construction and transportation, educational level (time on leave was shorter among those with higher educational levels) category of affiliation to the social security system (lower among those in the category denominated "general," which applies to those who are self-employed), type of illness (injuries that last longer) and employment situation (longer among the unemployed).

Conclusions: Variables that influenced length of the sick leave included: sex, category of affiliation to social security, employment status, occupation, and educational level.

Key words: Sick leave; Sickness absence, Absenteeism.

INTRODUCCIÓN

El conocimiento acumulado sobre el problema permite afirmar que la IT, no es sólo una función del problema de salud específico que justifica la ausencia al trabajo, sino que también refleja la percepción subjetiva que tiene la persona de su propia salud, además de factores laborales y extralaborales (1). Numerosos estudios han puesto de manifiesto la estrecha relación entre la percepción de la salud y la forma de enfermar con aspectos económicos, sociales y culturales.

Los médicos de familia consumen parte de su tiempo en efectuar la renovación de partes de IT, pero esta cumplimentación de documentos no se rige en muchos casos por criterios clínicos (2) y es un engorro burocrático (3). Está claro que la IT es algo más que un problema de salud (4). La IT es un indicador directo del estado de salud de la población trabajadora y aporta información útil (5) y es una medida del uso de los servicios de salud y como causa de disminución de la productividad (6).

La IT genera un alto coste social y económico. En España se produjo un aumento progresivo e injustificado de la duración media de la IT, pasando de cifras que rondaban los 35 días en los 1980s hasta alrededor de 45 días en los 1990s (7). En los siguientes años hay una reducción de la duración media de la IT, para incrementarse de nuevo entre 2002 y 2006 (45-48 días), y volver a reducirse en 2007 a 37,6 días.

En la duración de los procesos de IT influyen, además del diagnóstico y la gravedad del cuadro, factores sociodemográficos, como el sexo, la edad, el estado civil, nivel de estudios, cuidado de hijos etc. En segundo lugar factores sociolaborales, como el grado de satisfacción en el trabajo, el tipo de trabajo etc., y factores sociosanitarios, como el tipo de modelo de atención primaria, los problemas de acceso a la atención especializada etc. (7,8).

Con el fin de contribuir a mejorar la gestión de la UMVI, a través de un mayor conocimiento de los diversos factores asociados a los procesos de IT, los objetivos de este trabajo son: identificar las características de la población en IT que ha sido evaluada en la Inspección Médica de Jaén, estimar la duración media de los procesos revisados e identificar sus determinantes.

SUJETOS Y MÉTODOS

Se ha realizado un estudio epidemiológico transversal durante los meses de febrero a mayo de 2008. Se cumplimentaron los cuestionarios de todos los pacientes que acudieron a la citación durante tres días (lunes a miércoles). No se predeterminó el tamaño de muestra, tan solo se estableció a priori, en comparación con otros estudios publicados, que la información de más de 1000 bajas sería suficiente.

La población de referencia ha sido toda persona registrada en los sistemas de información de la UMVI y que esté en situación de incapacidad laboral. Los criterios de inclusión fueron: a) estar en situación de incapacidad laboral; b) ser citado a reconocimiento médico en esta unidad; y c) presentarse a la cita. No hubo muestreo. El número total de pacientes seleccionados fue de 1065.

Cinco inspectores médicos adscritos a la UMVI de Jaén recogieron los datos. En cada cuestionario se recogían datos de tipo administrativo como: la identificación de la consulta, el DNI del encuestado, la fecha de nacimiento y la fecha de reconocimiento médico y el motivo de la citación. Las preguntas respecto a factores sociolaborales fueron: sexo, tipo de contingencia (enfermedad común, accidente no laboral, enfermedad profesional, accidente de trabajo), la situación laboral, ocupación, el régimen de afiliación a la Seguridad Social, nivel educativo. También se recogía si tenía el encuestado reconocida algún tipo de incapacidad permanente.

Las variables de tipo sanitario fueron: diagnóstico principal, diagnóstico secundario, duración del proceso respecto a estándares INSS (en estándar, mayor, menor), estar en lista de espera para atención especializada y si lo estaba, si se trataba de la 1ª visita o sucesivas y en qué servicio, estar en lista de espera para la realización de pruebas diagnósticas o terapéuticas (sí, no), el tipo de prueba que se le iba a realizar y si estaba en lista de espera quirúrgica (sí, no) y en qué servicio.

Por último, se recogía el dictamen resultado de la consulta: alta al médico de familia, alta por inspección, alta control INSS, alta por informe propuesta de incapacidad permanente, IT con revisión, IT sin revisión, reclamación estimada, reclamación desestimada.

Los datos se introdujeron mediante el programa EpiInfo 6.04. Desde allí se exportaron al paquete Stata 10/SE (College Station, Tx, EE.UU.), donde se depuraron antes de ser analizados.

Para la descripción de las variables se utilizaron los estadísticos habituales, distribución porcentual, media y desviación estándar. En la valoración de la duración media se utilizó en el análisis bivariable el análisis de la varianza de una vía, verificando la asunción de homocedasticidad o igualdad de varianzas en los distintos estratos.

En el análisis multivariable se utilizó la regresión lineal múltiple y el análisis de la covarianza. Para seleccionar los determinantes independientes de la duración de la baja se partió de un modelo escalonado hacia delante con criterio de entrada de $p < 0.2$ y de salida de 0.21. Luego, mediante una aproximación heurística se seleccionaron las variables que maximizaban la predicción, sin cambiar sustancialmente el valor de los coeficientes de cada una de las variables del modelo.

RESULTADOS

La descripción general de la población se realiza en la tabla 1. El 55,21% de las IT eran mujeres, la contingencia común (enfermedad común o accidente no laboral) representó el 86,93% de los casos, el 75,38% eran trabajadores activos y el 76,23% pertenecían al Régimen General de la Seguridad Social. No fue revisada ninguna enfermedad profesional. La ocupación predominante de los pacientes reconocidos fue la de los trabajadores de la industria/construcción/transportes con un 26,42%, seguida por el sector servicios con un 16,42%. Los trabajadores agrícolas representan el 9,72%. En cuanto al nivel educativo un 44,12% tenían estudios primarios y un 12,21% carecían de estudios.

A un 4,52% de los pacientes revisados en esta UVMi les había sido denegada con anterioridad una incapacidad permanente por el organismo competente (Equipo de Valoración de Incapacidades, EVI). En un 1,22% de los casos la incapacidad permanente estaba en trámite de resolución por el INSS y en un 1,41% sí la tenían reconocida.

La descripción de la población con respecto a variables de tipo sanitario se resume en la Tabla 2. Tanto el diagnóstico primario como secundario tienen en las enfermedades osteoarticulares la causa más frecuente de IT, seguido de los trastornos mentales. La suma de ambos grupos de enfermedades representó un 57,59% del total de diagnósticos de los pacientes revisados; las neoplasias un 4,79% y las enfermedades infecciosas un 1,31%. El 85,53% de los pacientes revisados no estaban en lista de espera para la realización ni de pruebas diagnósticas ni terapéuticas. Del 14,47% restante que estaba en espera de pruebas diagnósticas o terapéuticas, sólo el 4,99% estaban incluidos en lista de espera quirúrgica. Sin embargo, el 51,36% estaba pendiente de revisiones especializadas programadas. La duración del proceso de IT en el 92% de los casos tenía una duración superior al estándar propuesto por el INSS (Manual de Gestión de la Incapacidad). En cuanto a la resolución de la UMVI tras la visita, en el 27% continuó la IT, en el 22% de los casos se ordenó el alta al médico de cabecera, el 12,82% se resolvieron con alta por agotamiento de 12 meses "Control INSS", en el 12% de los casos fue la propia UMVI quien emitió el alta médica y se emitió "Alta por Informe Propuesta" en el 9,14% de los casos.

En la tabla 3 se expone la duración media de la IT respecto a variables sociodemográficas. La duración media de las IT de los pacientes reconocidos en la UMVI fue de manera global de 201 días (casi 7 meses) con una desviación estándar de 120 días y la media de edad fue de 47 años (DE 10 años). Las bajas más prolongadas corresponden a hombres, 236 días, dos meses superior al tiempo en IT en mujeres ($p < 0.001$). También son más largas en el grupo de edad de 21 a 30 años, aunque es el grupo de pacientes de 51 a 60 años el más frecuente, no encontrando ninguna diferencia estadísticamente significativa.

La duración de la IT es mayor en personas que carecen de estudios, 260 días (más de 8 meses). La duración media es menor a medida que aumenta el nivel de estudios, exceptuando el grupo de pacientes con estudios universitarios (titulados superiores), con una duración media similar a la presentada por pacientes con un nivel educativo correspondiente a enseñanza secundaria ($p < 0.001$). Personas afiliadas al régimen especial de trabajadores autónomos y

a otros regímenes, entre los que se incluyen los trabajadores agrícolas por cuenta ajena, tenían una duración superior del tiempo de IT al del grupo de personas afiliadas al régimen general ($p < 0.001$). La profesión con IT más prolongada correspondía a trabajadores de la agricultura, la industria y el comercio ($p < 0.001$). Los desempleados superaban a los trabajadores activos en 73 días (más de dos meses) en la duración total de la IT ($p < 0.001$).

En cuanto a las características del proceso, en la Tabla 4 se muestra que la duración de la IT fue superior en las personas con enfermedad común y accidente no laboral, 204 días y 200 respectivamente, no encontrándose significación estadística. También era mayor la duración media de la IT cuando se recogían dos diagnósticos (diagnóstico principal y secundario). No había diferencia en la duración media de la IT respecto al primer diagnóstico, tampoco respecto a la lista de espera quirúrgica y a la de espera para asistencia especializada.

El análisis multivariable (tabla 5) mostró una significación estadística en cuanto al sexo, teniendo los varones bajas más largas que las mujeres. En la ocupación, aparecen con significación estadística los auxiliares sanitarios, con 84 días menos de duración de IT y los ordenanzas con 90 días menos, tomando como referencia la duración de la IT en titulados superiores. Otras variables con diferencias estadísticamente significativas fueron: los trabajadores pertenecientes al régimen de general, con menor duración con respecto a los trabajadores autónomos; los trabajadores desempleados, con una duración superior de la IT a la de los trabajadores activos; y las enfermedades mentales, con una duración media de 26 días más con respecto a las enfermedades osteomusculares. Respecto a la edad no se encuentra diferencia significativa en cuanto a la duración media en ningún grupo etario.

DISCUSIÓN

Se trata de unos resultados que en nuestra experiencia son esperados en cuanto a las características de la población que estudiamos. La población es de características similares a lo publicado en cuanto al sexo, mayoría de población activa, con

enfermedad común como causa de IT, pertenecientes al régimen general de la seguridad social y con un trabajo perteneciente al sector industrial y de servicios y con un nivel educativo bajo.

Llama la atención el bajo porcentaje que representan los trabajadores agrarios por cuenta ajena, siendo Jaén una provincia eminentemente agraria. Al mismo tiempo destaca el alto porcentaje de autónomos en IT que representa un 15,53% mientras que en el régimen agrario fue de un 9,72%. La población activa de nuestra provincia según datos de SS en el año 2008 fue de 129.223 trabajadores afiliados al Régimen General, 40.445 afiliados al Régimen Especial de Trabajadores Autónomos (RETA) y 65.727 al Régimen Especial Agrario por Cuenta Ajena. El hecho de que se hayan citado a revisión mayor número de pacientes afiliados al RETA podría explicarse en parte por las prioridades fijadas en cada momento (Cita mensual) por la coordinación dentro del marco de objetivos anuales.

Que las enfermedades dominantes como causa de IT sean las del sistema osteoarticular y los trastornos mentales está ampliamente documentado a nivel general y que los procesos infecciosos representen sólo el 1,31% de los casos tampoco nos llama la atención debido a que en la UMVI suelen revisarse procesos de mediana y larga duración. En nuestra revisión no se detectó ninguna enfermedad profesional, lo que en nuestra experiencia era de esperar, el análisis de esta cuestión sería motivo de una nueva investigación.

Al estudiar la causa de la citación, carga de trabajo en la unidad, el principal motivo sería el estar incluido en alguno de los programas específicos recogidos en el plan anual de Inspección, tener una IT de larga duración y una serie de diagnósticos que desde la Consejería se han priorizado. Destaca el alto porcentaje de revisiones que se hace en la Unidad.

Hay que destacar que las propuestas de alta del INSS durante el periodo estudiado significan sólo un 1,41% del total de citaciones en esta unidad.

Las citaciones a petición de los facultativos de primaria representan un 6,29%, lo que parece una escasa demanda por varias razones. En primer lugar, son los médicos especialistas en medicina familiar y comunitaria los prescrip-

tores de la IT, por lo que su actuación debería ser nuestra principal fuente de información. En segundo lugar, son los que mejor conocen el entorno sociocultural del paciente y sus características personales. Y en tercer lugar, son los principales gestores del proceso de IT. Estas tres apreciaciones sobre el proceso de IT son la base de la actuación en UMVI, sin ella poca capacidad de maniobra resta para acometer la evaluación de una persona en IT. Estas cuestiones nos inclinan a pensar que debería de incrementarse la implicación del MF y la coordinación entre ambos estamentos (9).

Nos ha sorprendido que el 85,53% de los pacientes no se encontrara en lista de espera de pruebas diagnósticas ni terapéuticas. En nuestra experiencia no lo percibíamos así y lo publicado es que dos tercios de las bajas laborales corresponden a simuladores y a demoras en el acceso a atención especializada (10). Estos datos podrían indicarnos un alargamiento innecesario del proceso de IT, donde caben todas las teorías al respecto, subjetividad de la enfermedad, teoría de la falta de implicación del médico de primaria, teoría sociocultural de la IT, etc. Pero si además tenemos en cuenta que el 51,36% de los pacientes estaban pendientes de revisiones especializadas programadas, nos inclinamos a pensar en la falta de gestión del proceso de IT ya que el hecho de estar en espera de revisión, sea ésta programada o a demanda, no indica necesariamente la existencia de un proceso agudo que produzca un menoscabo laboral que justifique la permanencia en IT.

Un 43,82% de los casos se resolvieron como alta, bien a través del médico de familia o por emisión directa por parte de la UMVI, fuera ésta como alta laboral o alta por informe propuesta. Queremos destacar que en solo un 27% de los casos se emitió dictamen de permanencia en IT.

De acuerdo a variables de tipo social, en nuestro estudio llama la atención el que la duración media de la IT sea superior en 2 meses en los hombres, 236 días frente a los 173 días de las mujeres. Contrasta con lo aceptado bibliográficamente, ya que la mayor duración de los episodios de IT por contingencias comunes entre mujeres son hechos conocidos (11). La profesión más frecuentemente atendida en la UMVI fue el grupo de industria-construcción-transportes. El 44,12% de la población tenían es-

tudios primarios, y un 14.21% carecía de estudios, siendo estas personas las que tenían una duración media de la IT más prolongada, 260 días, seguidas del grupo con características opuestas, las personas con estudios universitarios, con una duración media de 201 días. Quizás esto podría explicarse por el tipo de diagnóstico de las enfermedades en el grupo de pacientes estudiado (enfermedades con una IT de duración media y larga).

Asimismo, la duración media de la IT fue superior en los grupos siguientes: edad de 21 a 30 años, situación laboral en el desempleo, régimen de la seguridad social autónomo y profesión agrario por cuenta ajena.

Fue inesperado el que la gran mayoría, un 95.01% de los encuestados, no se encontraban en lista de espera quirúrgica. Sí se esperaba que la mayoría de los procesos superaran los estándares del INSS (92.21%), lo que en principio sugiere la falta de utilización por parte del especialista en primaria del Manual de Gestión de la Incapacidad editada por el Instituto Nacional de Salud, documento consensuado entre las sociedades científicas y los distintos profesionales implicados (10), y también atribuible a una falta de formación de los profesionales sanitarios responsables de la prescripción de la prestación de IT (9). Aunque entendemos, y basándonos solamente en nuestra propia experiencia, esta falta de formación debería hacerse extensible al médico especialista que en no pocas ocasiones mediatiza la duración del proceso de IT.

La duración media de la IT fue superior en contingencias comunes, también cuando se recogían dos diagnósticos. El estar en lista quirúrgica influía en una IT 23 días más prolongada; si la espera era de asistencia especializada (consulta) la diferencia era de 10 días.

Al analizar los resultados hay que tener en cuenta una serie de limitaciones como es la ausencia de información de algunas variables predictoras de la duración de la IT, como la existencia de episodios previos de IT, la estabilidad laboral o el estado civil. Así mismo, por cuestiones de tiempo no se recogieron variables muy relacionadas con la duración del proceso de IT como consumo de tabaco, actividad deportiva, situación familiar y responsabilidad laboral.

No podemos comparar duraciones medias de IT y estadísticas afines puesto que este estudio

representa únicamente a las personas que acuden al control de la UMVI, por lo que habría que comparar con estudios similares realizados en otras unidades de inspección.

Pensamos que una limitación importante en este estudio ha sido en que unos días antes de comenzar el trabajo, el 18 de enero 2008, cambió la normativa, modificándose los artículos 128 y 131 bis de la Ley General de la Seguridad Social (Ley 30/2005 y Ley 40/2007) entrando en vigor a partir del día 4 de enero de 2008, esta normativa afecta el ámbito de actuación de la UMVI. A partir de ese día los procesos de más de 12 meses de duración pasaron a ser competencia de INSS y por lo tanto revisados por sus facultativos, por la Inspección Médica INSS, con lo cual el primer mes asistieron un número importante de pacientes en situación de IT sobre los que no se podía actuar al haber superado el periodo máximo de 12 meses. En nuestro estudio, en el 12.25% de los encuestados la resolución de UMVI fue "alta control INSS", lo que en este caso se trataría de un factor de confusión.

En cuanto a la variable "sexo" los estudios hablan de todo tipo de distribución. Unos encuentran una duración de la IT similar en ambos sexos, otros de mayor duración del sexo femenino y algunos que encuentran inversión del patrón cuando se excluyen ciertas variables que pudieran ser factores de confusión (7). En el presente estudio nos llama la atención que el sexo mujer se asocie a "mayor frecuencia" y "menor duración" de la IT.

Al igual que otros autores (12), no hemos encontrado asociación entre la edad y la duración de la IT. Coincidimos en que el bajo nivel de educación se asocia a una alta frecuencia de IT y una mayor duración del proceso de IT (13). Nuestros resultados indican una frecuencia muy superior (39.25%) de enfermedades musculoesqueléticas, lo que coincide con la mayor parte de publicaciones revisadas (14). Sí se ha encontrado una diferencia de duración de la IT con respecto al número de diagnósticos, siendo superior la duración media de la IT en 39 días cuando se recogían los diagnósticos primario y secundario. Llama la atención que cuando se recogían tres diagnósticos la duración media de la IT es inferior, 190 días, y similar cuando sólo se recogía el diagnóstico primario, 191 días.

Está demostrado que la prevalencia de IT es más alta en grupos de edad avanzada mientras que la

IT de corta duración es más común en grupos de corta edad (15). No coincidimos puesto que nuestros resultados expresan una alta frecuencia de IT en el grupo de 41-50 años (199 días de media) siendo similar a la del grupo de 51-60 años (196 días de media) y la duración de la IT es superior en el grupo de 21-30 años (224 días de media).

Así mismo, hubiera sido interesante en nuestro estudio cuantificar la diferencia de días en IT respecto a lo especificado en el Manual de Gestión de la IT del INSS estándares INSS. Siempre habrá una limitación en nuestro entorno (UMVI) a la hora de estudiar el fenómeno de la baja laboral debido al difícil acceso que hay a los episodios de IT de corta duración.

CONCLUSIONES

Las variables sexo, régimen de afiliación a la Seguridad Social, situación laboral, ocupación y nivel educativo, claramente influyen en la duración del proceso de IT y demostraron ser predictores de la duración del proceso de IT. La duración de la IT se incrementa cuando se identifican los diagnósticos, principal y secundario. Habría que determinar si demuestran la condición de predictores. El estar en lista de espera para atención especializada o terapéutica no es un factor que incida en la duración de la IT.

A efectos de duración de IT nuestro estudio no se puede extrapolar a la población en general, sólo identifica a las personas que son revisadas en la UMVI, siendo los factores sociodemográficos y sanitarios similares a lo publicado respecto a la población general en situación de IT.

La elevada duración media de los procesos de IT revisados en UMVI sugiere replantearse el momento en que interviene la unidad en el proceso de IT. La revisión de las fuentes de datos y la agilización del sistema de cita podrían igualmente ser revisados.

Entendemos que solo un acceso inmediato y en tiempo real al sistema o sistemas que recogen el tratamiento informático de los procesos de IT, facilitaría una intervención de la UMVI más rápida y eficiente, en definitiva una mejora continua hasta la plena implantación del soporte informático SIGILUM XXI.

Los elevados costes socioeconómicos de la IT justifican la necesidad de realizar nuevos estudios de similares características, ampliando el número de variables sociodemográficas y sociolaborales. Estos estudios facilitarían la identificación de subgrupos y población subsidiarios de control de la IT.

BIBLIOGRAFÍA

1. Benavides F, Sáez M, Barceló MA, Serra C, Mira M. IT: estrategias de análisis. *Gac Sanit.* 1998; 13: 185-190.
2. Trinchet Pupo H. Propuestas de mejora del modelo de Atención Primaria. *Todo Hospital.* 2008; 251: 609-619.
3. Moretó A, Sánchez M. Propuestas para mejorar la IT desde la perspectiva de atención primaria. *Cuadernos de gestión.* 2002; 8: 85-90.
4. Benavides F, Bolumar F, Mur P, Vioque J, Fernández E, Herrero JF, et al. La incapacidad laboral transitoria: una fuente de datos para el conocimiento del estado de salud de la comunidad. *Aten Primaria.* 2005; 36: 388-389.
5. Gallego I, García A, Maqueda J. Envejecimiento, mortalidad e incapacidad temporal. En: Gallego I, García A, Maqueda J. Envejecimiento poblacional y perfil de riesgo laboral. Madrid: Instituto de Salud Carlos III. Escuela Nacional de Medicina del Trabajo. Asepeyo Mutua de Accidentes de trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social nº 151. 2004. p.83-99.
6. Vahtera J, Kivimaki M, Pentti J. The role of extended weekends in sickness absenteeism. *Occup Environ Med.* 2001; 58: 818-822.
7. Royo-Bordonada MA. La duración de la Incapacidad Laboral y sus factores asociados. *Gac sanit.* 1999; 13: 177-184.
8. Knutsson Anders, Goine Hans. Occupation and Unemployment Rates as Predictors of Long Term Sickness Absence in Two Swedish Counties. *Soc Sci Med.* 1998; 47: 125-131.
9. Álvarez Theurer E, Vaquero Abellán M. Mejora continua de la calidad en una unidad médica

de valoración de IT. Med Segur Trab. 2007; LIII 207: 21-34.

10. Navarro Arribas C, Chicano Díaz S. La IT: hacia un modelo de gestión. Medifam. 2003; 13: 29-34.

11. Benavides F, Plana M, Serra C, Domínguez R, Despuig M, Aguirre S, et al. IT por contingencia común: papel de la edad, el sexo, la actividad económica y la comunidad autónoma. Rev Esp Salud Pública. 2007; 81: 183-190.

12. Eriksen W, Bruusgaard D, Knardahl S. Work factors as predictors of sickness absence: a three month prospective study of nurses aides. Occup Environ Med. 2003; 60: 271-278.

13. Ala-Mursula I, Vahtera J, Kivimäki M, Kevin MV, Pentti J. Employee control over working times: associations with subjective health and sickness absences. J Epidemiol Community Health 2002; 56: 272-278.

14. Heijbel B, Josephson M, Jensen I, Vingard E. Employer, Insurance, and Health System Response to Long-Term Sick Leave in the Public Sector: Policy Implications. J Occup Rehab. 2005; 15: 167-176.

15. Anders K, Going H. Occupation and unemployment rates as predictors of long term sickness absence in two swedish counties. Soc Sci Med. 1998; 47: 25-31.

TABLA 1. Descripción de la población de acuerdo a variables de tipo social.

VARIABLES	Nº (%)
Sexo	
Mujeres	588 (55.21)
Hombres	477 (44.79)
Tipo de contingencia	
Enfermedad Común	918 (86.93)
Accidente no laboral	98 (9.8)
Accidente de trabajo	40 (3.98)
Situación laboral	
Activos	799 (75.38)
Fijo discontinuo	6 (0.57)
Paro	255 (24.06)
Régimen de afiliación a la Seguridad Social	
Régimen General	805 (76.23)
Autónomos	164 (15.53)
Otros	87 (8.24)
Ocupación	
Industria – Construcción y Transportes	280 (26.42)
Servicios	174 (16.42)
Agricultura	103 (9.72)
Venta	100 (9.43)
Administrativos y Auxiliares administrativos	94 (8.87)
Enfermeros	85 (8.02)
Auxiliar Sanitario	73 (6.89)
Ordenanza	47 (4.43)
Docencia	39 (3.68)
Otros	36 (3.40)
Titulados superiores	29 (2.74)
Nivel educativo	
Estudios primarios	469 (44.12)
Estudios universitarios	171 (16.09)
Sin estudios	151 (14.21)
Formación profesional primer grado	99 (9.31)
Estudios secundarios	93 (8.75)

TABLA 2. Descripción de la población de acuerdo a variables de tipo sanitario.

VARIABLES	Nº (%)
Tipo de enfermedad (diagnóstico principal) n= 1065	
Enfermedad osteoarticular	418 (39.25)
Trastorno mental	195 (18.31)
Lesiones	105 (9.86)
SNC	65 (6.10)
Aparato circulatorio	61 (5.73)
Cáncer	51 (4.79)
Gestación	23 (2.16)
Respiratorio	23 (2.16)
Tipo de enfermedad (diagnóstico secundario) n= 323	
Enfermedad osteoarticular	145 (44.89)
Trastorno mental	61 (18.89)
Lesiones	23 (7.12)
SNC	19 (5.88)
Endocrino	10 (3.10)
En lista de espera quirúrgica	
No	1010 (95.01)
En lista de espera para especialista	
Sí	547 (51.36)
En lista de espera para pruebas diag / terap.	
No	910 (85.53)
Duración de la IT respecto a estándar INSS	
Más duración	904 (92.21)
Menor duración	82 (7.79)
Bien	67 (6.36)
Dictamen UMVI	
Continuación en IT	443 (41.75)
Alta Médico de Familia	238 (22.43)
Alta control INSS	136 (12.82)
Alta UMVI	130 (12.25)
Alta propuesta Incapacidad Permanente	97 (9.14)

TABLA 3. Duración media de la IT según características sociodemográficas.

VARIABLE	MEDIA	DESV. ESTÁNDAR	N	p
Sexo				<0.001
Varón	236	110	477	
Mujer	173	121	588	
Edad				0.4914
< 20 años	168	144	6	
21 - 30 años	224	114	69	
31 - 40 "	199	115	187	
41 - 50 "	199	124	327	
51 - 60 "	196	122	378	
> 60 "				
Nivel educativo				< 0.001
Sin estudios	260	89	151	
Primarios	227	118	469	
Secundarios	206	113	93	
FP1	140	116	99	
FP2	139	106	80	
Universitario corto	115	90	125	
Universitario largo	201	139	46	
Régimen S.S.				< 0.001
Autónomo	256	102	164	
General	183	119	805	
Otros	260	110	87	
Ocupación				< 0.001
Agricultura	262	113	103	
Indust.-const.-transp.	250	99	280	
Venta	243	104	100	
Otros	213	105	36	
Docencia	203	108	39	
Servicios	197	118	174	
Titulado superior	178	134	29	
Administrativo	165	110	94	
ATS / T. Social	100	88	85	
Aux. Sanitario	88	84	73	
Situación laboral				< 0.001
Activo	183	119	799	
Desempleado	256	105	255	

TABLA 4. Duración media de la IT según características del proceso.

VARIABLE	MEDIA	DESV. ESTANDAR	n	p
Contingencia				0.039
Enfermedad común	204	122	918	
Accidente no laboral	200	107	98	
Accidente laboral	154	115	40	
Nº diagnósticos				< 0.001
1 diagnóstico	191	119	741	
2 “	230	120	285	
3 “	190	109	34	
Tipo enf. 1º diagnóstico				0.973
Osteoarticular	199	120	418	
Lesiones	204	112	105	
Enfermedad mental	201	126	195	
Otras	202	126	347	
Lista espera especialista				0.1524
Si	196	117	547	
No	206	123	518	
Lista espera cirugía				0.1747
Si	223	105	53	
No	200	121	1010	

TABLA 5. Análisis multivariable de la duración de la IT

Variable	Coficiente (β)	EE (β)	Valor P
Sexo (ref.: mujeres)			
Varones	31.20	7.90	< 0.001
Ocupación (ref.: titulados superiores)			
Docencia	21.31	25.57	0.405
ATS – T. Social	-60.86	22.35	0.007
Aux. Sanitario	-84.42	23.29	<0.001
Agricultura	10.88	29.73	0.714
Venta	10.94	23.89	0.647
Administrativos y Aux.	-32.46	22.53	0.150
Industria – Construcción y transportes.	4.48	22.68	0.843
Servicios	-21.94	22.96	0.339
Ordenanza	-89.93	25.85	0.001
Otros	.9327	26.91	0.972
Nivel educativo	-13.89	2.74	< 0.001
Régimen (Ref.: Autónomo)			
Régimen general	-38.64	9.97	< 0.001
Otros regímenes	-29.08	23.28	0.212
Edad (continúa)	-.54	.33	0.105
Situación laboral	31.21	8.73	< 0.001
Enfermedad (Ref.: osteomusculares)			
Lesiones	4.64	11.45	0.685
Mentales	26.01	9.33	0.005
Otras	8.70	7.65	0.256

SIN BIBLIOGRAFÍA

De dolor abdominal

Padilla Del Campo C¹, Fernández Martín E², Ruiz Ortiz M³S³, Andrade Juárez JA⁴

¹Médica de Familia. CS Almería

²Médica residente 4º año MFyC. CS La Gangosa. Almería

³DUE. CS Aguadulce. Almería

⁴Médico de Familia. CS La Gangosa. Almería

Nos encontramos con una paciente mujer de 74 años, con antecedentes personales en estudio por urticarias, alopecia y en tratamiento para la depresión, con Fluoxetina.

Como antecedentes personales: neoplasia de colon transverso en 1999 con intervención quirúrgica hemicolectomía. Última revisión en 2010 en oncología digestiva quienes dieron el alta.

El 23 de Octubre de 2011 consulta por duelo patológico de más de un año de duración. Su esposo falleció hace 9 meses y no supera la pérdida. Se pauta tratamiento con antidepresivos, y la paciente se controla y mejora bastante.

El 22 de Agosto 2011 tuvo una enterocolitis que cedió a los pocos días.

El 26 de Junio 2012 litiasis renal que le llevo a urgencias del hospital por cólico nefrítico. En las pruebas complementarias aparecen cristales de oxalato en orina e infección urinaria. Mejoró con tratamiento antibiótico y analgésico.

El 2 de Julio de 2012 acude por molestias abdominales, pérdida de peso de 6 kilos en 2 meses y medio e hiporexia. Sensación nauseosa con los alimentos. No molestias a la micción ni otros síntomas.

Refiere que estaba tomando Fluoxetina 20 mgrs y que lo dejó de tomar de forma brusca, en lugar

de paulatinamente. Por lo que atribuye a esto los síntomas que padece.

Exploración física:

Buen estado general, normo coloreada, bien perfundida e hidratada, no ictericia.

Acp: normal.

Abdomen: blando, depresible, no masas ni megalias, doloroso a la palpación en región epigástrica, puño percusión renal derecha positiva, sin dolor a la palpación en el trayecto renoureteral.

Pruebas: Se solicita análisis de orina, urocultivo, analítica completa y se deriva a digestivo para reevaluarla.

Diagnostico: síndrome constitucional en paciente oncológica, y cólico nefrítico en estudio.

Tratamiento: Paroxetina, rabeprazol 20 mgrs, paracetamol 650mg, metamizol, metoclopramida comprimidos.

31 de Julio 2012: Informe clínico digestivo:

Pruebas complementarias: eco endoscopia-PAFF: se introduce el ecoendoscopio hasta la segunda porción duodenal, según protocolo de exploración habitual, vesícula distendida de paredes normales y con material ecogénico en su interior sugerente de barro biliar. Vía biliar intra y extra hepática no dilatada.

En cuerpo pancreático se observa LOEa hipocogénica e irregular de 5x6cm de diámetro, en contacto con pared gástrica, pequeñas laminas de liquido libre a este nivel, se realiza PAFF sin complicaciones inmediatas.

Adenopatías peripancreáticas y en área del Tronco Celíaco. Dos LOEs de aspecto metastásico.

Correspondencia: Carmen Padilla del Campo
CS Almería
C/ San Leonardo, 7
04001 Almería
E-mail: carmen.padi@hotmail.com

Recibido el 17-10-2012; aceptado para publicación el 13-12-2013
Med fam Andal. 2013; 1: 47-49

Juicio clínico: neoplasia de páncreas estadio IV con metástasis hepáticas.

Se interconsulta con el psicólogo de hospital, quien indica a la familia que aconseja que la paciente no sepa nada de su enfermedad. Pacto de silencio.

Tratamiento: metamizol, paracetamol, metoclopramida, fentanilo parches 25mcg y revisión en consultas externas de paliativos con quienes contactan.

Según la revisión del PAI de Cáncer de colon:

Todos los pacientes con cáncer colorrectal deberían ser valorados por una Comisión de tumores específica y establecer las recomendaciones, vinculación sobre tratamiento y seguimiento, ya que está demostrada la obtención de mejores resultados facilitando un mejor abordaje diagnóstico y terapéutico de la patología.

Se deberá realizar un estudio personalizado, en función del estadiaje de la enfermedad, las características clínicas específicas del paciente, y resultados del Estudio de extensión tumoral. Así mismo se definirán las opciones terapéuticas que se ofertarán al paciente, dejando constancia en su Historia de Salud.

En estos casos de investigación de familiares, de carcinoma de colon, es recomendable:

- Recoger en la historia clínica la eventual presencia de antecedentes familiares de cáncer colorrectal o adenomas colorrectales avanzados en 2 ó 3 generaciones.
- Identificar el número de familiares afectados, el grado de parentesco y la edad en el momento del diagnóstico del cáncer colorrectal ya que estos datos determinarán la estrategia de cribado que se seguirá.

Recomendaciones de cribado basado en colonoscopia: Grado de recomendación B Recomendable (al menos moderada evidencia de que la medida es eficaz y los beneficios superan a los perjuicios).

- Los individuos con 2 o más familiares de primer grado (padres, hermanos e hijos) con una neoplasia colorrectal son tributarios de cribado

cada 5 años a partir de los 40 años de edad (o 10 años antes de la edad de diagnóstico del familiar afecto más joven, lo primero que ocurra).

- Cuando hay únicamente un familiar de primer grado afecto de neoplasia colorrectal, el riesgo está condicionado por la edad en el momento del diagnóstico. El cribado debe realizarse a partir de los 40 años. Si la edad de diagnóstico del familiar fue antes de los 60 años de edad debe realizarse cada 5 años y si igual o superior a 60 años el cribado se realizará cada 10 años.

- Cuando los antecedentes de neoplasia colorrectal se hallan limitados a familiares de segundo grado (abuelos, tíos y sobrinos), el cribado recomendado dependerá exclusivamente del número de familiares afectados. En los individuos con 2 o más familiares afectados, el cribado se iniciará a los 40 años de edad, repitiéndolo cada 10 años. Si sólo existe un familiar en segundo grado afecto se seguirán las recomendaciones existentes en la comunidad para la población de su edad.

- Si los familiares son en tercer grado (bisabuelos y primos) se seguirán las recomendaciones existentes en la comunidad para la población de su edad.

En nuestro caso, no nos consta si la paciente tuvo familiares afectados de dicha enfermedad. La paciente no lo recuerda.

Se debe realizar por parte de los especialistas de Oncología Digestiva, un informe de alta (Informe Único de Alta) que incluirá el plan de cuidados, plan de tratamiento, recomendaciones para el autocuidado, vida saludable y reducción del riesgo: Se le entregará a la paciente en el momento del Alta hospitalaria.

Se garantizará la transmisión de información entre diferentes ámbitos de atención, existiendo un procedimiento estandarizado para la comunicación al Alta.

Se informará verbalmente al paciente y /o familia de los contenidos del Informe Único de Alta, comprobando la comprensión de los mismos, reforzando los aspectos relacionados con el seguimiento y la adhesión al tratamiento.

Se evaluará el estado clínico del paciente mediante:

- Exploración clínica.
- Supervisión de la administración de tratamiento.
- Diagnóstico y tratamiento de las posibles reacciones adversas que puedan surgir durante la administración.
- Resolver y tratar los efectos secundarios posibles de los tratamientos recibidos.
- Facilitar la cita para la continuidad del esquema terapéutico, solicitando analíticas precisas.

Es decir, debemos hacer seguimiento con analíticas y radiografías, así como controles anuales durante 3 años hasta ver que está libre de enfermedad. Posteriormente controles habituales del Centro de Salud de carácter preventivo en todos los ámbitos de la vida del individuo.

Conclusiones: debe realizarse un seguimiento de los pacientes intervenidos de una neoplasia, tal como lo indica PAI de Cáncer de colon. Debe ser anual, con analíticas y radiografías, en caso necesario.

Este caso es presentado como de interés médico debido a que han transcurrido muchos años desde la intervención de la tumoración de colon, y es natural que las familias y la propia paciente se hayan “relajado” con respecto al seguimiento que debía tener.

Si se le añade que la paciente no ha tenido clínica de ningún tipo hasta la fecha, pues no habría razones para tener que realizar seguimiento. Sin embargo la experiencia indica que sí, que se debe realizar un mínimo seguimiento aunque la paciente se encuentre en perfecto estado de salud.

En el caso de esta paciente hasta pasados 13 años no debutó con estas molestias en 2012 por lo que no se pudo predecir la evolución de la

enfermedad, ni era previsible. Pero si debemos de tenerlo en cuenta y realizar un mínimo de seguimiento anual.

Nuestra paciente acudió en verano, porque tenía dolor abdominal difuso y una pérdida ponderal de 6 kilos en dos meses y medio. Época estival en la que es muy habitual pérdida de peso, debido a que con el calor las personas mayores comen menos y tienden a estar más delgados, incluso a tener pérdidas de peso.

Cuando acudió a su centro de salud ya estaba la enfermedad muy avanzada y debutó como un carcinoma de páncreas que no de colon, que era el que había sufrido años atrás.

No era posible un mayor seguimiento de esta paciente, fue el adecuado a su edad como paciente anciano frágil.

De todos modos no debemos olvidar que cualquier signo o síntoma por pequeño que nos parezca debe ser estudiado y analizado en este tipo de pacientes.

Así mismo, si que deberíamos hacer hincapié en tener una analítica anual como control general de la paciente, y en pacientes de estas características en general, ya que aunque a lo mejor el desenlace hubiera sido el mismo, si es cierto que quizás pudiéramos haberlo retrasado.

Actualmente la paciente está en tratamiento por el Equipo de Paliativos, con parches de Fentanilo 100 mcg que han ido en aumento, así como tratamiento para la depresión que ha empeorado. Está mucho más delgada por la anorexia acusada que presenta y aunque permanece totalmente consciente de todo lo que sucede a su alrededor, es cierto que no sabe realmente lo que sucede y no tiene conocimiento de enfermedad grave.

ARTÍCULO ESPECIAL

Manejo urgente de las arritmias cardíacas en Atención Primaria

Morillo Vázquez A¹, Moreno Ramírez F²

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

²Enfermero Dispositivo de Apoyo. Distrito Sanitario Aljarafe (Sevilla)

INTRODUCCIÓN

La arritmia cardíaca se define como la alteración del ritmo cardíaco establecido como normal entre 60 y 100 latidos por minutos (lpm). Si la frecuencia cardíaca es menor a 60 lpm será una bradicardia y si es mayor a 100 lpm, una taquicardia.

En el ámbito de las urgencias extrahospitalarias no hay estudios relevantes sobre su prevalencia, si bien suponemos que respecto al volumen de patología atendida en este ámbito, debe ser escasa; en cuanto a las emergencias extrahospitalarias, hay un estudio que sitúa la prevalencia las arritmias cardíacas atendidas en 2008 en el 3.2% (1).

La arritmia más frecuente es la fibrilación auricular. La prevalencia de fibrilación auricular en los diversos estudios varía según el ámbito sanitario en el que se haya realizado la investigación, oscilando entre el 0,7 y el 17,6%, aunque la mayoría de estos se mueven entre el 2 y el 4%. (2,3)

En las consultas de atención primaria, el estudio Val-FAAP la sitúa en el 6.1% (4).

La prevalencia de las otras dos taquiarritmias supraventriculares más importantes, el flutter auricular y la Taquicardia Paroxística Supraventricular (TPSV), es mucho más baja. La incidencia del flutter auricular en un estudio norteamericano fue de 88 por 1.000.000 de personas/año (5). En

cuanto a la TPSV, en el único estudio poblacional disponible en USA, la prevalencia fué de 2,25 casos por 1.000, con una incidencia de 35 casos por 100.000 personas/año (6).

Con el presente documento proponemos sistematizar la actuación inicial ante todo paciente que atendamos con una arritmia cardíaca, la lectura calmada del electrocardiograma para orientar el caso a la entidad etiológica más probable, minimizar la incertidumbre, quitarnos el miedo a enfrentarnos a una arritmia cardíaca y dar algunas pautas del manejo inicial explicando de un modo claro y conciso qué debemos o qué no debemos hacer en el ámbito de la urgencia extrahospitalaria, hasta su derivación o no a un Servicio de Urgencias del Hospital. Por último, recordamos algunos aspectos a considerar sobre la cardioversión eléctrica sincronizada (CVES).

ACTUACIÓN INICIAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Si atendemos en nuestro medio a un paciente con sospecha de alteración del ritmo cardíaco, debemos sistematizar nuestra actuación para evitar pasar por alto aspectos esenciales del diagnóstico y tratamiento. Habitualmente, el manejo de los trastornos del ritmo cardíacos en nuestro medio no es complicado ya que suelen ser bien tolerados, pero precisamente por su escasa prevalencia como hemos visto antes y por ser potencialmente graves, debemos llevar a cabo una serie de actuaciones comunes para evitar las complicaciones y actuar precozmente en el caso que se presenten.

Las actuaciones que debemos realizar para orientar inicialmente el diagnóstico, tener una idea

Correspondencia: Álvaro Morillo Vázquez
Consultorio Umbrete
C/ Francisco Pacheco, 2
41806 Umbrete (Sevilla)
E-mail: amorillo2012@gmail.com

Recibido el 15-01-2013; aceptado para publicación el 12-02-2013
Med fam Andal. 2013; 1: 50-60

global de la situación clínica y decidir la mejor opción de tratamiento, son las siguientes:

1. REALIZAR UN ELECTROCARDIOGRAMA DE 12 DERIVACIONES.

El electrocardiograma (ECG) es *fácil* de interpretar si se sigue una *sistemática* y se lee *detenidamente*. Así pues debemos tomarnos nuestro tiempo para ver el ECG con calma y valorar los siguientes aspectos:

- si el ritmo es rápido o lento.
- si el ritmo es regular o irregular.
- si el QRS es estrecho o ancho.
- la presencia o no de ondas "p".
- la relación p/QRS.

La respuesta a las cinco cuestiones previas orientará la arritmia a la entidad etiológica más probable, como veremos después.

2. MONITORIZAR LAS CONSTANTES VITALES.

Es especialmente importante monitorizar todas las constantes vitales posibles a nuestro alcance, como la tensión arterial, la saturación de oxígeno, la frecuencia cardíaca (FC) y la frecuencia respiratoria así como vigilar la perfusión tisular (relleno capilar, color de la piel) para detectar precozmente los signos de bajo gasto cardíaco.

La monitorización debe incluir la actualización de las cifras con la periodicidad que estimemos conveniente en función de la situación clínica y la tolerancia hemodinámica. Además, todas las actuaciones terapéuticas deben documentarse con tiras de registro del ECG.

3. CANALIZAR UNA VÍA VENOSA PERIFÉRICA Y ADMINISTRAR OXÍGENO.

Aunque de entrada el paciente esté estable y aparentemente no lo precise, es conveniente tener un acceso venoso accesible ya que el shock puede no detectarse precozmente y la mala perfusión

periférica dificulta notablemente obtener una vía venosa periférica si el paciente se inestabiliza.

El oxígeno lo administraremos en función de la saturación; si el paciente está estable, con gafas nasales a bajo flujo para evitar la hiperoxigenación.

4. VALORAR LA ESTABILIDAD HEMODINÁMICA.

Uno de los aspectos más importantes que debemos valorar es la estabilidad hemodinámica del paciente con arritmia y la tolerancia a la misma, mediante la exploración física. Los signos adversos que indican una mala evolución son (7):

- Shock: palidez, sudoración por el aumento de la actividad simpática, bajo nivel de consciencia por la disminución del flujo sanguíneo cerebral o hipotensión arterial.
- Síncope: pérdida de conocimiento por la disminución de la circulación cerebral.
- Insuficiencia Cardíaca: edema pulmonar por fallo ventricular izquierdo o ingurgitación hepática y yugular por fallo ventricular derecho.
- Isquemia miocárdica por aumento de la demanda de oxígeno por el miocardio.

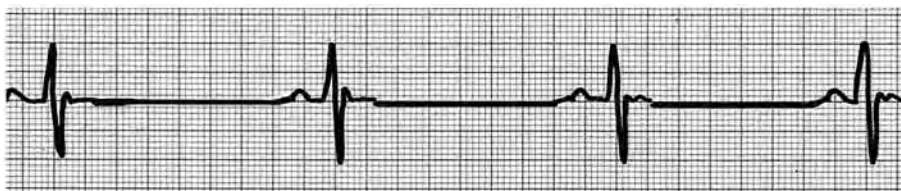
Si el paciente tolera bien la arritmia, probablemente no haga falta hacerle nada ó bien tendremos que administrarle fármacos. Si por el contrario la tolera mal, al final precisará una cardioversión eléctrica, por lo que debemos avisar a los Servicios de Emergencias (061).

Finalmente debemos recordar dos aspectos muy importantes a la hora de manejar las alteraciones del ritmo cardíaco en Atención Primaria: en primer lugar, *no debemos ser más agresivos* con nuestra actuación que la propia arritmia lo es con el paciente y en segundo lugar, los fármacos antiarrítmicos combinados o a dosis altas *pueden ser arritmogénicos*: para evitar efectos secundarios es recomendable seguir la máxima de "un paciente, un solo antiarrítmico". Adenosina y ATP son los únicos fármacos que escapan a esta máxima (8).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LAS BRADICARDIAS

A continuación veremos diferentes imágenes de ECG, haremos una lectura detenida, respondemos a las cinco cuestiones para llevar a cabo la orientación diagnóstica inicial y su manejo inicial en Atención Primaria.

Bradicardias. Imagen ECG número 1:



Si leemos el ECG con detenimiento y respondemos a las cinco cuestiones:

Ritmo rápido o lento	Lento
Ritmo regular o irregular	Regular
QRS estrecho o ancho	Estrecho
Presencia o no de ondas "p"	Sí
Relación p/QRS	Todas las ondas "p" conducen
Diagnóstico más probable	BRADICARDIA SINUSAL
Manejo	Las causas más frecuentes son el síndrome del seno enfermo y las farmacológicas. Debemos tratar sólo las inestables, como veremos después

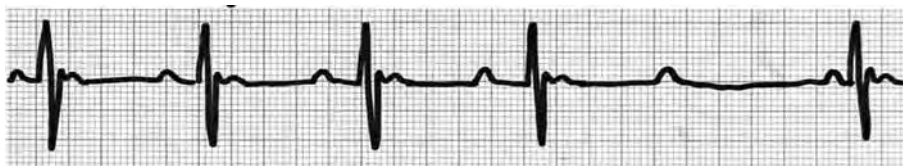
Bradicardias. Imagen ECG número 2:



Si leemos el ECG con detenimiento y respondemos a las cinco cuestiones:

Ritmo rápido o lento	Lento
Ritmo regular o irregular	Regular
QRS estrecho o ancho	Estrecho
Presencia o no de ondas "p"	Sí
Relación p/QRS	Todas las ondas "p" conducen, PR alargado, superior a 0.21 mseg
Diagnóstico más probable	BLOQUEO AV 1º GRADO
Manejo	Habitualmente no precisan tratamiento

Bradicardias. Imagen ECG número 3:



Si leemos el ECG con detenimiento y respondemos a las cinco cuestiones:

Ritmo rápido o lento	Lento
Ritmo regular o irregular	Regular
QRS estrecho o ancho	Estrecho
Presencia o no de ondas "p"	Si
Relación p/QRS	Alargamiento progresivo del PR hasta que una onda "p" no conduce
Diagnóstico más probable	BLOQUEO AV 2º WENKEBACK (MOBITZ TIPO I)
Manejo	Habitualmente no precisan tratamiento

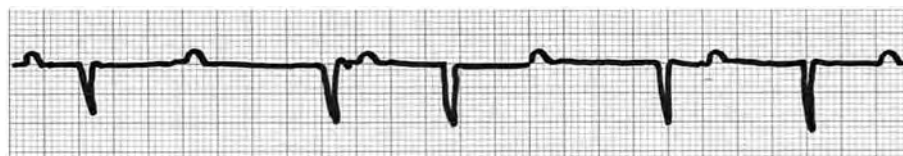
Bradicardias. Imagen ECG número 4:



Si leemos el ECG con detenimiento y respondemos a las cinco cuestiones:

Ritmo rápido o lento	Lento
Ritmo regular o irregular	Regular
QRS estrecho o ancho	Estrecho
Presencia o no de ondas "p"	Si
Relación p/QRS	PR constante, hasta que una onda "p" no conduce
Diagnóstico más probable	BLOQUEO AV 2º MOBITZ TIPO II
Manejo	Derivar al Servicio de Urgencias del Hospital, precisarán marcapasos

Bradicardias. Imagen ECG número 5:



Si leemos el ECG con detenimiento y respondemos a las cinco cuestiones:

Ritmo rápido o lento	Lento
Ritmo regular o irregular	Regular
QRS estrecho o ancho	Estrecho
Presencia o no de ondas "p"	Hay ondas "p", con ritmo regular
Relación p/QRS	Ninguna onda "p" conduce, no hay relación p/QRS
Diagnóstico más probable	BLOQUEO AV 3º GRADO o COMPLETO
Manejo	Derivar al Servicio de Urgencias del Hospital, precisarán marcapasos

MANEJO DE LAS BRADICARDIAS EN ATENCIÓN PRIMARIA

Inicialmente debemos tratar sólo las bradicardias mal toleradas o aquellas que cumplan los criterios de inestabilidad, que se enumeran a continuación (7):

- Tensión Arterial Sistólica < 90 mm Hg.
- Frecuencia Cardíaca < 40 lpm.
- Bradicardias sintomáticas.
- Bradicardias con el QRS ancho.

El arsenal terapéutico del que disponemos para su manejo es el siguiente:

1. ATROPINA. 0,5 mg iv (dosis inferiores producen un efecto paradójico). Se puede repetir cada 2 minutos, dosis máxima 3 mg. Usar con precaución en el síndrome coronario agudo ya puede aumentar el grado de isquemia cardíaca; en trasplantados cardíacos causa bloqueo AV de alto grado o paro sinusal por lo que debemos evitar su uso.
2. Si tras la medida anterior el paciente no mejora o hay riesgo de asistolia, precisará un MARCAPASOS TRANSCUTÁNEO, por lo que hay que avisar a los Servicios de Emergencias.

Las situaciones que aumentan el riesgo de que la bradicardia derive en asistolia son:

- Asistolia reciente.
 - Paro ventricular > 3 seg.
 - BAV Mobitz II.
 - BAV 3ª con QRS ancho.
3. Si no disponemos de los Servicios de Emergencias a corto plazo, el paciente se inestabiliza y no tenemos la experiencia ni el material adecuado para el uso del marcapasos transcutáneo, podemos administrar una perfusión de ADRENALINA (1 mg en 100 cc SF en 10 min).
 4. Si no mejora podemos golpear rítmicamente (60 veces por minuto) con nuestro puño en el margen inferior izquierdo del esternón a modo de marcapasos externo hasta que tengamos disponible el marcapasos transcutáneo.
 5. Si la causa de la bradicardia es una intoxicación con betabloqueantes o antagonistas del Ca, administraremos GLUCAGON 1 mg.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y MANEJO DE LAS TAQUICARDIAS

A continuación veremos diferentes imágenes de ECG, haremos una lectura detenida, respondere-
mos a las cinco cuestiones para llevar a cabo la orientación diagnóstica inicial y su manejo inicial en
Atención Primaria.

Taquicardias. Imagen ECG número 1:



Si leemos el ECG con detenimiento y respondemos a las cinco cuestiones:

Ritmo rápido o lento	Habitualmente normal
Ritmo regular o irregular	Irregular
QRS estrecho o ancho	Estrecho
Presencia o no de ondas "p"	Si. Hay una variabilidad del intervalo PP mayor del 10 % o de 160 mseg.
Relación p/QRS	Normal
Diagnóstico más probable	ARRITMIA SINUSAL
Manejo	La mayoría son de origen respiratoria, por exageración de un fenómeno fisiológico: aumento de la frecuencia cardíaca en inspiración y disminución en espiración. Otras veces aparece en el periodo de recuperación de enfermedades cardíacas agudas.

Taquicardias. Imagen ECG número 2:



Si leemos el ECG con detenimiento y respondemos a las cinco cuestiones:

Ritmo rápido o lento	Rápido
Ritmo regular o irregular	Regular
QRS estrecho o ancho	Estrecho
Presencia o no de ondas "p"	Si
Relación p/QRS	Todas las ondas "p" conducen
Diagnóstico más probable	TAQUICARDIA SINUSAL
Manejo	Tratar la causa inicial (tr. ansiedad, fiebre, etc)

Taquicardias. Imagen ECG número 3:



Si leemos el ECG con detenimiento y respondemos a las cinco cuestiones:

Ritmo rápido o lento	Rápido
Ritmo regular o irregular	Regular
QRS estrecho o ancho	Estrecho
Presencia o no de ondas "p"	Habitualmente no se ven, las engloba el complejo QRS o pueden ser retrógradas. No confundirlas con la onda T precedente.
Relación p/QRS	No. FC: 130-200 LPM
Diagnóstico más probable	TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR PAROXISTICA
Manejo en Atención Primaria	Es la única taquicardia en la que, si aparecen síntomas o signos de gravedad asociados a la misma, están indicadas estas medidas antes que la CVES. MANIOBRAS VAGALES: Soplar por una jeringa de 20 ml con una fuerza tal como para empujar el émbolo. ADENOSINA: 6 mg iv en 2 segundos, se puede repetir a los 2 min con 12 mg, dos veces. Tras cada dosis, embolada de 20 ml de SF. Su efecto (paro sinusal) dura 10 segundos, es eficaz en el 95% de las TSV. VERAPAMILLO: Si persiste, administrarle de 2.5-5 mg en 2 minutos.

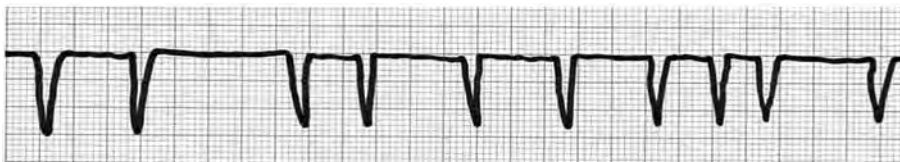
Taquicardias. Imagen ECG número 4:



Si leemos el ECG con detenimiento y respondemos a las cinco cuestiones:

Ritmo rápido o lento	Rápido
Ritmo regular o irregular	Regular
QRS estrecho o ancho	Estrecho
Presencia o no de ondas "p"	No. Ondas auriculares regulares y rápidas en dientes de sierra
Relación p/QRS	No hay. La FC habitualmente es de 150 lpm porque el bloqueo suele ser 2:1, o bien 100 lpm si es 3:1.
Diagnóstico más probable	FLUTTER AURICULAR
Manejo en Atención Primaria	Actitud expectante. Si hubiera que revertirla, actuar como en la Fibrilación Auricular, pero 30 minutos antes hay que administrar β Bloqueantes o antagonistas del calcio para evitar la conducción 1:1

Taquicardias. Imagen ECG número 5:



Si leemos el ECG con detenimiento y respondemos a las cinco cuestiones:

Ritmo rápido o lento	Rápido
Ritmo regular o irregular	Irregular
QRS estrecho o ancho	Estrecho
Presencia o no de ondas "p"	No
Relación p/QRS	Ausente
Diagnóstico más probable	FIBRILACIÓN AURICULAR
Manejo en Atención Primaria	Varía según el tiempo de evolución: si es menor de 48 horas se intentará la reversión a ritmo sinusal y si es mayor, control de la frecuencia cardíaca y derivación al Cardiólogo para anticoagulación y manejo posterior. Los fármacos disponibles son: PROPRANOLOL: Controla la FC; usar en pacientes sin insuficiencia cardíaca. Dosis de 0.5 mg iv cada 2 minutos, hasta dosis máxima de 5 mg. DIGOXINA: Controla la frecuencia cardíaca, usar en pacientes con insuficiencia cardíaca. Diluir 0.5 mg (2 ampollas) en 100 cc SG5% en 20 minutos en pacientes no digitalizados. Si toma digoxina, la mitad. AMIODARONA: Revierte la arritmia a ritmo sinusal. Diluir 300 mg (2 ampollas) en 100 cc de SG5%, a pasar en 15 minutos.

Taquicardias. Imagen ECG número 6:



Si leemos el ECG con detenimiento y respondemos a las cinco cuestiones:

Ritmo rápido o lento	Rápido
Ritmo regular o irregular	Irregular
QRS estrecho o ancho	Ancho
Presencia o no de ondas "p"	No. Ver si hay ondas delta
Relación p/QRS	Ausente
Diagnóstico más probable	FIBRILACIÓN AURICULAR en Sme WPW ó FIBRILACIÓN AURICULAR CON BRIHH
Manejo en Atención Primaria	Si hay ondas delta, lo más probable es que sea una FIBRILACIÓN AURICULAR en Sme WPW. Si se sospecha, NO USAR adenosina, digoxina ni antagonistas del calcio pues bloquean el nodo AV y favorecen la conducción por la vía accesorio, aumentando el riesgo de producir una fibrilación ventricular. Si hay mala tolerancia hemodinámica, precisará CVES. Si no hay ondas delta, probablemente será una FIBRILACIÓN AURICULAR CON BRIHH, que trataremos como tal (FA).

Taquicardias. Imagen ECG número 7:



Si leemos el ECG con detenimiento y respondemos a las cinco cuestiones:

Ritmo rápido o lento	Rápido
Ritmo regular o irregular	Regular
QRS estrecho o ancho	Ancho
Presencia o no de ondas "p"	No
Relación p/QRS	Ausente
Diagnóstico más probable	TAQUICARDIA VENTRICULAR
Manejo en Atención Primaria	Considerarla una TAQUICARDIA VENTRICULAR (mientras no se demuestre lo contrario) o menos frecuentemente, una TSV con BRIHH (tratarla como la TSV). Si el paciente está estable, administrar amiodarona (300 mg en 20-60 minutos). Si está inestable precisará cardioversión sincronizada (200 jul). Avisar al 061

Taquicardias. Imagen ECG número 8:



Si leemos el ECG con detenimiento y respondemos a las cinco cuestiones:

Ritmo rápido o lento	Rápido
Ritmo regular o irregular	Regular
QRS estrecho o ancho	QRS de morfología variable, helicoidal, parece "retorcerse" sobre la línea basal
Presencia o no de ondas "p"	No
Relación p/QRS	Ausente
Diagnóstico más probable	TAQUICARDIA VENTRICULAR HELICOIDAL O TORSADE DE POINTES
Manejo en Atención Primaria	Avisar al 061. Si está estable, se puede usar sulfato de magnesio (manejo hospitalario). Si no, precisarán CVES (aunque suelen recidivar).

Taquicardias. Imagen ECG número 9:



Si leemos el ECG con detenimiento y respondemos a las cinco cuestiones:

Ritmo rápido o lento	Ritmo caótico, desorganizado. Actividad mecánica ventricular ineficaz Incompatible con la vida
Ritmo regular o irregular	
QRS estrecho o ancho	
Presencia o no de ondas "p"	
Relación p/QRS	
Diagnóstico más probable	FIBRILACIÓN VENTRICULAR
Manejo en Atención Primaria	Precisa desfibrilación cardíaca inmediata y maniobras de reanimación cardiopulmonar

LA CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA SINCRONIZADA

La cardioversión eléctrica para revertir una arritmia debe ser sincronizada sobre la onda R para evitar el período refractario que sigue a la onda T ya que podríamos provocar una taquicardia ventricular, de efectos deletéreos (7).

Previamente debemos sedar al paciente con 10-15 mg de midazolam intravenoso. La energía necesaria para la cardioversión de una arritmia de QRS ancho o una FA (son las más frecuente) es de 70-120 julios si usamos un desfibrilador bifásico o 100 julios si es monofásico. En cambio, para cardiovertir arritmias de QRS estrecho o un flutter auricular la energía a aplicar es 120-150 julios en desfibriladores bifásicos y 200 julios en los monofásicos. Si la primera descarga no es eficaz, se puede incrementar la energía (50 julios) en las siguientes y si hay dificultad para sincronizar el choque, podemos proceder a choque no sincronizado.

En los pacientes pediátricos, la dosis de la primera cardioversión será de 0.5-1 jul/kg y 2 jul/kg las siguientes.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Pacheco A, Burusco S, Senosiáin MV. Prevalencia de procesos y patologías atendidos por los servicios de emergencia médica extrahospitalaria en España. An Sist Sanit Navar. 2010; 33 (Supl 1): 37-46. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v33s1/original6.pdf>
- (2) Del Arco C, Martín A, Laguna P, Gargantilla P. Analysis of current management of atrial fibrillation in the acute setting: GE-FAUR-1 study. Ann Emerg Med. 2005; 46: 424-30.
- (3) García-Acuña JM, González-Juana JR, Alegría E, González I, Llisterri JL. La fibrilación auricular permanente en las enfermedades cardiovasculares en España. Estudio CARDIOtENS. Rev Esp Cardiol. 2002; 55: 943-52.
- (4) Barrios V, Calderón A, Escobar C, de la Figuera M, en representación del Grupo de Atención Primaria de la sección de Cardiología Clínica de la Sociedad Española de Cardiología. Pacientes con

fibrilación auricular asistidos en consultas de atención primaria: Estudio Val-FAAP. Rev Esp Cardiol 2012; 65:47–53. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/pacientes-con-fibrilacion-auricular-asistidos/articulo/90073496/>

(5) Granada J, Uribe W, Chyyou P, Maassen K, Vierkant R, Smith PN, et al. Incidence and predictors of atrial flutter in the general population. J Am Coll Cardiol. 2000; 36: 2242-6.

(6) Orejarena LA, Vidaillet H, Destefano F, Nordstrom DL, Vierkant RA, Smith PN, et al. Paroxysmal supraventricular tachycardia in the general population. J Am Coll Cardiol. 1998; 31:150-7.

(7) Nolan JP, Soar J, Zideman DA, Biarent D, Bossaert LL, Deakin C, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 Section 1. Executive summary. Resuscitation. 2010; 81: 1219–1276.

(8) González Cocina E, coordinador. Proceso Asistencial Integrado. Arritmias. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2003. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/cs salud/galerias/documentos/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/arritmias/arritmias.pdf

¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO?

Paciente Anciana con Lesiones Ampollosas

González Álvarez M¹, Montero Cruzada I², Gómez Castro S¹

¹MFyC. Centro de Salud Arroyomolinos de León. Sevilla

²DUE Residencia de Ancianos Arroyomolinos de León. Sevilla

Historia Clínica, anamnesis

Paciente de 91 años de edad que reside en un centro de la tercera edad en el ámbito rural. De forma súbita presenta un cuadro caracterizado por múltiples lesiones ampollosas distribuidas por miembros superiores e inferiores y tronco, muy pruriginosas, en ausencia de fiebre u otra sintomatología asociada. Orina de coloración normal.

Como único rasgo a destacar, la paciente ha estado en tratamiento con Torasemida 5mg por edemas en extremidades inferiores durante 15 días.

Antecedentes Personales:

- No RAM
- HTA
- HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR
- POLIARTROSIS
- OSTEOPOROSIS
- SÍNDROME ANSIOSO DEPRESIVO

Tratamiento Habitual:

- VALSARTÁN 160MG / AMLODIPINO 10MG/ HIDROCLOROTIAZIDA 25MG
- AAS 100MG
- OMEPRAZOL 20MG
- CITALOPRAM 20MG
- LORAZEPAM 1MG

El cuadro fue detectado por la Auxiliar de Enfermería de turno al proceder al aseo de la paciente, consultando el cuadro con la DUE responsable de la Residencia, la cual tras revisar los antecedentes personales de la paciente (ingesta de alimentos, fármacos...) decide comentarlo con el MAP.

Exploración física:

Paciente con BEG, consciente, orientada y colaboradora, bien nutrida e hidratada. Normocoloreada. Múltiples lesiones ampollosas de contenido seroso/serohemorrágico sobre base eritematosa, de distintos tamaños y en distintas fases evolutivas en miembros y tronco, alguna de ellas impetiginizada (fundamentalmente en las manos). La mayor parte de las lesiones están en fase cicatricial. Nicolsky negativo.

ACP: MVC. No ruidos sobreañadidos. Tonos rítmicos a buena frecuencia, no soplos ni extratonos.

ABD: blando, depresible, no doloroso a la palpación. No masas ni megalias ni signos de irritación peritoneal.



MMII: sin edemas. Apósitos que cubren lesiones ulceradas pretibiales.

Ante los antecedentes y la Exploración la sospecha inicial es una **Reacción Alérgica Medicamentosa**, siendo prescrito Hidroxicina cada 8 horas durante 7 días.

Ante el empeoramiento sintomático la DUE responsable de la Residencia decide nueva consulta con su MAP a los 7 días, el cuál tras reevaluar a la paciente decide su traslado hospitalario para valoración por Dermatólogo de guardia.



Pruebas complementarias hospitalarias:

HEMOGRAMA: anemia normocítica normocrónica (Hb:10) compatible con patología renal crónica. Eosinofilia de 1840. Resto normal.

BIOQUÍMICA: Creatinina 2, Urea 130, Potasio 5.5, PCR 88,5.

GASOMETRÍA VENOSA: Ligera Acidosis Metabólica (ph:7.3).

FROTIS DE SANGRE PERIFÉRICA: discreta anisocitosis, no alteraciones morfológica destacables, eosinofilia confirmada.

EKG: Sin datos de patología aguda.

ECOGRAFÍA ABDOMINAL: Hígado de tamaño normal sin lesiones focales. Colecistectomizada. Imagen compatible con muñón cístico de 1 cm. Páncreas de tamaño y morfología normal. Bazo de tamaño normal. RD de aspecto atrófico, con adelgazamiento cortical y aumento de la grasa del seno renal. RI atrófico. Vejiga urinaria sin hallazgos patológicos.

Evolución:

Durante su ingreso la paciente fue valorada en varias ocasiones por el Servicio de Dermatología que le realiza una biopsia cutánea mediante Punch e indica el tratamiento a seguir recomendando remitirla a sus consultas externas tras el Alta Hospitalaria.

Tras estudio parece que el cuadro de Insuficiencia Renal se corresponde con Patología Crónica.

Tratamiento al alta hospitalaria:

Prednisona 50 mg (1-0-0) durante 2 semanas debiendo reducir su dosis un cuarto de comprimido cada 5 días hasta su completa retirada.

Betametasona/Gentamicina crema 1 aplicación al día hasta resolución del cuadro.

Hidroxicina (0-0-1) antes de acostarse (sustituye al Loracepam)

Ebastina 20 mg 1 comp en el desayuno.

¿Cuál es el diagnóstico?

- 1.- Reacción Urticarial
- 2.- Penfigoide Ampolloso
- 3.- Dermatitis de Contacto
- 4.- Toxicodermia
- 5.- Porfiria

Bibliografía:

- Harrison. Principios de Medicina Interna. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana de España SA; 2001.
- Aguirre Martínez-Falero A, Goday Buján JJ, Gil Ibarra N. Dermatosis profesionales. Dermatitis de contacto. Med Integral. 1991; 18(3):378-90.
- Acedo Gutiérrez MS, Barrios Blandino A, Simón R, Orche Galindo S, Sanz García M. Manual de diagnóstico y terapéutica médica (12 de Octubre). 4ª ed. Madrid: MSD; 1998.
- Worjnarowska F, Kirtschig G, Highet AS, Venning VA, Khumalo NP. Guidelines for the management of bullous pemphigoid. Br J Dermatol. 2002; 147: 214-221.
- Muñoz Santos C. Porfirias cutaneas. Med Cutan iber lat am. 2005; 33(5):193-210.
- Lazarov A, Livni E, Halevy S. Generalized pustular drug eruptions. J Eur Acad Dermatol. 1999; 12:196-7.

Comentarios a CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO (del Vol. 13, Núm. 3) (Med fam Andal 2012; 13:258-259)

Respuestas razonadas

Padilla Del Campo C¹, Fernández Martín E², Ruíz Ortiz MS³, Andrade Juárez JA⁴

¹MFyC. CS Almería

²MFyC-R4. CS La Gangosa. Almería

³DUE. CS Aguadulce. Almería

⁴MFyC. CS La Gangosa. Almería

1.a) Podría ser la correcta, pero debido a las pruebas realizadas, no se ajusta al diagnóstico.

1.b) No tiene nada que ver, eso sí, el gen afectado sí que podría estar relacionado.

1.c) Aunque es un tumor pulmonar, el de células escamosas, no se manifiesta de este modo ni se ajusta a los resultados de las pruebas.

1.d) La mutación genética si es correcta o podría serlo, pero no es un tumor gastrointestinal.

1.e) Esta es la respuesta correcta. Adenocarcinoma Pulmonar estadio IV con Neumotórax yatrógeno y atelectasia pulmonar izquierda. Como estrategia de abordaje de casos similares consideramos difícil una actitud preventiva ya que el costo beneficio del caso conllevará al uso de recursos de forma desproporcionada en consultas de Atención Primaria.

Este caso es ejemplo de la diversidad de síntomas que pueden cursar en patologías graves y por los que no se puede sospechar su inicio.

2.a) No es su tratamiento.

2.b) Tampoco es el tratamiento correcto en esta patología.

2.c) Es la respuesta correcta: en tratamiento actualmente con Cefuroxima axetilo 500mg, Prednisona 30mg, Dexametasona 8mg, Fentanilo 25mg parches, Morfina de liberación rápida, Metamizol, Enantyum, Acido fólico, Tinzaparina 120000 UI, Omeprazol, Furosemida, Lorazepam, Vitamina B12. Tras acudir a consulta de Oncología y Paliativos.

2.d) Podría ser la correcta si no estuviera tan avanzado el tumor.

2.e) No se ajusta a la respuesta, ya que no se administran antibióticos.

Comentarios a CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO (del Vol. 13, Núm. 3) (Med fam Andal 2012; 13:260-261)

Respuestas razonadas

Padilla Del Campo C¹, Fernández Martín E², Ruíz Ortiz MS³, Andrade Juárez JA⁴

¹MFyC. CS Almería

²MFyC-R4. CS La Gangosa. Almería

³DUE. CS Aguadulce. Almería

⁴MFyC. CS La Gangosa. Almería

1.a) Aunque puede confundirnos con un derrame pleural, no es el caso clínico presentado. No concuerda con clínica ni con pruebas diagnósticas.

1.b) Respuesta correcta: es una alteración anatómica que consiste en la interposición de una parte del colon, generalmente el derecho, entre el hígado y el diafragma.

Infrecuente anomalía posicional de la que existen referencias en la literatura desde el siglo XVIII, aunque no fue hasta 1910 cuando **Chilaiditi** lo describió, dándole su nombre. Algunos autores catalogan el estreñimiento como un importante factor predisponente para la interposición colónica.

Etiología del Síndrome: elongación colónica, malposición congénita, parálisis del nervio frénico, ausencia del lóbulo derecho hepático, eventración diafragmática, enfermedad pulmonar obstructiva, adherencias, obstrucción mecánica, cirugía abdominal previa, cirrosis y escoliosis.

1.c) No es un carcinoma.

1.d) Tampoco se trata de una metástasis derivada de otro tumor en otra localización.

2.a) Es correcta, pero no es la más correcta.

2.b) No es correcta, ya que no es una enfermedad y como tal no se pauta tratamiento alguno.

2.c) Al igual que la anterior, no es correcta.

2.d) Es correcta, junto a la "a". Por lo que la totalmente correcta sería la "e".

2.e) Es la más correcta de todas, engloba a las respuestas "a" y "d". No es patológico. No se pauta tratamiento. Es fundamental para el médico de familia conocer, y que el propio paciente conozca (dado lo infrecuente de esta patología), que quienes presentan esta interposición colónica, desarrollan vólvulos de colon con mayor frecuencia que la población y debemos pensar en ello ante un cuadro agudo.

PUBLICACIONES DE INTERÉS / ALERTA BIBLIOGRÁFICA

(1 de Noviembre de 2012 a 31 de Enero de 2013)

Manteca González A

Médico de Familia. Centro de Salud El Palo

Los artículos publicados entre el 1 de Noviembre de 2012 a 31 de Enero de 2013 aparecen a continuación, clasificados por **MESES/REVISTAS**, debajo de cada cual aparecen las reseñas bibliográficas correspondientes.

Mensualmente aparecen en la web de SAMFyC (en la sección publicaciones externas/alerta bibliográfica) con sus resúmenes y comentarios. También en la cuenta de twitter de la Revista <http://twitter.com/RevistaMFSamfyc>

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

NOVIEMBRE

ACADEMIC MEDICINE

Bickel J. Focus on improving relational communication skills and discussing what matters most. Acad Med. 2012; 87:1471-1472 [AO,I]
23111261

Dhaliwal G. Clinical excellence: make it a habit. Acad Med. 2012; 87:1473 [AO,I]
23111262

Dodge C, Sherwood EJ, Shomaker TS. Organizational performance and teamwork: achieving interactive excellence. Acad Med. 2012; 87:1474 [AO,I]
23111263

ANNALS OF INTERNAL MEDICINE

Roumie CL, Hung AM, Greevy RA, Grijalva CG, Liu X, Murff HJ, et al. Comparative effectiveness of sulfonylurea and metformin monotherapy on cardiovascular events in type 2 diabetes mellitus: a cohort study. Ann Intern Med 2012; 157:601-610 [S,II]
23128859

Knudsen AB, Hur C, Gazelle GS, Schrag D, McFarland EG, Kuntz KM. Rescreening of persons with a negative colonoscopy result: results from a microsimulation model. Ann Intern Med. 2012; 157:611-620 [T,I]
23128861

Wang SY, Olson-Kellogg B, Shamliyan TA, Choi JY, Ramakrishnan R, Kane RL. Physical therapy interventions for knee pain secondary to osteoarthritis: a systematic review. Ann Intern Med. 2012; 157:632-644 [M,II]
23128863

Lederle FA, Bloomfield HE. Drug treatment of asymptomatic hypertriglyceridemia to prevent pancreatitis: where is the evidence? Ann Intern Med. 2012; 157:662-664 [AO,II]
23128864

Nissen SE. Cardiovascular effects of diabetes drugs: emerging from the dark ages. Ann Intern Med. 2012; 157:671-672 [AO,I]
23128866

Weinberg DS, Schoen RE. Colorectal cancer screening: America's next top model? Ann Intern Med. 2012; 157:673-674 [AO,I]
23128867

Chou R, Selph S, Dana T, Bougatsos C, Zakher B, Blazina I, et al. Screening for HIV: systematic review to update the 2005 U.S. Preventive Services Task Force recommendation. Ann Intern Med. 2012; 157:706-718 [M,II]
23165662

Qaseem A, Fihn SD, Dallas P, Williams S, Owens DK, Shekelle P, for the Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians*. Management of stable ischemic heart disease: summary of a Clinical Practice Guideline from the American College of Physicians/American College of Cardiology Foundation/American Heart Association/American

Association for Thoracic Surgery/Preventive Cardiovascular Nurses Association/Society of Thoracic Surgeons. *Ann Intern Med.* 2012; 157:735-743 [M,II]
23165665

Kussmaul WG. Guidelines on diagnosis and treatment of stable ischemic heart disease: keeping up with a constantly evolving evidence base. *Ann Intern Med.* 2012; 157:749-751 [AO,I]
23165667

Jonas DE, Garbutt JC, Amick HR, Brown JM, Brownley KA, Council CL, et al. Behavioral counseling after screening for alcohol misuse in primary care: a systematic review and meta-analysis for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2012 [Epub ahead of print] [M,II]
23007881

Wallace EA, Schumann JH, Weinberger SE. Ethics of commercial screening tests. *Ann Intern Med.* 2012[Epub ahead of print] [AO,I]
22928174

Paltiel AD, Walensky RP. Home HIV testing: good news but not a game changer. *Ann Intern Med.* 2012 [Epub ahead of print] [AO,I]
23044643

Moyer VA; on behalf of the U.S. Preventive Services Task Force. Screening for hearing loss in older adults: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med.* 2012 [Epub ahead of print] [M,II]
22893115

ARCHIVOS DE BRONCONEUMOLOGIA

Vieira SE, Stein RT, Ferraro AA, Pastro LD, Cosme Pedro SS, Lemos M et al. Los contaminantes atmosféricos urbanos son factores de riesgo significativos para el asma y la neumonía en niños: influencia del lugar de medición de los contaminantes. *Arch Bronconeumol.* 2012; 48:389-395 [T,I]

ARCHIVES OF GENERAL PSYCHIATRY

Sullivan PF, Magnusson C, Reichenberg A, Boman M, Dalman C, Davidson M, et al. Family history of schizophrenia and bipolar disorder as risk factors for autism. *Arch Gen Psychiatry.* 2012;1-5 [Epub ahead of print] [CC,I]
22752149

ARCHIVES OF INTERNAL MEDICINE

O'Donnell MJ, Fang J, D'Uva C, Saposnik G, Gould L, McGrath E, et al; for the Investigators of the Registry of the Canadian Stroke Network. The PLAN score: a bedside prediction rule for death and severe disability following acute ischemic stroke. *Arch Intern Med.* 2012; 172:1548-1556 [S,II]
23147454

Gadde KM, Kopping MF, Wagner HR, Yonish GM, Allison DB, Bray GA. Zonisamide for weight reduction in obese adults: a 1-year randomized controlled trial. *Arch Intern Med.* 2012; 172:1557-1564 [EC,I]
23147455

Hernandez AV. No place for novel oral anticoagulants in current treatment of acute coronary syndromes: comment on "Use of new-generation oral anticoagulant agents in patients recei-

ving antiplatelet therapy after an acute coronary syndrome" *Arch Intern Med.* 2012;1-2 [Epub ahead of print] [AO,I]
23007954

Komócsi A, Vorobcsuk A, Kehl D, Aradi D. Use of new-generation oral anticoagulant agents in patients receiving antiplatelet therapy after an acute coronary syndrome: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Arch Intern Med.* 2012;1-9 [Epub ahead of print] [M,II]
23007264

ATENCION PRIMARIA

Córdoba R, Camarellas F, Lizarbe V, Jiménez M. Abordaje del consumo de riesgo de alcohol desde atención primaria. *Aten Primaria.* 2012; 44:635-637 [R,I]
23101564

Carratalá-Munuera MC, Orozco-Beltrán D, Gil-Guillen VF, Navarro-Perez J, Quirce F, Merino J, Basora J. Análisis bibliométrico de la producción científica internacional sobre atención primaria. *Aten Primaria.* 2012; 44:651-658 [T,I]
22296794

Castañal-Canto X, Martín-Miguel MV, Hervés-Beloso C, Pérez-Cachafeiro S, Espinosa-Arévalo MM, Delgado-Martín JL. Trabajando con nuestros pacientes fumadores en atención primaria. Un análisis de coste-efectividad. *Aten Primaria.* 2012; 44:659-666 [CE,I]
22704941

Abella F, Córdoba R, Suárez MP. Salud, hostelería e industria del tabaco. *Aten Primaria.* 2012; 44:676-681 [R,I]
22257526

Pallás C, Ureta N, Alonso C; grupo PAPPs Infancia y Adolescencia de semFYC. Suplementación de vitamina D en la infancia. *Aten Primaria.* 2012; 44:682-683 [AO,I]
22858564

BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY

de Jonge P, Roest AM. Depression and cardiovascular disease: the end of simple models. *Br J Psychiatry.* 2012; 201:337-338 [AO,I]
23118031

Berk M, Jacka F. Preventive strategies in depression: gathering evidence for risk factors and potential interventions. *Br J Psychiatry.* 2012; 201:339-341 [AO,I]
23118032

Orrell M. The new generation of psychosocial interventions for dementia care. *Br J Psychiatry.* 2012; 201:342-343 [AO,I]
23118033

Lawrence V, Fossey J, Ballard C, Moniz-Cook E, Murray J. Improving quality of life for people with dementia in care homes: making psychosocial interventions work. *Br J Psychiatry.* 2012; 201:344-351 [M,II]
23118034

Aberg MA, Waern M, Nyberg J, Pedersen NL, Bergh Y, Aberg ND, et al. Cardiovascular fitness in males at age 18 and risk of serious depression in adulthood: Swedish prospective population-based study. *Br J Psychiatry.* 2012 ;201:352-359 [S,I]
22700083

Kjærgaard M, Waterloo K, Wang CE, Almås B, Figenschau Y, Hutchinson MS, et al. Effect of vitamin D supplement on depression scores in people with low levels of serum 25-hydroxyvitamin D: nested case-control study and randomised clinical trial. *Br J Psychiatry*. 2012; 201:360-368 [EC,I]
22790678

BRITISH MEDICAL JOURNAL

Ford AC, Talley NJ. Laxatives for chronic constipation in adults. *BMJ*. 2012; 345:e6168 [R,I]
23028096

Schierbeck LL, Rejnmark L, Tofteng CL, Stilgren L, Eiken P, Mosekilde L, et al. Effect of hormone replacement therapy on cardiovascular events in recently postmenopausal women: randomised trial. *BMJ*. 2012; 345:e6409 [EC,II]
23048011

Gringras P, Gamble C, Jones AP, Wiggs L, Williamson PR, Sutcliffe A, et al; on behalf of the MENDS Study Group. Melatonin for sleep problems in children with neurodevelopmental disorders: randomised double masked placebo controlled trial. *BMJ*. 2012; 345:e6664 [EC,II]
23129488

Chowdhury R, Stevens S, Gorman D, Pan A, Warnakula S, Chowdhury S, et al. Association between fish consumption, long chain omega 3 fatty acids, and risk of cerebrovascular disease: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2012; 345:e6698 [M,II]
23112118

Schuetz GM, Schlattmann P, Dewey M. Use of 3x2 tables with an intention to diagnose approach to assess clinical performance of diagnostic tests: meta-analytical evaluation of coronary CT angiography studies. *BMJ*. 2012; 345:e6717 [M,II]
23097549

Abubakar I, Griffiths C, Ormerod P; on behalf of the Guideline Development Group. Diagnosis of active and latent tuberculosis: summary of NICE guidance. *BMJ*. 2012; 345:e6828 [M,III]
23077351

Park HY, Man SF, Sin DD. Inhaled corticosteroids for chronic obstructive pulmonary disease. *BMJ*. 2012; 345:e6843 [R,I]
23100329

Rozenbaum MH, van Hoek AJ, Fleming D, Trotter CL, Miller E, Edmunds WJ. Vaccination of risk groups in England using the 13 valent pneumococcal conjugate vaccine: economic analysis. *BMJ*. 2012; 345:e6879 [CE,I]
23103369

Smed S, Robertson A. Are taxes on fatty foods having their desired effects on health? *BMJ*. 2012; 345:e6885 [AO,I]
23077325

Lerchl A, Reiter RJ. Treatment of sleep disorders with melatonin. *BMJ*. 2012; 345:e6968 [R,I]
23129489

Ah-See KL, Mackenzie J, Practitioner G, Ah-See KW. Management of chronic rhinosinusitis. *BMJ*. 2012; 345:e7054 [R,I]
23111434

Sakata R, McGale P, Grant EJ, Ozasa K, Peto R, Darby SC. Impact of smoking on mortality and life expectancy in Japanese

smokers: a prospective cohort study. *BMJ*. 2012; 345:e7093 [S,II]
23100333

Rasmussen LH, Larsen TB, Graungaard T, Skjøth F, Lip GY. Primary and secondary prevention with new oral anticoagulant drugs for stroke prevention in atrial fibrillation: indirect comparison analysis. *BMJ*. 2012; 345:e7097 [M,II]
23129490

Appleby J. Rises in healthcare spending: where will it end? *BMJ*. 2012; 345:e7127 [AO,I]
23118304

Gruen RL, Reade MC. Administer tranexamic acid early to injured patients at risk of substantial bleeding. *BMJ*. 2012; 345:e7133 [AO,I]
23165649

Svanström H, Pasternak B, Hviid A. Use of varenicline for smoking cessation and risk of serious cardiovascular events: nationwide cohort study. *BMJ*. 2012; 345:e7176 [S,I]
23138033

Krogsbøll LT, Jørgensen KJ, Grønhoj Larsen C, Gøtzsche PC. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease: Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2012; 345:e7191 [M,II]
23169868

de Goede J, Geleijnse JM. The role of fatty acids from fish in the prevention of stroke. *BMJ*. 2012; 345:e7219 [AO,I]
23112120

The doctor won't see you now: online consulting and prescribing. *BMJ*. 2012; 345:e7238 [AO,I]
23112121

Ortega FB, Silventoinen K, Tynelius P, Rasmussen F. Muscular strength in male adolescents and premature death: cohort study of one million participants. *BMJ*. 2012; 345:e7279 [S,I]
23169869

Farmer A. Use of HbA1c in the diagnosis of diabetes. *BMJ*. 2012; 345:e7293 [AO,I]
23118305

Godlee F. Clinical trial data for all drugs in current use. *BMJ*. 2012; 345:e7304 [AO,I]
23109483

Auth MK, Vora R, Farrelly P, Baillie C. Childhood constipation. *BMJ*. 2012; 345:e7309 [R,I]
23150472

Beasley R, Singh S, Loke YK, Enright P, Furberg CD. Call for worldwide withdrawal of tiotropium Respimat mist inhaler. *BMJ*. 2012; 345:e7390 [R,II]
23144209

Myat A, Redwood SR, Qureshi AC, Spertus JA, Williams B. Resistant hypertension. *BMJ*. 2012; 345:e7473 [R,I]
23169802

Fox BD, Kahn SR, Langleben D, Eisenberg MJ, Shimony A. Efficacy and safety of novel oral anticoagulants for treatment of acute venous thromboembolism: direct and adjusted indirect meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*. 2012; 345:e7498 [M,II]
23150473

Harrison-Woolrych M. Varenicline for smoking cessation. *BMJ*. 2012; 345:e7547 [AO,I]
23138037

Boyd K, Murray S. Using end of life care pathways for the last hours or days of life. *BMJ*. 2012; 345:e7718 [AO,I]
23152575

Clark CE, McManus R. The use of highly structured care to achieve blood pressure targets. *BMJ*. 2012; 345:e7777 [AO,I]
23169804

CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION JOURNAL

Sibbald B, Holroyd-Leduc JM. Protecting our most vulnerable elders from abuse. *CMAJ*. 2012; 184:1763 [AO,I]
22988155

Biskin RS, Paris J. Diagnosing borderline personality disorder. *CMAJ*. 2012; 184:1789-1794 [R,I]
22988153

Warner E, Heisey R, Carroll JC. Applying the 2011 Canadian guidelines for breast cancer screening in practice. *CMAJ*. 2012; 184:1803-1807 [R,I]
22966059

Flegel K. Health care workers must protect patients from influenza by taking the annual vaccine. *CMAJ*. 2012; 184:1873 [AO,I]
23109612

Biskin RS, Paris J. Management of borderline personality disorder. *CMAJ*. 2012; 184:1897-1902 [R,I]
23027916

Liang Y, Mente A, Yusuf S, Gao P, Sleight P, Zhu J, et al; for the ONTARGET and TRANSCEND Investigators. Alcohol consumption and the risk of incident atrial fibrillation among people with cardiovascular disease. *CMAJ*. 2012; 184:E857-E866 [T,I]
23027910

Scaranelo A. Breast screening with magnetic resonance imaging. *CMAJ*. 2012; 184:E877 [AO,I]
22802387

Persaud N, Coleman E, Zwolakowski D, Lauwers B, Cass D. Nonuse of bicycle helmets and risk of fatal head injury: a proportional mortality, case-control study. *CMAJ*. 2012; 184:E921-E923 [CC,I]
23071369

CIRCULATION

Tan CE, Glantz SA. Association between smoke-free legislation and hospitalizations for cardiac, cerebrovascular, and respiratory diseases: a meta-analysis. *Circulation*. 2012; 126:2177-2183 [M,II]
23109514

Guazzi M, Adams V, Conraads V, Halle M, Mezzani A, Vanhees L, et al. Clinical recommendations for cardiopulmonary exercise testing data assessment in specific patient populations. *Circulation*. 2012; 126:2261-2274 [R,II]
22952317

Rose AJ. Improving the management of warfarin may be easier than we think. *Circulation*. 2012; 126:2277-2279 [AO,I]
23027800

Novak NL, Brownell KD. Role of policy and government in the obesity epidemic. *Circulation*. 2012; 126:2345-2352 [R,I]
23129701

Rosenberg MA, Manning WJ. Diastolic dysfunction and risk of atrial fibrillation: a mechanistic appraisal. *Circulation*. 2012; 126:2353-2362 [R,I]
23129702

Dentali F, Riva N, Crowther M, Turpie AG, Lip GY, Ageno W. Efficacy and safety of the novel oral anticoagulants in atrial fibrillation: a systematic review and meta-analysis of the literature. *Circulation*. 2012; 126:2381-2391 [M,II]
23071159

Skalski J, Allison TG, Miller TD. The safety of cardiopulmonary exercise testing in a population with high-risk cardiovascular diseases. *Circulation*. 2012; 126:2465-2472 [S,I]
23091065

Shah RV, Goldfine AB. Statins and risk of new-onset diabetes mellitus. *Circulation*. 2012; 126:e282-e284 [AO,I]
23109518

DIABETES CARE

Chuengsamarn S, Rattanamongkolgul S, Luechapudiporn R, Phisalaphong C, Jirawatnotai S. Curcumin extract for prevention of type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2012; 35:2121-2127 [EC,I]
22773702

Bergenstal RM, Rosenstock J, Arakaki RF, Prince MJ, Qu Y, Sinha VP, et al. A randomized, controlled study of once-daily LY2605541, a novel long-acting basal insulin, versus insulin glargine in basal insulin-treated patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2012; 35:2140-2147 [EC,II]
22787177

Schechter CB, Cohen HW, Shmukler C, Walker EA. Intervention costs and cost-effectiveness of a successful telephonic intervention to promote diabetes control. *Diabetes Care*. 2012; 35:2156-2160 [CE,I]
22851599

Cherney DZ, Scholey JW, Jiang S, Har R, Lai V, Sochett EB, et al. The effect of direct renin inhibition alone and in combination with ACE inhibition on endothelial function, arterial stiffness, and renal function in type 1 diabetes. *Diabetes Care*. 2012; 35:2324-2330 [EC,II]
22837362

Valbusa F, Bonapace S, Bertolini L, Zenari L, Arcaro G, Targher G. Increased pulse pressure independently predicts incident atrial fibrillation in patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2012; 35:2337-2339 [S,I]
22837366

Targher G, Zoppini G, Mantovani W, Chonchol M, Negri C, Stoico V, et al. Comparison of two creatinine-based estimating equations in predicting all-cause and cardiovascular mortality in patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2012; 35:2347-2353 [S,II]
22837367

Sung KC, Wild SH, Kwag HJ, Byrne CD. Fatty liver, insulin resistance, and features of metabolic syndrome: relationships with coronary artery calcium in 10,153 people. *Diabetes Care*. 2012; 35:2359-2364 [S,I]
22829522

Haas L, Maryniuk M, Beck J, Cox CE, Duker P, Edwards L, et al; on behalf of the 2012 Standards Revision Task Force. National standards for diabetes self-management education and support. *Diabetes Care*. 2012; 35:2393-2401 [R,II]
22995096

Esposito K, Chiodini P, Colao A, Lenzi A, Giugliano D. Metabolic syndrome and risk of cancer: systematic review and meta-analysis. *Diabetes Care*. 2012; 35:2402-2411 [M,II]
23093685

DRUGS

Figuerola MS, Contreras I. Potential anti-vascular endothelial growth factor therapies for central retinal vein occlusion. *Drugs*. 2012; 72:2063-2071 [EC,I]
23061805

Ali FN, Carman TL. Medical management for chronic atherosclerotic peripheral arterial disease. *Drugs*. 2012; 72:2073-2085 [R,I]
23046179

ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y MICROBIOLOGIA CLINICA

Díaz-Menéndez M, Pérez-Molina JA, Serre N, Treviño B, Torrés D, Matarranz M, et al; Grupo de trabajo de +Redivi. Infecciones importadas por inmigrantes y viajeros: resultados de la Red Cooperativa para el estudio de las Enfermedades Importadas por Inmigrantes y Viajeros +Redivi. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2012; 30:528-534 [T,I]
22409952

EUROPEAN HEART JOURNAL

Nissen SE. Cox-2 inhibitors and cardiovascular disease: considerable heat, but not much light. *Eur Heart J*. 2012; 33:2631-2633 [AO,I]
22711755

Waeber B, Feihl F. Plasma renin levels: the lower the better in terms of cardiovascular risk? *Eur Heart J*. 2012; 33:2634-2635 [AO,I]
23041500

Hindricks G, Piorkowski C. Surgical ablation of atrial fibrillation after the PRAGUE-12 study: more questions than answers. *Eur Heart J*. 2012; 33:2636-2638 [AO,I]
22930459

Rosenberg MA, Patton KK, Sotoodehnia N, Karas MG, Kizer JR, Zimetbaum PJ, et al. The impact of height on the risk of atrial fibrillation: the Cardiovascular Health Study. *Eur Heart J*. 2012; 33:2709-2717 [S,II]
22977225

Camm AJ, Lip GY, De Caterina R, Savelieva I, Atar D, Hohnloser SH, et al. 2012 focused update of the ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation: an update of the 2010 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation * Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association. *Eur Heart J*. 2012; 33:2719-2747 [M,III]
22922413

Zannad F, Gattis Stough W, Rossignol P, Bauersachs J, McMurray JJ, et al. Mineralocorticoid receptor antagonists for heart

failure with reduced ejection fraction: integrating evidence into clinical practice. *Eur Heart J*. 2012; 33:2782-2795 [R,I]
22942339

FAMILY MEDICINE

Chae SY, Chae MH, Tyndall A, Ramirez MR, Winter RO. Can we effectively use the two-item PHQ-2 to screen for postpartum depression? *Fam Med*. 2012; 44:698-703 [T,I]
23148001

Oyama O, Burg MA, Fraser K, Kosch SG. Mental health treatment by family physicians: current practices and preferences. *Fam Med*. 2012; 44:704-711 [T,I]
23148002

Carek PJ, Peterson L, Shokar NK, Johnson SP, Knoll ME, Mainous Iii AG. Graduate medical education and primary care workforce: a CERA study. *Fam Med*. 2012; 44:712-715 [T,I]
23148003

Carlston DL, Mattar AA, Packard J. Exploratory analysis of patients' motivations to quit smoking and participate in smoking cessation classes. *Fam Med*. 2012; 44:727-730 [T,I]
23148007

GACETA SANITARIA

Alvarez C, Pastor G, Linares M, Serrano J, Rodríguez L. Motivaciones para el embarazo adolescente. *Gac Sanit*. 2012; 26:497-503 [C,I]
22521341

Rodríguez J, Traverso CI. Conductas sexuales en adolescentes de 12 a 17 años de Andalucía. *Gac Sanit*. 2012; 26:519-524 [T,I]
22483409

Chodzko-Zajko WJ, Schwingel A, Romo-Pérez V. Un análisis crítico sobre las recomendaciones de actividad física en España. *Gac Sanit*. 2012; 26:525-533 [T,I]
22361642

Jiménez-Sánchez S, Fernández-de-Las-Peñas C, Carrasco-Garrido P, Hernández-Barrera V, Alonso-Blanco C, Palacios-Ceña D, et al. Prevalencia de dolor crónico de cabeza, cervical y lumbar, y factores asociados, en mujeres residentes en la Comunidad de Madrid (España) *Gac Sanit*. 2012; 26:534-540 [T,I]
22342049

Casado-Mejía R, Ruiz-Arias E, Solano-Parés A. El cuidado familiar prestado por mujeres inmigrantes y su repercusión en la calidad del cuidado y en la salud. *Gac Sanit*. 2012; 26:547-553 [C,I]
22464023

Andrés-Pretel F, Navarro B, Párraga I, de la Torre MA, Jiménez MA, López-Torres J. Conocimientos y actitudes de los mayores hacia el documento de voluntades anticipadas. *Gac Sanit*. 2012; 26:570-573 [T,I]
22444520

Sala M, Salas D, Zubizarreta R, Asuncion N, Rué M, Castells X; en nombre de los grupos de investigación RAFF e INCA. Situación de la investigación en el cribado de cáncer de mama en España: implicaciones para la prevención. *Gac Sanit*. 2012; 26:574-581 [S,II]
22424970

Saigí F, Cerdá I, Guanyabens J, Carrau E. Los registros de salud personal: el caso de la Carpeta Personal de Salud de Cataluña. *Gac Sanit.* 2012; 26:582-584 [R,I]
22554458

GUT

Aziz Q. Brain-gut interactions in the regulation of satiety: new insights from functional brain imaging. *Gut* 2012; 61:1521-1522 [AO,I]
22661493

JOURNAL OF THE AMERICAN BOARD OF FAMILY MEDICINE

O'Farrell CM, Green BB, Reid RJ, Bowen D, Baldwin LM. Physician-patient colorectal cancer screening discussions by physicians' screening rates. *J Am Board Fam Med.* 2012; 25:771-781 [C,I]
23136315

Mold JW, Holtzclaw BJ, McCarthy L. Night sweats: a systematic review of the literature. *J Am Board Fam Med.* 2012; 25:878-893 [M,II]
23136329

JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION

Sesso HD, Christen WG, Bubes V, Smith JP, MacFadyen J, Schvartz M, et al. Multivitamins in the prevention of cardiovascular disease in men: the Physicians' Health Study II randomized controlled trial. *JAMA.* 2012; 308:1751-1760 [EC,I]
23117775

Lonn EM. Multivitamins in prevention of cardiovascular disease. *JAMA.* 2012; 308:1802-1803 [AO,I]
23117781

Alexander GC, Kruszewski SP, Webster DW. Rethinking opioid prescribing to protect patient safety and public health. *JAMA.* 2012; 308:1865-1866 [AO,I]
23150006

Gaziano JM, Sesso HD, Christen WG, Bubes V, Smith JP, MacFadyen J, et al. Multivitamins in the prevention of cancer in men: the Physicians' Health Study II randomized controlled trial. *JAMA.* 2012; 308:1871-1880 [EC,I]
23162860

Palm-Meinders IH, Koppen H, Terwindt GM, Launer LJ, Konishi J, Moonen JM, et al. Structural brain changes in migraine. *JAMA.* 2012; 308:1889-1897 [S,II]
23150008

Bach PB, Lewis RJ. Multiplicities in the assessment of multiple vitamins: is it too soon to tell men that vitamins prevent cancer? *JAMA.* 2012; 308:1916-1917 [AO,I]
23150011

Friedman DI, Dodick DW. White matter hyperintensities in migraine: reason for optimism. *JAMA.* 2012; 308:1920-1921 [AO,I]
23150012

Zafonte RD, Bagiella E, Ansel BM, Novack TA, Friedewald WT, Hesdorffer DC, et al. Effect of citicoline on functional and cognitive status among patients with traumatic brain injury:

Citicoline Brain Injury Treatment Trial (COBRIT). *JAMA.* 2012; 308:1993-2000 [EC,I]
23168823

Mozaffarian D, Marchioli R, Macchia A, Silletta MG, Ferrazzi P, Gardner TJ, et al; OPERA Investigators. Fish oil and postoperative atrial fibrillation: the Omega-3 Fatty Acids for Prevention of Post-operative Atrial Fibrillation (OPERA) randomized trial. *JAMA.* 2012; 308:2001-2011 [EC,I]
23128104

Gitlin LN, Kales HC, Lyketsos CG. Nonpharmacologic management of behavioral symptoms in dementia. *JAMA.* 2012; 308:2020-2029 [R,I]
23168825

Ruff RL, Riechers RG. Effective treatment of traumatic brain injury: learning from experience. *JAMA.* 2012; 308:2032-2033 [AO,I]
23168827

MEDICINA CLINICA

Gené J, Borràs A, Contel JC, Ascaso C, González M, Gallo P; Equipo de Investigación HC>65. Factores asociados a ingreso hospitalario en una cohorte de pacientes ancianos incorporados a un programa de atención domiciliaria. *Med Clin (Barc).* 2012; 139:473-478 [S,I]
22592080

Milà R, Formiga F, Duran P, Abellana R. Prevalencia de malnutrición en la población anciana española: una revisión sistemática. *Med Clin (Barc).* 2012; 139:502-508 [M,II]
22677049

Vila L, Velasco I, González S, Morales F, Sánchez E, Lailla JM, et al; el Grupo de Trabajo de Trastornos por Deficiencia de Yodo y Disfunción Tiroidea de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición. Detección de la disfunción tiroidea en la población gestante: está justificado el cribado universal. *Med Clin (Barc).* 2012; 139:509.e1-e11 [R,II]
22981085

Barneto MC, Garmendia JR, Ardura J, Casaseca JP, Andrés JM, Corral E. Relación entre infarto de miocardio y ritmo circadiano en pacientes atendidos por un servicio de emergencias prehospitalario. *Med Clin (Barc).* 2012; 139:515-521 [T,I]
22206796

Miravittles M, Llor C, Calvo E, Diaz S, Díaz-Cuervo H, Gonzalez-Rojas N. Validación de la versión traducida del Chronic Obstructive Pulmonary Disease-Population Screener (COPD-PS). Su utilidad y la del FEV1/FEV6 para el diagnóstico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Med Clin (Barc).* 2012; 139:522-530 [T,I]
22015009

Robles NR. ¿Es peligroso reducir excesivamente la presión arterial?: la curva J. *Med Clin (Barc).* 2012; 139:535-537 [AO,I]
22841462

Manzarbeitia J, Rodríguez L. Hipoglucemia en ancianos con diabetes. *Med Clin (Barc).* 2012; 139:547-552 [R,I]
22571849

Ortega-Calvo M, González-García L, Corchado-Albalat Y. La E-dirección de una tesis doctoral en ciencias de la salud. *Aten Primaria.* 2012; 44:638-640 [AO,I]
22980945

MORBIDITY AND MORTALITY WEEKLY REPORT

Division of Global HIV/AIDS, Center for Global Health. Integrated prevention services for HIV infection, viral hepatitis, sexually transmitted diseases, and tuberculosis for persons who use drugs illicitly: summary guidance from CDC and the U.S. Department of Health and Human Services. *MMWR Recomm Rep.* 2012;61(RR-5):1-40 [M,III]
23135062

REUMATOLOGIA CLINICA

Toledano E, Candelas G, Rosales Z, Martínez Prada C, León L, et al. A meta-analysis of mortality in rheumatic diseases. *Reumatol Clin.* 2012; 08:334-341 [M,II]
22789463

REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGIA

Bayés de Luna A, Elosua R. Muerte súbita. *Rev Esp Cardiol.* 2012; 65:1039-1052 [R,II]
22959179

THE LANCET

Cardiac arrhythmias revisited. *Lancet.* 2012; 380:1446 [AO,I]
23101699

Camm AJ. Cardiac arrhythmias--trials and tribulations. *Lancet.* 2012; 380:1448-1451 [AO,I]
23101702

Netterstrøm B. Job strain as a measure of exposure to psychological strain. *Lancet.* 2012; 380:1455-1456 [AO,I]
22981902

Kivimäki M, Nyberg ST, Batty GD, Fransson EI, Heikkilä K, Alfredsson L, et al; IPD-Work Consortium. Job strain as a risk factor for coronary heart disease: a collaborative meta-analysis of individual participant data. *Lancet* 2012; 380:1491-1497 [M,II]
22981903

Lee G, Sanders P, Kalman JM. Catheter ablation of atrial arrhythmias: state of the art. *Lancet.* 2012; 380:1509-1519 [R,II]
23101718

John RM, Tedrow UB, Koplan BA, Albert CM, Epstein LM, Sweeney MO, et al. Ventricular arrhythmias and sudden cardiac death. *Lancet.* 2012; 380:1520-1529 [R,I]
23101719

Understanding self-harm. *Lancet.* 2012; 380:1532 [AO,I]
23122235

Health risks from toxic pollution. *Lancet.* 2012; 380:1532 [AO,I]
23122234

Chung KF. Gabapentin: a suppressant for refractory chronic cough. *Lancet.* 2012; 380:1540-1541 [AO,I]
22951081

Ryan NM, Birring SS, Gibson PG. Gabapentin for refractory chronic cough: a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet.* 2012; 380:1583-1589 [EC,I]
22951084

Bringing postnatal depression out of the shadows. *Lancet.* 2012; 380:1621 [AO,I]
23141599

Stevens PE, Farmer CK. Association of kidney disease measures with poor outcomes. *Lancet.* 2012; 380:1628-1630 [AO,I]
23013601

The breast cancer screening debate: closing a chapter? *Lancet.* 2012; 380:1714 [AO,II]
23117179

Engelgau MM, Gregg EW. Tackling the global diabetes burden: will screening help? *Lancet.* 2012; 380:1716-1718 [AO,I]
23040423

Vassiliou VS, Flynn PD. Apixaban in atrial fibrillation: does predicted risk matter? *Lancet.* 2012; 380:1718-1720 [AO,I]
23036897

Simmons RK, Echouffo-Tcheugui JB, Sharp SJ, Sargeant LA, Williams KM, Prevost AT, et al. Screening for type 2 diabetes and population mortality over 10 years (ADDITION-Cambridge): a cluster-randomised controlled trial. *Lancet.* 2012; 380:1741-1748 [EC,I]
23040422

Lopes RD, Al-Khatib SM, Wallentin L, Yang H, Ansell J, Bahit MC, et al. Efficacy and safety of apixaban compared with warfarin according to patient risk of stroke and of bleeding in atrial fibrillation: a secondary analysis of a randomised controlled trial. *Lancet.* 2012; 380:1749-1758 [EC,II]
23036896

Independent UK Panel on Breast Cancer Screening. The benefits and harms of breast cancer screening: an independent review. *Lancet.* 2012; 380:1778-1786 [R,II]
23117178

THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE

Kesselheim AS, Avorn J, Greene JA. Risk, responsibility, and generic drugs. *N Engl J Med.* 2012; 367:1679-1681 [AO,I]
23113477

Nielsen SF, Nordestgaard BG, Bojesen SE. Statin use and reduced cancer-related mortality. *N Engl J Med.* 2012; 367:1792-1802 [S,II]
23134381

Coenraads PJ. Hand eczema. *N Engl J Med.* 2012; 367:1829-1837 [R,I]
23134383

Caporaso NE. Statins and cancer-related mortality--let's work together. *N Engl J Med.* 2012; 367:1848-1850 [AO,I]
23134387

Roth EM, McKenney JM, Hanotin C, Asset G, Stein EA. Atorvastatin with or without an antibody to PCSK9 in primary hypercholesterolemia. *N Engl J Med.* 2012; 367:1891-1900 [EC,I]
23113833

Girotra S, Nallamothu BK, Spertus JA, Li Y, Krumholz HM, Chan PS; American Heart Association Get with the Guidelines-Resuscitation Investigators. Trends in survival after in-hospital cardiac arrest. *N Engl J Med.* 2012; 367:1912-1920 [S,I]
23150959

Cerreta F, Eichler HG, Rasi G. Drug policy for an aging population--the European Medicines Agency's geriatric medicines strategy. *N Engl J Med.* 2012; 367:1972-1974 [AO,I]
23171092

Brighton TA, Eikelboom JW, Mann K, Mister R, Gallus A, Ockelford P, et al; ASPIRE Investigators. Low-dose aspirin for preventing recurrent venous thromboembolism. *N Engl J Med.* 2012; 367:1979-1987 [EC,II]
23121403

Bleyer A, Welch HG. Effect of three decades of screening mammography on breast-cancer incidence. *N Engl J Med.* 2012; 367:1998-2005 [S,II]
23171096

Lichtenstein P, Halldner L, Zetterqvist J, Sjölander A, Serlachius E, Fazel S, et al. Medication for attention deficit-hyperactivity disorder and criminality. *N Engl J Med.* 2012; 367:2006-2014 [S,II]
23171097

Warkentin TE. Aspirin for dual prevention of venous and arterial thrombosis. *N Engl J Med.* 2012; 367:2039-2041 [AO,I]
23121404

THORAX

Wedzicha JA, Donaldson GC. Natural history of successive COPD exacerbations. *Thorax* 2012; 67:935-936 [AO,I]
22858927

Suissa S, Dell'aniello S, Ernst P. Long-term natural history of chronic obstructive pulmonary disease: severe exacerbations and mortality. *Thorax* 2012; 67:957-963 [S,II]
22684094

DICIEMBRE

ACADEMIC MEDICINE

Watson RT. Commentary: discovering a different model of medical student education. *Acad Med.* 2012; 87:1662-1664 [AO,I]
23187916

Ginsburg S, Bernabeo E, Ross KM, Holmboe ES. "It depends": results of a qualitative study investigating how practicing internists approach professional dilemmas. *Acad Med.* 2012; 87:1685-1693 [C,I]
23095932

ANNALS OF INTERNAL MEDICINE

Martínez ME, Thompson P, Messer K, Ashbeck EL, Lieberman DA, Baron JA, et al. One-year risk for advanced colorectal neoplasia: U.S. versus U.K. risk-stratification guidelines. *Ann Intern Med.* 2012; 157:856-864 [M,II]
23247939

Pinto RZ, Maher CG, Ferreira ML, Hancock M, Oliveira VC, McLachlan AJ et al. Epidural corticosteroid injections in the management of sciatica: a systematic review and meta-analysis. *Ann Intern Med.* 2012; 157:865-877 [M,II]

Houle SK, McAlister FA, Jackevicius CA, Chuck AW, Tsuyuki RT. Does performance-based remuneration for individual

health care practitioners affect patient care? A systematic review. *Ann Intern Med.* 2012; 157:889-899 [M,II]
23247940

Roland M. Pay-for-performance: not a magic bullet. *Ann Intern Med.* 2012; 157:912-913 [AO,I]
23247942

Moyer VA; on behalf of the U.S. Preventive Services Task Force. Screening for ovarian cancer: U.S. Preventive Services Task Force reaffirmation recommendation statement. *Ann Intern Med* 2012 [Epub ahead of print] [M,II]
22964825

ARCHIVES OF INTERNAL MEDICINE

Gaziano JM. Should we fast before we measure our lipids? *Arch Intern Med.* 2012; 172:1705-1706 [AO,I]

Khera AV, Mora S. Fasting for lipid testing: is it worth the trouble? comment on "Fasting time and lipid levels in a community-based population" *Arch Intern Med.* 2012; 172:1710-1711 [AO,I]

Dupre ME, George LK, Liu G, Peterson ED. The cumulative effect of unemployment on risks for acute myocardial infarction. *Arch Intern Med.* 2012; 172:1731-1737 [S,I]

Sidhu D, Naugler C. Fasting time and lipid levels in a community-based population: a cross-sectional study. *Arch Intern Med.* 2012; 1-4 [Epub ahead of print] [T,II]
23147400

Butt DA, Mamdani M, Austin PC, Tu K, Gomes T, Glazier RH. The risk of hip fracture after initiating antihypertensive drugs in the elderly. *Arch Intern Med.* 2012; 1-6 [Epub ahead of print] [S,II]
23165923

Vivante A, Golan E, Tzur D, Leiba A, Tirosh A, Skorecki K, et al. Body mass index in 1.2 million adolescents and risk for end-stage renal disease. *Arch Intern Med.* 2012; 1-7 [Epub ahead of print] [S,I]
23108588

Jenkins DJ, Kendall CW, Augustin LS, Mitchell S, Sahye-Pudaruth S, Blanco S, et al. Effect of legumes as part of a low glycemic index diet on glycemic control and cardiovascular risk factors in type 2 diabetes mellitus: a randomized controlled trial. *Arch Intern Med.* 2012; 1-8 [Epub ahead of print] [EC,I]
23089999

ATENCION PRIMARIA

Agustí C, Mascort J, Carrillo R, Casabona J. Detección precoz de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en el contexto de Atención Primaria. *Aten Primaria.* 2012; 44:689-690 [AO,I]
23182351

Peiró S. Para salir del hoyo, lo primero es dejar de cavar. *Aten Primaria.* 2012; 44:691-694 [R,II]
22980942

Ferré-Grau C, Sevilla-Casado M, Boqué-Cavallé M, Aparicio-Casals MR, Valdivieso-López A, Lleixà-Fortuño M. Efectividad de la técnica de resolución de problemas aplicada por enfermeras: disminución de la ansiedad y la depresión

en cuidadoras familiares. *Aten Primaria*. 2012; 44:695-701 [EC,I]
22784661

Ramalle-Gómara E. La importancia de evaluar las intervenciones sanitarias. *Aten Primaria*. 2012; 44:701-702 [AO,I]
23140839

Garzón G, Rodríguez D, Rodríguez MÁ, Toledo D, Hernández V, Gil A. Evaluación sobre historia clínica electrónica. Asociación entre indicadores de proceso medidos sobre historia electrónica y resultados intermedios en salud, en pacientes con hipertensión. *Aten Primaria*. 2012; 44:709-719 [T,I]
22980946

Gisbert JP, Calvet X, Ferrándiz J, Mascort JJ, Alonso-Coello P, Marzo M. Manejo del paciente con dispepsia. Guía de práctica clínica. Actualización 2012. Resumen ejecutivo. *Aten Primaria*. 2012; 44:728-733 [M,II]
23089244

Brotons C, Lobos JM, Martín E, Galán AM; por el grupo de Prevención Cardiovascular del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS). Evidencias del tratamiento antiagregante. Recomendaciones PAPPS. *Aten Primaria*. 2012; 44:734-736 [M,II]
22980944

Gisbert JP, Calvet X, Ferrándiz J, Mascort J, Alonso-Coello P, Marzo M. Guía de práctica clínica sobre el manejo del paciente con dispepsia. Actualización 2012. *Aten Primaria*. 2012; 44:727.e1-e38 [M,II]
23036729

BRITISH MEDICAL JOURNAL

O'Driscoll R. Emergency oxygen use. *BMJ*. 2012; 345:e6856 [AO,I]
23078806

Kuyken W, Crane R, Dalgleish T. Does mindfulness based cognitive therapy prevent relapse of depression? *BMJ*. 2012; 345:e7194 [R,I]
23144206

Hoge EA, Ivkovic A, Fricchione GL. Generalized anxiety disorder: diagnosis and treatment. *BMJ*. 2012; 345:e7500 [R,I]
23187094

Hoghton M, Martin G, Chauhan U. Annual health checks for people with intellectual disabilities. *BMJ*. 2012; 345:e7589 [R,I]
23153840

Bischoff EW, Akkermans R, Bourbeau J, van Weel C, Vercoulen JH, Schermer TR. Comprehensive self management and routine monitoring in chronic obstructive pulmonary disease patients in general practice: randomised controlled trial. *BMJ*. 2012; 345:e7642 [EC,I]
23190905

Hooper L, Abdelhamid A, Moore HJ, Douthwaite W, Skeaff CM, Summerbell CD. Effect of reducing total fat intake on body weight: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials and cohort studies. *BMJ*. 2012; 345:e7666 [M,II]
23220130

Whinnett ZI, Sohaib SM, Davies DW. Diagnosis and management of supraventricular tachycardia. *BMJ*. 2012; 345:e7769 [R,I]
23233691

Selmer C, Olesen JB, Hansen ML, Lindhardtsen J, Olsen AM, Madsen JC, et al. The spectrum of thyroid disease and risk of new onset atrial fibrillation: a large population cohort study. *BMJ*. 2012; 345:e7895 [S,II]
23186910

Aziz I, Hadjivassiliou M, Sanders DS. Does gluten sensitivity in the absence of coeliac disease exist? *BMJ*. 2012; 345:e7907 [AO,I]
23204002

Schoeman SA, Stewart CM, Booth RA, Smith SD, Wilcox MH, Wilson JD. Assessment of best single sample for finding chlamydia in women with and without symptoms: a diagnostic test study. *BMJ*. 2012; 345:e8013 [T,I]
23236032

Hindin MJ, Decker MR, Moreau C. Contraception policies in the US are reactionary. *BMJ*. 2012; 345:e8069 [AO,I]
23204004

Kharazmi E, Fallah M, Sundquist K, Hemminki K. Familial risk of early and late onset cancer: nationwide prospective cohort study. *BMJ*. 2012; 345:e8076 [S,I]
23257063

Stewart CM, Schoeman SA, Booth RA, Smith SD, Wilcox MH, Wilson JD. Assessment of self taken swabs versus clinician taken swab cultures for diagnosing gonorrhoea in women: single centre, diagnostic accuracy study. *BMJ*. 2012; 345:e8107 [T,I]
23236033

Newbatt E, Beckles Z, Ullman R, Lumsden MA; on behalf of the Guideline Development Group. Ectopic pregnancy and miscarriage: summary of NICE guidance. *BMJ*. 2012; 345:e8136 [M,II]
23236034

Shatrugna V, Srivatsan R. The right to food security. *BMJ*. 2012; 345:e8273 [AO,I]
23230218

Huedo-Medina TB, Kirsch I, Mittlemass J, Klonizakis M, Siriwardena AN. Effectiveness of non-benzodiazepine hypnotics in treatment of adult insomnia: meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. *BMJ*. 2012; 345:e8343 [M,II]
23248080

Godlee F. Gluten sensitivity: real or not? *BMJ*. 2012; 345:e8450 [AO,I]

Brunet MD, McCartney M, Heath I, Tomlinson J, Gordon P, Cosgrove J, et al. There is no evidence base for proposed dementia screening. *BMJ*. 2012; 345:e8588 [R,II]
23271709

Cunnington D. Non-benzodiazepine hypnotics: do they work for insomnia? *BMJ*. 2012; 346:e8699 [AO,I]
23284161

CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION JOURNAL

Gustafson R, Montaner J, Sibbald B. Seek and treat to optimize HIV and AIDS prevention. *CMAJ*. 2012; 184:1971 [AO,I]
23184845

Willcox B. Successful aging: is there hope? CMAJ. 2012; 184:1973-1974 [AO,I]
23128281

Sabia S, Singh-Manoux A, Hagger-Johnson G, Cambois E, Brunner EJ, Kivimaki M. Influence of individual and combined healthy behaviours on successful aging. CMAJ. 2012; 184:1985-1992 [S,II]
23091184 R/C

Noordam R, de Craen AJ, Pedram P, Maier AB, Mooijaart SP, van Pelt J, et al. Levels of 25-hydroxyvitamin D in familial longevity: the Leiden Longevity Study. CMAJ. 2012; 184:E963-E968 [CC,I]
23128285 R/C

CIRCULATION

Kitamura T, Iwami T, Kawamura T, Nitta M, Nagao K, Nonogi H, et al; for the Japanese Circulation Society Resuscitation Science Study Group. Nationwide improvements in survival from out-of-hospital cardiac arrest in Japan. Circulation. 2012; 126:2834-2843 [S,II]
23035209 R/C

Iwami T, Kitamura T, Kawamura T, Mitamura H, Nagao K, Takayama M, et al; for the Japanese Circulation Society Resuscitation Science Study (JCS-ReSS) Group. Chest compression-only cardiopulmonary resuscitation for out-of-hospital cardiac arrest with public-access defibrillation: a nationwide cohort study. Circulation. 2012; 126:2844-2851 [S,II]
23230315 R/C

Kushner RF. Clinical assessment and management of adult obesity. Circulation. 2012; 126:2870-2877 [R,I]
23230316

Whelton PK, Appel LJ, Sacco RL, Anderson CA, Antman EM, Campbell N, et al. Sodium, blood pressure, and cardiovascular disease: further evidence supporting the American Heart Association sodium reduction recommendations. Circulation. 2012; 126:2880-2889 [R,II]
23124030 R/C

Aboyans V, Criqui MH, Abraham P, Allison MA, Creager MA, Diehm C, et al; on behalf of the American Heart Association Council on Peripheral Vascular Disease; Council on Epidemiology and Prevention; Council on Clinical Cardiology; Council on Cardiovascular Nursing; Council on Cardiovascular Radiology and Intervention, and Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia. Measurement and interpretation of the ankle-brachial index: a scientific statement from the American Heart Association. Circulation. 2012; 126:2890-2909 [M,II]
23159553

Shihab HM, Meoni LA, Chu AY, Wang NY, Ford DE, Liang KY, et al. Body mass index and risk of incident hypertension over the life course: the Johns Hopkins precursors study. Circulation. 2012; 126:2983-2989 [S,II]
23151344

Fihn SD, Gardin JM, Abrams J, Berra K, Blankenship JC, Dallas AP, et al. 2012 ACCF/AHA/ACP/AATS/PCNA/SCAI/STS Guideline for the diagnosis and management of patients with stable ischemic heart disease: executive summary: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines, and the American College of

Physicians, American Association for Thoracic Surgery, Preventive Cardiovascular Nurses Association, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, and Society of Thoracic Surgeons. Circulation. 2012; 126:3097-3137.[M,III]
23166210

Fihn SD, Gardin JM, Abrams J, Berra K, Blankenship JC, Dallas AP, et al. 2012 ACCF/AHA/ACP/AATS/PCNA/SCAI/STS Guideline for the diagnosis and management of patients with stable ischemic heart disease: executive summary: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines, and the American College of Physicians, American Association for Thoracic Surgery, Preventive Cardiovascular Nurses Association, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, and Society of Thoracic Surgeons. Circulation. 2012; 126:e354-e471 [M,III]
23166211

DIABETES CARE

Ratner RE. The imperative to prevent diabetes. Diabetes Care. 2012; 35:2417-2418 [AO,I]
23173126

Cohen RM, Lindsell CJ. When the blood glucose and the HbA1c don't match: turning uncertainty into opportunity. Diabetes Care 2012;35:2421-2423 [AO,I]
23173128

Owens DR. Glargine and cancer: can we now suggest closure? Diabetes Care. 2012; 35:2426-2428 [AO,I]
23173130

Boyle J, Eriksson ME, Gribble L, Gouni R, Johnsen S, Coppini DV, et al. Randomized, placebo-controlled comparison of amitriptyline, duloxetine, and pregabalin in patients with chronic diabetic peripheral neuropathic pain: impact on pain, polysomnographic sleep, daytime functioning, and quality of life. Diabetes Care. 2012; 35:2451-2458 [EC,II]
22991449

Regidor E, Franch J, Seguí M, Serrano R, Rodríguez-Artalejo F, Artola S. Traditional risk factors alone could not explain the excess mortality in patients with diabetes: a national cohort study of older Spanish adults. Diabetes Care. 2012; 35:2503-2509 [S,I]
22875228

Kroon MH, van den Hurk K, Alsema M, Kamp O, Stehouwer CD, Henry RM, et al. Prospective associations of B-type natriuretic peptide with markers of left ventricular function in individuals with and without type 2 diabetes: an 8-year follow-up of the Hoorn study. Diabetes Care. 2012; 35:2510-2514 [S,I]
23033248

Tabák AG, Carstensen M, Witte DR, Brunner EJ, Shipley MJ, Jokela M, et al. Adiponectin trajectories before type 2 diabetes diagnosis: Whitehall II study. Diabetes Care. 2012; 35:2540-2547 [CC,I]
22933430

Kirkman MS, Briscoe VJ, Clark N, Florez H, Haas LB, Halter JB, et al. Diabetes in older adults. Diabetes Care. 2012; 35:2650-2664 [R,I]
23100048

Suissa S, Azoulay L. Metformin and the risk of cancer: time-related biases in observational studies. *Diabetes Care*. 2012; 35:2665-2673 [R,II]
23173135

Sacks DB. Measurement of hemoglobin A1c: a new twist on the path to harmony. *Diabetes Care*. 2012; 35:2674-2680 [AO,I]
23173136

Avery L, Flynn D, van Wersch A, Sniehotta FF, Trenell MI. Changing physical activity behavior in type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis of behavioral interventions. *Diabetes Care*. 2012; 35:2681-2689 [M,II]
23173137

Esposito K, Chiodini P, Capuano A, Petrizzo M, Improta MR, Giugliano D. Basal supplementation of insulin lispro protamine suspension versus insulin glargine and detemir for type 2 diabetes: meta-analysis of randomized controlled trials. *Diabetes Care*. 2012; 35:2698-2705 [M,II]
23173139

DRUGS

Robinson JD, Neumiller JJ, Campbell RK. Can a new ultra-long-acting insulin analogue improve patient care? Investigating the potential role of insulin degludec. *Drugs*. 2012; 72:2319-2325 [R,II]
23145524

Mercadante S, Craig D, Giarratano A. US Food and Drug Administration's risk evaluation and mitigation strategy for extended-release and long-acting opioids: pros and cons, and a european perspective. *Drugs*. 2012; 72:2327-2332 [R,II]
23116252

Trikudanathan G, Venkatesh PG, Navaneethan U. Diagnosis and therapeutic management of extra-intestinal manifestations of inflammatory bowel disease. *Drugs*. 2012; 72:2333-2349 [R,I]
23181971

de Vries FM, Denig P, Pouwels KB, Postma MJ, Hak E. Primary prevention of major cardiovascular and cerebrovascular events with statins in diabetic patients: a meta-analysis. *Drugs*. 2012; 72:2365-2373 [M,II]
23186103

ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y MICROBIOLOGIA CLINICA

Campos J. Uso de los antibióticos en la comunidad: la prevalencia como punto de partida. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2012; 30:589-590 [AO,I]
22955003

EUROPEAN HEART JOURNAL

Stone GW. Simple aspiration in acute myocardial infarction: too simple to be true? *Eur Heart J*. 2012; 33:3005-3007 [AO,I]
23095986

Konstantinides S, Goldhaber SZ. Pulmonary embolism: risk assessment and management. *Eur Heart J*. 2012; 33:3014-3022 [R,I]
22961946

Noman A, Egred M, Bagnall A, Spyridopoulos I, Jamieson S, Ahmed J. Impact of thrombus aspiration during primary

percutaneous coronary intervention on mortality in ST-segment elevation myocardial infarction. *Eur Heart J*. 2012; 33:3054-3061 [S,II]
22991455

FAMILY PRACTICE

Reuther LØ, Paulsen MS, Andersen M, Schultz-Larsen P, Christensen HR, Munck A, et al. Is a targeted intensive intervention effective for improvements in hypertension control? A randomized controlled trial. *Fam Pract*. 2012; 29:626-632 [EC,I]
22565110

Mutrie N, Doolin O, Fitzsimons CF, Grant PM, Granat M, Grealy M, et al. Increasing older adults' walking through primary care: results of a pilot randomized controlled trial. *Fam Pract*. 2012; 29:633-642 [EC,II]
22843637

Llor C, Bjerrum L, Arranz J, García G, Cots JM, González López-Valcárcel B, et al. C-reactive protein testing in patients with acute rhinosinusitis leads to a reduction in antibiotic use. *Fam Pract*. 2012; 29:653-658 [QE,I]
22447979

Knottnerus BJ, Grigoryan L, Geerlings SE, Moll van Charante EP, Verheij TJ, Kessels AG, et al. Comparative effectiveness of antibiotics for uncomplicated urinary tract infections: Network meta-analysis of randomized trials. *Fam Pract*. 2012; 29:659-670 [M,II]
22516128

Boffin N, Bossuyt N, Declercq T, Vanthomme K, Van Casteren V. Incidence, patient characteristics and treatment initiated for GP-diagnosed depression in general practice: results of a 1-year nationwide surveillance study. *Fam Pract*. 2012; 29:678-687 [T,II]
22523390

Boffin N, Bossuyt N, Vanthomme K, Van Audenhove C, Van Casteren V. Short-term follow-up of patients diagnosed by their GP with mild depression or first-time moderate depression. Results of a 1-year nationwide surveillance study. *Fam Pract*. 2012; 29:688-695 [S,II]
22523392

Aizpuru F, Latorre A, Ibáñez B, García KL, Vergara I, Pz de Arriba J, et al. Variability in the detection and monitoring of chronic patients in primary care according to what is registered in the electronic health record. *Fam Pract*. 2012; 29:696-705 [T,I]
22421060

Venekamp RP, Rovers MM, Verheij TJ, Bonten MJ, Sachs AP. Treatment of acute rhinosinusitis: discrepancy between guideline recommendations and clinical practice. *Fam Pract*. 2012; 29:706-712 [S,I]
22389427

Ball L, Hughes R, Desbrow B, Leveritt M. Patients' perceptions of nutrition care provided by general practitioners: focus on Type 2 diabetes. *Fam Pract*. 2012; 29:719-725 [T,I]
22427439

Lalonde L, Goudreau J, Hudon E, Lussier MT, Duhamel F, Bélanger D, et al; Group for TRANSIT to Best Practices in Cardiovascular Disease Prevention in Primary Care. Priorities for action to improve cardiovascular preventive care of patients with multimorbid conditions in primary

care--a participatory action research project. *Fam Pract.* 2012; 29:733-741 [C,I]
22379187

GUT

Khan SA, Davidson BR, Goldin RD, Heaton N, Karani J, Pereira SP, et al. Guidelines for the diagnosis and treatment of cholangiocarcinoma: an update. *Gut.* 2012; 61:1657-1669 [M,II]
22895392

JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION

Moses H 3rd, Dorsey ER. Biomedical research in an age of austerity. *JAMA.* 2012; 308:2341-2342 [AO,I]
23240142

de Boer IH. Chronic kidney disease—a challenge for all ages. *JAMA.* 2012; 308:2401-2402 [AO,I]
23111858

Musch DC, Gardner TW. Diabetes and nonrefractive visual impairment: the young have it. *JAMA.* 2012; 308:2403-2404 [AO,I]
23232897

Klein BE, Howard KP, Gangnon RE, Dreyer JO, Lee KE, Klein R. Long-term use of aspirin and age-related macular degeneration. *JAMA.* 2012; 308:2469-2478 [S,I]
23288416

Gregg EW, Chen H, Wagenknecht LE, Clark JM, Delahanty LM, Bantle J, et al; for the Look AHEAD Research Group. Association of an intensive lifestyle intervention with remission of type 2 diabetes. *JAMA.* 2012; 308:2489-2496 [EC,II]
23288372

Sullivan D, Olsson AG, Scott R, Kim JB, Xue A, GebSKI V, et al. Effect of a monoclonal antibody to PCSK9 on low-density lipoprotein cholesterol levels in statin-intolerant patients: the GAUSS randomized trial. *JAMA.* 2012; 308:2497-2506 [EC,I]
23128163

Arterburn DE, O'Connor PJ. A look ahead at the future of diabetes prevention and treatment. *JAMA.* 2012; 308:2517-2518 [AO,I]
23287825

Levy D. Combating the epidemic of heart disease. *JAMA.* 2012; 308:2624-2625 [AO,I]
23268522

MEDICINA CLINICA

Bernal E, Marín I, Muñoz A, Sabán J, Sarabia F, García-Medina A, et al. El fenotipo «hipertrigliceridemia-cintura abdominal aumentada» es un factor de riesgo de aterosclerosis subclínica en pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Med Clin (Barc).* 2012; 139:561-565 [T,I]
22985869

Pujante P, Hellín MD, Román LM, Ferrer M, García MV, Tébar J. Control metabólico y pérdida de peso en pacientes con obesidad y diabetes mellitus tipo 2 tratados con exenatida. *Med Clin (Barc).* 2012; 139:572-578 [EC,I]
22209597

Vallecillo G. Fenotipo hipertrigliceridemia-cintura abdominal aumentada: ¿podemos mejorar la predicción del riesgo cardiovascular en la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana? *Med Clin (Barc).* 2012; 139:579-581 [AO,I]
22989676

Hernández C, Brenes F, Moncada I. Utilidad de los alfa-bloqueantes en el tratamiento de distintos trastornos urológicos. *Med Clin (Barc).* 2012; 139:582-587 [R,I]
22982131

Pérez-Mañá C, Llonch C, Farré M. Transparencia en la investigación clínica: registro de los ensayos clínicos y publicación de resultados. *Med Clin (Barc).* 2012; 139:593-597 [R,I]
22982127

Cerdà D, Peris P, Monegal A, Albaladejo C, Surís X, Guañabens N. Identificación de las características clínicas y alteraciones analíticas asociadas a la fractura vertebral en mujeres con osteoporosis posmenopáusica. *Med Clin (Barc).* 2012; 139:626-630 [T,I]
22459575

Alonso G, García-Martín A, Muñoz-Torres M. Vía Wnt y esclerostina como nuevas dianas para la evaluación y el tratamiento de la osteoporosis. *Med Clin (Barc).* 2012; 139:634-639 [R,I]
22613824

Soriguer F, Rubio-Martín E, Rojo-Martínez G. Prevención de la diabetes mellitus tipo 2. *Med Clin (Barc).* 2012; 139:640-646 [R,I]
22622178

Llisterri JL, Rodríguez GC, Alonso FJ, Prieto MA, Banegas JR, Gonzalez-Segura D, et al; en representación del Grupo de Trabajo de Hipertensión Arterial de la Sociedad Española de Atención Primaria (Grupo HTA/SEMERGEN) y de los investigadores del Estudio PRESCAP 2010. Control de la presión arterial en la población hipertensa española asistida en Atención Primaria. Estudio PRESCAP 2010. *Med Clin (Barc).* 2012; 139:653-661 [T,II]
22436384

Juvany R, Jódar R. Importancia de la conciliación de la medicación para garantizar la continuidad y la seguridad del proceso asistencial. *Med Clin (Barc).* 2012; 139:672-673 [AO,I]
23018056

García R. Osteonecrosis maxilar asociada a bisfosfonatos. *Med Clin (Barc).* 2012; 139:674-675 [AO,I]
23103105

Musoles S. Protección de las ideas y de los resultados de investigación. *Med Clin (Barc).* 2012; 139:688-693 [AO,I]
23103109

REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGIA

Moran A, Odden MC. Tendencias de la mortalidad por infarto de miocardio en España y Estados Unidos: ¿una carrera cuesta abajo o cuesta arriba en el siglo XXI? *Rev Esp Cardiol.* 2012; 65:069-1071 [AO,I]
22938739

Orozco-Beltrán D, Cooper RS, Gil-Guillén V, Bertomeu-Martínez V, Pita-Fernández S, Durazo-Arvizu R, et al. Tendencias en mortalidad por infarto de miocardio. Estudio comparativo entre España y Estados Unidos: 1990-2006. *Rev Esp Cardiol.* 2012; 65:1079-1085 [S,I]
22727798

Rovai D, Di Bella G, Rossi G, Pingitore A, L'abbate A. La onda R prominente en V1 pero no en V2 es un signo específico de infarto transmural lateral grande. *Rev Esp Cardiol.* 2012; 65:1101-1105 [T,I]
23010493

SCANDINAVIAN JOURNAL OF PRIMARY HEALTH CARE

Liira H. Young GPs and transforming primary care. *Scand J Prim Health Care.* 2012; 30:197-198 [AO,I]
23173998

Hetlevik O, Gjesdal S. Personal continuity of care in Norwegian general practice: a national cross-sectional study. *Scand J Prim Health Care.* 2012; 30:214-221 [T,I]
23113798

Halvorsen PA, Steinert S, Aaraas IJ. Remuneration and organization in general practice: do GPs prefer private practice or salaried positions? *Scand J Prim Health Care.* 2012; 30:229-233 [T,I]
23050804

Thorsen O, Hartveit M, Baerheim A. General practitioners' reflections on referring: an asymmetric or non-dialogical process? *Scand J Prim Health Care.* 2012; 30:241-246 [C,I]
23050793

Tilli V, Suominen K, Karlsson H. Panic disorder in primary care: Comorbid psychiatric disorders and their persistence. *Scand J Prim Health Care.* 2012; 30:247-253 [T,I]
23113695

Suija K, Rajala U, Jokelainen J, Liukkonen T, Härkönen P, Keinänen-Kiukaanniemi S, et al. Validation of the Whooley questions and the Beck Depression Inventory in older adults. *Scand J Prim Health Care.* 2012; 30:259-264 [T,I]
23113732

THE LANCET

Janes CR, Corbett KK, Jones JH, Trostle J. Emerging infectious diseases: the role of social sciences. *Lancet.* 2012; 380:1884-1886 [AO,I]
23200487

The beginning of the end of AIDS? *Lancet.* 2012; 380:1967 [AO,I]
23217850

Tonkin AM, Watts GF. Into the future: diversifying lipid management. *Lancet.* 2012; 380:1971-1974 [AO,I]
23141810

Nikfardjam M. Omega-3 fatty acids and cardioprotection-IIb or not IIb? *Lancet.* 2012; 380:1976-1977 [AO,I]
23217853

Wang H, Dwyer-Lindgren L, Lofgren KT, Rajaratnam JK, Marcus JR, Levin-Rector A, et al. Age-specific and sex-specific mortality in 187 countries, 1970-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet.* 2013; 380:2071-2094 [M,II]
23245603

Lozano R, Naghavi M, Foreman K, Lim S, Shibuya K, Aboyans V, et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis

for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet.* 2013; 380:2095-2128 [M,II]
23245604

Salomon JA, Wang H, Freeman MK, Vos T, Flaxman AD, Lopez AD, et al. Healthy life expectancy for 187 countries, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden Disease Study 2010. *Lancet.* 2013; 380:2144-2162 [M,II]
23245606

Vos T, Flaxman AD, Naghavi M, Lozano R, Michaud C, Ezzati M, et al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet.* 2013; 380:2163-2196 [M,II]
23245607

Murray CJ, Vos T, Lozano R, Naghavi M, Flaxman AD, Michaud C, et al. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet.* 2013; 380:2197-2223 [M,II]
23245608

Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet.* 2013; 380:2224-2260 [M,II]
23245609

THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE

Parving HH, Brenner BM, McMurray JJ, de Zeeuw D, Haffner SM, Solomon SD, et al; ALTITUDE Investigators. Cardiorenal end points in a trial of aliskiren for type 2 diabetes. *N Engl J Med.* 2012; 367:2204-2213 [EC,I]
23121378

Dugoff L. Application of genomic technology in prenatal diagnosis. *N Engl J Med.* 2012; 367:2249-2251 [AO,I]
23215562

Agnandji ST, Lell B, Fernandes JF, Abossolo BP, Methogo BG, Kabwende AL, et al; RTS,S Clinical Trials Partnership. A phase 3 trial of RTS,S/AS01 malaria vaccine in African infants. *N Engl J Med.* 2012; 367:2284-2295 [EC,II]
23136909

Daily JP. Malaria vaccine trials--beyond efficacy end points. *N Engl J Med.* 2012; 367:2349-2351 [AO,I]
23136910

Prockop DJ. New targets for osteoporosis. *N Engl J Med.* 2012; 367:2353-2354 [AO,I]
23234518

Fugger L, McVean G, Bell JI. Genomewide association studies and common disease--realizing clinical utility. *N Engl J Med.* 2012; 367:2370-2371 [AO,I]
23252523

THORAX

Scott M, Roberts G, Kurukulaaratchy RJ, Matthews S, Nove A, Arshad SH. Multifaceted allergen avoidance during infancy reduces asthma during childhood with the effect

persisting until age 18 years. *Thorax*. 2012; 67:1046-1051 [EC,II]
22858926

Hoyos CM, Killick R, Yee BJ, Phillips CL, Grunstein RR, Liu PY. Cardiometabolic changes after continuous positive airway pressure for obstructive sleep apnoea: a randomised sham-controlled study. *Thorax*. 2012; 67:1081-1089 [EC,I]
22561530

ENERO

ACADEMIC MEDICINE

P Sklar D. 2013 question of the year: what is a doctor? What is a nurse? *Acad Med*. 2013; 88:3 [AO,I]
23267213

Stoller JK. Commentary: recommendations and remaining questions for health care leadership training programs. *Acad Med*. 2013; 88:12-15 [AO,I]
23267224

Jochemsen-van der Leeuw HG, van Dijk N, van Etten-Jamaludin FS, Wieringa-de Waard M. The attributes of the clinical trainer as a role model: a systematic review. *Acad Med*. 2013; 88:26-34 [M,II]
23165277

Teherani A, Irby DM, Loeser H. Outcomes of different clerkship models: longitudinal integrated, hybrid, and block. *Acad Med*. 2013; 88:35-43 [QE,I]
23165275

ANNALS OF INTERNAL MEDICINE

Hodder SL, Justman J, Hughes JP, Wang J, Haley DF, Adimora AA, et al; HIV Prevention Trials Network 064; Women's HIV SeroIncidence Study Team. HIV acquisition among women from selected areas of the United States: a cohort study. *Ann Intern Med*. 2013; 158:10-18 [S,I]
23277896

Hussey PS, Wertheimer S, Mehrotra A. The association between health care quality and cost: a systematic review. *Ann Intern Med*. 2013; 158:27-34 [M,II]
23277898

Kaplan HG, Malmgren JA. The breast cancer overdiagnosis conundrum: an oncologist's viewpoint. *Ann Intern Med*. 2013; 158:60-61 [AO,I]
23277900

Guallar E, Manson JE, Laine C, Mulrow C. Postmenopausal hormone therapy: the heart of the matter. *Ann Intern Med*. 2013; 158:69-70 [AO,I]
23277904

Cottrell EB, Chou R, Wasson N, Rahman B, Guise JM. Reducing risk for mother-to-infant transmission of hepatitis C virus: a systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2013; 158:109-113 [M,II]

Linkins LA, Bates SM, Lang E, Kahn SR, Douketis JD, Julian J, et al. Selective d-dimer testing for diagnosis of a first suspected

episode of deep venous thrombosis: a randomized trial. *Ann Intern Med*. 2013; 158:93-100 [EC,II]
23318311

Chou R, Cottrell EB, Wasson N, Rahman B, Guise JM. Screening for hepatitis C virus infection in adults: a systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2013; 158:101-108 [M,II]
23183613

Chou R, Hartung D, Rahman B, Wasson N, Cottrell EB, Fu R. Comparative effectiveness of antiviral treatment for hepatitis C virus infection in adults: a systematic review. *Ann Intern Med*. 2013; 158:114-123 [M,II]

Meyer T, Shih J, Aurigemma G. Heart failure with preserved ejection fraction (diastolic dysfunction). *Ann Intern Med*. 2013; 158:ITC1-ITC11 [AO,I]
23277912

Moyer VA; on behalf of the U.S. Preventive Services Task Force. Menopausal hormone therapy for the primary prevention of chronic conditions: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med*. 2012 [Epub ahead of print] [M,II]
23090711

ATENCION PRIMARIA

Novoa AJ. No podemos esperar y cruzar los dedos. *Aten Primaria*. 2013; 45:1-2 [AO,I]
23351645

Buitrago F, Pérez FL. Medicamentos retirados de la financiación pública. *Aten Primaria*. 2013; 45:3-5 [AO,I]
22981134

Galván-Banqueri M, Santos-Ramos B, Vega-Coca MD, Alfaro-Lara ER, Nieto-Martín MD, Pérez-Guerrero C. Adecuación del tratamiento farmacológico en pacientes pluripatológicos. *Aten Primaria*. 2013; 45:6-18 [M,II]
23218683

Buitrago F. Métodos de medida de la adecuación del tratamiento farmacológico en pacientes pluripatológicos, ancianos o polimedicados. *Aten Primaria*. 2013; 45:19-20 [AO,I]
23177389

Torrijano-Casalengua ML, Olivera-Cañadas G, Astier-Peña MP, Maderuelo-Fernández JÁ, Silvestre-Busto C. Validación de un cuestionario para evaluar la cultura de seguridad del paciente de los profesionales de atención primaria en España. *Aten Primaria*. 2013; 45:21-37 [T,I]
22981282

Martín A, Jiménez J, Monreal A, Mundet X, Otero A, Alonso P; por el Grupo de Investigación Universidad y Medicina de Familia (UNIMEDFAM). Los estudiantes de medicina españoles y la medicina de familia. Datos de las 2 fases de una encuesta estatal. *Aten Primaria*. 2013; 45:38-45 [T,II]
22995410

Marín-Torres V, Valverde J, Sánchez I, Sáenz Del Castillo MI, Polentinos-Castro E, Garrido A. Internet como fuente de información sobre salud en pacientes de atención primaria y su influencia en la relación médico-paciente. *Aten Primaria*. 2013; 45:46-53 [T,I]
23140836

BRITISH MEDICAL JOURNAL

Te Morenga L, Mallard S, Mann J. Dietary sugars and body weight: systematic review and meta-analyses of randomised controlled trials and cohort studies. *BMJ*. 2012; 346:e7492 [M,II]
23321486

Willett WC, Ludwig DS. Science souring on sugar. *BMJ*. 2013; 346:e8077 [R,I]
23321488

Downer NJ, Ali NJ, Au-Yong IT. Investigating pleural thickening. *BMJ*. 2013; 346:e8376.[R,I]
23287997

Lee SJ, Boscardin WJ, Stijacic-Cenzer I, Conell-Price J, O'Brien S, Walter LC. Time lag to benefit after screening for breast and colorectal cancer: meta-analysis of survival data from the United States, Sweden, United Kingdom, and Denmark. *BMJ*. 2012; 346:e8441 [M,II]
23299842

Schrager DL, Savage DF, Altman DG. Presentation of continuous outcomes in randomised trials: an observational study. *BMJ*. 2012; 345:e8486 [T,I]
23249670

Anderson IM, Haddad PM, Scott J. Bipolar disorder. *BMJ*. 2012; 345:e8508 [R,I]
23271744

Lapi F, Azoulay L, Yin H, Nessim SJ, Suissa S. Concurrent use of diuretics, angiotensin converting enzyme inhibitors, and angiotensin receptor blockers with non-steroidal anti-inflammatory drugs and risk of acute kidney injury: nested case-control study. *BMJ*. 2013; 346:e8525 [CC,I]
23299844

Rong Y, Chen L, Zhu T, Song Y, Yu M, Shan Z, et al. Egg consumption and risk of coronary heart disease and stroke: dose-response meta-analysis of prospective cohort studies. *BMJ*. 2013; 346:e8539 [M,II]
23295181

Torjesen I. Sentinel node biopsy for melanoma: unnecessary treatment? *BMJ*. 2013; 346:e8645 [AO,I]
23299845

Bolland MJ, Jackson R, Gamble GD, Grey A. Discrepancies in predicted fracture risk in elderly people. *BMJ*. 2013; 346:e8669 [R,I]
23338005

Murray E. Screening and brief intervention for alcohol use disorders in primary care. *BMJ*. 2013; 346:e8706 [AO,I]
23303892

Nitsch D, Tomlinson LA. Safety of coprescribing NSAIDs with multiple antihypertensive agents. *BMJ*. 2013; 346:e8713 [AO,I]
23299846

Pirmohamed M. Drug-grapefruit juice interactions. *BMJ*. 2013; 346:f1 [AO,I]
23297175

Kirwan CC. Breast cancer screening: what does the future hold? *BMJ*. 2013; 346:f87 [AO,I]
23344320

Chalmers I, Glasziou P, Godlee F. All trials must be registered and the results published. *BMJ*. 2013; 346:f105 [AO,I]
23303893

Tsafnat G, Dunn A, Glasziou P, Coiera E. The automation of systematic reviews. *BMJ*. 2013; 346:f139 [R,I]
23305843

Kendall T, Hollis C, Stafford M, Taylor C; On behalf of the Guideline Development Group. Recognition and management of psychosis and schizophrenia in children and young people: summary of NICE guidance. *BMJ*. 2013; 346:f150 [M,II]
23344308

Hersch J, Jansen J, Barratt A, Irwig L, Houssami N, Howard K, et al. Women's views on overdiagnosis in breast cancer screening: a qualitative study. *BMJ*. 2013; 346:f158 [C,I]
23344309

Javaid MK, Cooper C. Commentary: Opportunities to prevent fracture are being missed. *BMJ*. 2013; 346:f278 [AO,I]
23338006

Patnick J. Benefits of cancer screening take years to appreciate. *BMJ*. 2013; 346:f299 [AO,I]
23325877

Van Os J, Murray RM. Can we identify and treat "schizophrenia light" to prevent true psychotic illness? *BMJ*. 2013; 346:f304 [AO,I]
23335475

Jackson T. How science is going sour on sugar. *BMJ*. 2013; 346:f307 [AO,I]

Godlee F. Breast screening controversy continues. *BMJ*. 2013; 346:f477 [AO,I]

CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION JOURNAL

Dawes M. Why is controlling blood pressure after stroke so difficult? *CMAJ*. 2013; 185:11-12 [AO,I]
23166288

Dollin J. Preventing cervical cancer: beyond following guidelines. *CMAJ*. 2013; 185:13-14 [AO,I]
23297137

Canadian Task Force on Preventive Health Care. Recommendations on screening for cervical cancer. *CMAJ*. 2013; 185:35-45 [M,II]
23297138

Roobol MJ, Bangma CH, Loeb S. Prostate-specific antigen screening can be beneficial to younger and at-risk men. *CMAJ*. 2013; 185:47-51 [R,I]
22566532

CIRCULATION

Khan AM, Lubitz SA, Sullivan LM, Sun JX, Levy D, Vasan RS, et al. Low serum magnesium and the development of atrial fibrillation in the community: the Framingham heart study. *Circulation*. 2013; 127:33-38 [T,I]
23172839

Parker BA, Capizzi JA, Grimaldi AS, Clarkson PM, Cole SM, Keadle J, et al. Effect of statins on skeletal muscle function. *Circulation*. 2013; 127:96-103 [EC,II]
23183941

Go AS, Mozaffarian D, Roger VL, Benjamin EJ, Berry JD, Borden WB, et al; on behalf of the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart disease and stroke statistics--2013 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. 2013; 127:e6-e245 [T,II]
23239837

DIABETES CARE

Ryan EA. Balancing weight and glucose in gestational diabetes mellitus. *Diabetes Care*. 2013; 36:6-7 [AO,I]
23264285

Saydah SH, Imperatore G, Beckles GL. Socioeconomic status and mortality: contribution of health care access and psychological distress among U.S. adults with diagnosed diabetes. *Diabetes Care*. 2013; 36:49-55 [T,II]
22933434

Raynor LA, Pankow JS, Duncan BB, Schmidt MI, Hoogeveen RC, Pereira MA, et al. Novel risk factors and the prediction of type 2 diabetes in the Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) study. *Diabetes Care*. 2013; 36:70-76 [S,I]
22933437

Smiechowski BB, Azoulay L, Yin H, Pollak MN, Suissa S. The use of metformin and the incidence of lung cancer in patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2013; 36:124-129 [S,I]
22923670

Wang X, Bao W, Liu J, Ouyang YY, Wang D, Rong S, et al. Inflammatory markers and risk of type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Diabetes Care*. 2013; 36:166-175 [M,I]
23264288

Malanda UL, Bot SD, Nijpels G. Self-monitoring of blood glucose in noninsulin-using type 2 diabetic patients: it is time to face the evidence. *Diabetes Care*. 2013; 36:176-178 [AO,I]
23264289

Polonsky WH, Fisher L. Self-monitoring of blood glucose in noninsulin-using type 2 diabetic patients: right answer, but wrong question: self-monitoring of blood glucose can be clinically valuable for noninsulin users. *Diabetes Care*. 2013; 36:179-182 [AO,I]
23264290

Executive summary: standards of medical care in diabetes--2013. *Diabetes Care*. 2013; 36 Suppl 1:S4-S10 [M,III]
23264424

American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes--2013. *Diabetes Care*. 2013; 36 Suppl 1:S11-S66 [M,II]
23264422

American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*. 2013; 36 Suppl 1:S67-S74 [M,III]
23264425

Haas L, Maryniuk M, Beck J, Cox CE, Duker P, Edwards L, et al; 2012 Standards Revision Task Force. National standards for diabetes self-management education and support. *Diabetes Care*. 2013; 36 Suppl 1:S100-S108 [M,II]
23264420

DRUGS

Croxtall JD, Dhillon S. Meningococcal quadrivalent (serogroups A, C, W135 and Y) tetanus toxoid conjugate vaccine (Nimenrix™). *Drugs*. 2012; 72:2407-2430 [EC,I]
23231026

De Vries FM, Denig P, Pouwels KB, Postma MJ, Hak E. Primary prevention of major cardiovascular and cerebrovascular events with statins in diabetic patients: a meta-analysis. *Drugs*. 2012; 72:2365-2373 [M,II]
23186103

Garnock-Jones KP. Boceprevir: a review of its use in the management of chronic hepatitis C genotype 1 infection. *Drugs*. 2012; 72:2431-2456 [R,I]
23231027

EUROPEAN HEART JOURNAL

Iung B, Vahanian A. Towards improved risk scores: the quest for the grail continues. *Eur Heart J*. 2013; 34:10-12 [AO,I]
23028170

Barili F, Pacini D, Capo A, Rasovic O, Grossi C, Alamanni F, et al. Does EuroSCORE II perform better than its original versions? A multicentre validation study. *Eur Heart J*. 2013; 34:22-29 [T,I]
23028171

Fernández-Lozano I, Brugada J. Right bundle branch block: are we looking in the right direction? *Eur Heart J*. 2013; 34:86-88 [AO,I]
23136401

Behr ER, Roden D. Drug-induced arrhythmia: pharmacogenomic prescribing? *Eur Heart J*. 2013; 34:89-95 [R,I]
23091201

Bussink BE, Holst AG, Jespersen L, Deckers JW, Jensen GB, Prescott E. Right bundle branch block: prevalence, risk factors, and outcome in the general population: results from the Copenhagen City Heart Study. *Eur Heart J*. 2013; 34:138-146 [S,I]
22947613

Erdogan O. Risk assessment and therapy decision in patients at low risk for stroke: CHA2DS2-VASc vs. CHADS2? *Eur Heart J*. 2013; 34:168-169 [AO,I]
23132610

Coppens M, Eikelboom JW, Hart RG, Yusuf S, Lip GY, Dorian P, et al. The CHA2DS2-VASc score identifies those patients with atrial fibrillation and a CHADS2 score of 1 who are unlikely to benefit from oral anticoagulant therapy. *Eur Heart J*. 2013; 34:170-176 [S,II]
23018151

Banning AS, Ng GA. Driving and arrhythmia: a review of scientific basis for international guidelines. *Eur Heart J*. 2013; 34:236-244 [R,I]
23086661

FAMILY MEDICINE

Rabow MW, Evans CN, Remen RN. Professional formation and deformation: repression of personal values and qualities in medical education. *Fam Med*. 2013; 45:13-18 [C,II]
23334962

Tudiver F, Click IA, Ward P, Basden JA. Evaluation of a quality improvement curriculum for family medicine residents. *Fam Med*. 2013; 45:19-25 [C,I]
23334963

GACETA SANITARIA

Pasarín MI, Berra S, González A, Segura A, Tebé C, García-Altés A, et al. Evaluación de la atención primaria de salud: Primary Care Assessment Tools - Facility version para el sistema de salud español. *Gac Sanit*. 2013; 27:12-18 [T,II]
22921943

Mercader M, Bolívar B; "Salut i escola" study group. Diferencias en los estados de ánimo negativo en estudiantes de secundaria según sexo: encuesta de salud en Cataluña. *Gac Sanit*. 2013; 27:32-39 [T,I]
21315492

Catalina-Romero C, Martínez-Muñoz P, Quevedo-Aguado L, Ruiz-Moraga M, Fernández-Labandera C, Calvo-Bonacho E. Predictores de la duración de la incapacidad temporal por contingencias comunes en los trastornos de ansiedad. *Gac Sanit*. 2013; 27:40-46 [S,I]
22425457

López-Torres J, Avarro BN, Párraga I, Andrés F, Rabanales J, Simarro MJ. El estado de salud de las personas mayores que sufren insomnio. *Gac Sanit*. 2013; 27:47-52 [T,I]
22402240

Silva LC, Alonso P. Explicación del tamaño muestral empleado: una exigencia irracional de las revistas biomédicas. *Gac Sanit*. 2013; 27:53-57 [R,I]
22483062

Tolosana M, Pedrol MA, Soler MA, Taló M, Godoy P. Prevalencia de consumo de tabaco en vehículos privados. *Gac Sanit*. 2013; 27:58-60 [T,I]
22943977

Ruiz-Muñoz D, Pérez G. Factores socioeconómicos de las mujeres asociados a la elección del método anticonceptivo en España. *Gac Sanit*. 2013; 27:64-67 [T,I]
22749130

Esteve ME, Gil AC. El hábito de lectura como factor protector de deterioro cognitivo. *Gac Sanit*. 2013; 27:68-71 [CC,I]
22749543

Pérez MJ, Echauri M. Educación versus coerción. Una apuesta decidida por la educación para la salud. *Gac Sanit*. 2013;27:72-74 [AO,I]
23200769

Novoa AM. Cómo cambiar comportamientos y no morir en el intento: más entornos favorables y menos educación sanitaria. *Gac Sanit*. 2013; 27:75-76 [AO,I]
22943975

Delclós J, Gimeno D, Torá I, Martínez JM, Manzanera R, Jardí J, et al. Distribución de la duración de la incapacidad temporal por contingencia común por diagnóstico médico (Cataluña, 2006-2008) *Gac Sanit*. 2013; 27:81-83 [T,I]
22657870

Cabiedes L. A propósito de la excepcionalidad de las innovaciones farmacológicas para el cáncer. *Gac Sanit* 2013; 27:84-88 [AO,I]
22695372

GUT

Megraud F, Coenen S, Versporten A, Kist M, Lopez-Brea M, Hirschl AM, et al; on behalf of the Study Group participants. *Helicobacter pylori* resistance to antibiotics in Europe and its relationship to antibiotic consumption. *Gut*. 2013; 62:34-42 [S,I]
22580412

Ludvigsson JF, Leffler DA, Bai JC, Biagi F, Fasano A, Green PH, et al. The Oslo definitions for coeliac disease and related terms. *Gut*. 2013; 62:43-52 [R,I]
22345659

JOURNAL OF THE AMERICAN BOARD OF FAMILY MEDICINE

Lawler FH, Mold JW, McCarthy LH. Do older people benefit from having a confidant? an Oklahoma Physicians Resource/Research Network (OKPRN) study. *J Am Board Fam Med*. 2013; 26:9-15 [S,I]
23288275

JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION

Stephansson O, Kieler H, Haglund B, Artama M, Engeland A, Furu K, et al. Selective serotonin reuptake inhibitors during pregnancy and risk of stillbirth and infant mortality. *JAMA*. 2013; 309:48-54 [S,II]
23280224

Flegal KM, Kit BK, Orpana H, Graubard BI. Association of all-cause mortality with overweight and obesity using standard body mass index categories: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2013; 309:71-82 [M,I]
23280227

Heymsfield SB, Cefalu WT. Does body mass index adequately convey a patient's mortality risk? *JAMA*. 2013; 309:87-88 [AO,I]
23280230

Ransohoff DF, Pignone M, Sox HC. How to decide whether a clinical practice guideline is trustworthy. *JAMA*. 2013; 309:139-140 [AO,I]
23299601

McAlindon T, LaValley M, Schneider E, Nuite M, Lee JY, Price LL, et al. Effect of vitamin D supplementation on progression of knee pain and cartilage volume loss in patients with symptomatic osteoarthritis: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2013; 309:155-162 [EC,I]
23299607 R/C

Kirkcaldy RD, Bolan GA, Wasserheit JN. Cephalosporin-resistant gonorrhea in North America. *JAMA*. 2013; 309:185-187 [AO,I]
23299612

JAMA INTERNAL MEDICINE (anterior Archives of Internal Medicine)

Mehrotra A, Paone S, Martich D, Albert SM, Shevchik GJ. Comparison of care at e-visits and physician office visits for sinusitis and urinary tract infection. *JAMA Intern Med*. 2013; 173:72-74

MEDICINA CLINICA

Segura J, Ruilope LM. ¿Qué cifras de presión arterial tienen más influencia en la aparición de lesión orgánica en los pacientes

con hipertensión resistente? *Med Clin (Barc)*. 2013; 140:20-21 [AO,I]
22985868

Duch J. Tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones con 18F-fluordesoxiglucosa y tumor de origen desconocido. Utilidad actual y perspectivas futuras. *Med Clin (Barc)*. 2013; 140:22-23 [AO,I]
23122613

Martín-Sánchez FJ, Fernández C, Gil P. Puntos clave en la asistencia al anciano frágil en Urgencias. *Med Clin (Barc)*. 2013; 140:24-29 [R,I]
22672966

Fidel SG, Eiroa-Orosa FJ, Giannoni-Pastor A, Tasqué-Cebrián R. Confidencialidad en las historias clínicas informatizadas en salud mental hospitalaria. *Med Clin (Barc)*. 2013; 140:30-37 [R,II]
22595254

Barrot C, Sánchez C, Abellana R, Ortega M, Gené M. Polimorfismos genéticos como indicadores de la vulnerabilidad individual a la adicción al tabaco. *Med Clin (Barc)*. 2013; 140:49-52 [T,I]
23177301

Serrano-Villar S, Fresco G, Ruiz-Artacho P, Bravo A, Valencia C, Fuentes-Ferrer M, et al. El ictus en pacientes muy ancianos: mitos y realidades. *Med Clin (Barc)*. 2013; 140:53-58 [T,I]
22985865

Verde Z, Santiago C. Genética del tabaquismo. *Med Clin (Barc)*. 2013; 140:66-67 [AO,I]
23141044

Arboix A. El ictus en pacientes muy ancianos: mitos y realidades. *Med Clin (Barc)*. 2013; 140:68-69 [AO,I]
22982129

Sordo L, Pérez-Vicente S, Rodríguez Del Águila MM, Bravo MJ. Muestreo dirigido por los participantes para el estudio de poblaciones de difícil acceso. *Med Clin (Barc)*. 2013; 140:83-87 [R,I]
23122609

REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGIA

Worner F, Cequier A, Bardají A, Bodí V, Bover R, Martínez-Sellés M. Comentarios a la guía de práctica clínica de la ESC para el manejo del infarto agudo de miocardio en pacientes con elevación del segmento ST. *Rev Esp Cardiol*. 2013; 66:5-11 [R,II]

Steg G, James SK, Atar D, Badano LP, Lundqvist CB, Borger MA. Guía de práctica clínica de la ESC para el manejo del infarto agudo de miocardio en pacientes con elevación del segmento ST. *Rev Esp Cardiol*. 2013; 66:53.e1-53.e46 [M,III]

Camm AJ, Lip GYH, De Caterina R, Savelieva I, Atar D, Hohnloser SH. Actualización detallada de las guías de la ESC para el manejo de la fibrilación auricular de 2012. *Rev Esp Cardiol*. 2013; 66:54.e1-54.e24 [M,III]

THE LANCET

Global polio eradication: not there yet. *Lancet*. 2013; 381:1 [AO,I]
23290953

Opening up about mental health. *Lancet*. 2013; 381:2 [AO,I]
23290954

Konstam MA. RELAX-AHF: rising from the doldrums in acute heart failure. *Lancet*. 2013; 381:5-6 [AO,I]
23141815

Becker C, Chiari L. What videos can tell us about falling. *Lancet*. 2013; 381:8-9 [AO,I]
23083888

Jorm AF, Reavley NJ. Depression and stigma: from attitudes to discrimination. *Lancet*. 2013; 381:10-11 [AO,I]
23083628

Teerlink JR, Cotter G, Davison BA, Felker GM, Filippatos G, Greenberg BH, et al; RELAXin in Acute Heart Failure (RELAX-AHF) Investigators. Serelaxin, recombinant human relaxin-2, for treatment of acute heart failure (RELAX-AHF): a randomised, placebo-controlled trial. *Lancet*. 2013; 381:29-39 [EC,II]
23141816

Robinovitch SN, Feldman F, Yang Y, Schonnop R, Leung PM, Sarraf T, et al. Video capture of the circumstances of falls in elderly people residing in long-term care: an observational study. *Lancet*. 2013; 381:47-54 [T,I]
23083889

Lasalvia A, Zoppi S, Van Bortel T, Bonetto C, Cristofalo D, Wahlbeck K, et al; ASPEN/INDIGO Study Group. Global pattern of experienced and anticipated discrimination reported by people with major depressive disorder: a cross-sectional survey. *Lancet*. 2013; 381:55-62 [T,I]
23083627

Thethi T, Fonseca V. Comparing diabetes drugs--helping clinical decisions? *Lancet*. 2013; 381:93-94 [AO,I]
23141811

Detonating a viral time bomb--the hepatitis C pandemic. *Lancet*. 2013; 381:178 [AO,I]
23332946

Greenberg ER, Chey WD. Defining the role of sequential therapy for H pylori infection. *Lancet*. 2013; 381:180-182 [AO,I]
23158881

Whitney CG. More evidence for use of pneumococcal conjugate vaccines. *Lancet*. 2013; 381:182-183 [AO,I]
23158884

Liou JM, Chen CC, Chen MJ, Chen CC, Chang CY, Fang YJ, et al; Taiwan Helicobacter Consortium. Sequential versus triple therapy for the first-line treatment of *Helicobacter pylori*: a multicentre, open-label, randomised trial. *Lancet*. 2013; 381:205-213 [EC,I]
23158886

THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE

Hopkins DR. Disease eradication. *N Engl J Med*. 2013; 368:54-63 [R,II]
23281976

Krumholz HM. Post-hospital syndrome--an acquired, transient condition of generalized risk. *N Engl J Med*. 2013; 368:100-102 [AO,I]
23301730

Stabler SP. Clinical practice. Vitamin B12 deficiency. N Engl J Med. 2013; 368:149-160 [R,I]
23301732

Neumann H, Daly MJ. Variant TREM2 as risk factor for Alzheimer's disease. N Engl J Med. 2013; 368:182-184 [AO,I]
23151315

Espey E. Levonorgestrel intrauterine system--first-line therapy for heavy menstrual bleeding. N Engl J Med. 2013; 368:184-185 [AO,I]
23301736

Spellberg B, Bartlett JG, Gilbert DN. The future of antibiotics and resistance. N Engl J Med. 2013; 368:299-302 [AO,I]
23343059

Drüeke TB. Anemia treatment in patients with chronic kidney disease. N Engl J Med. 2013; 368:387-389 [AO,I]
23343068

Schroeder SA. New evidence that cigarette smoking remains the most important health hazard. N Engl J Med. 2013; 368:389-390 [AO,I]
23343069

Havlir D, Beyrer C. The beginning of the end of AIDS? N Engl J Med. 2012; 367:685-687 [AO,I]
22809362

Carlsson LM, Peltonen M, Ahlin S, Anveden Å, Bouchard C, Carlsson B, et al. Bariatric surgery and prevention of type 2 diabetes in Swedish obese subjects. N Engl J Med. 2012; 367:695-704 [CC,I]
22913680

Jacobs DO. Bariatric surgery--from treatment of disease to prevention? N Engl J Med. 2012; 367:764-765 [AO,I]
22913687

Alcohol Use in Adults. N Engl J Med. 2013 [Epub ahead of print]
23368409

THORAX

Jenkins CR, Beasley R. Tiotropium Respimat increases the risk of mortality. Thorax. 2013; 68:5-7 [AO,II]
23229813

Dong YH, Lin HH, Shau WY, Wu YC, Chang CH, Lai MS. Comparative safety of inhaled medications in patients with chronic obstructive pulmonary disease: systematic review and mixed treatment comparison meta-analysis of randomised controlled trials. Thorax. 2013; 68:48-56 [M,II]
23042705

Ciccone A, Proserpio P, Roccatagliata DV, Nichelatti M, Gigli GL, Parati G, et al; the D.A.R.I.A (Detection of Sleep Apnea as Risk Factor in Acute Stroke) Investigators. Wake-up stroke and TIA due to paradoxical embolism during long obstructive sleep apnoeas: a cross-sectional study. Thorax. 2013; 68:97-104 [S,II]
23076389

Singh S, Loke YK, Enright P, Furberg CD. Pro-arrhythmic and pro-ischaemic effects of inhaled anticholinergic medications. Thorax. 2013; 68:114-116 [R,II]
22764216

ACTIVIDADES CIENTÍFICAS

- **V Congreso Nacional de Atención Sanitaria al Paciente Crónico**

Barcelona, 11-13 abril 2013

Secretaría técnica: semFYC congresos

Telf.: 933 177 129

congresos@semfyc.es

Web: <http://v.congresocronicos.org/>

- **XXXIII Congreso semFYC**

Granada, 6-8 junio 2013

Secretaría técnica: semFYC congresos

Telf.: 933 177 129

congresos@semfyc.es

Web: www.semfyc.es/granada2013

- **XV Encuentro PACAP**

Granada, 8 junio 2013

Secretaría técnica: semFYC congresos

Telf.: 933 177 129

congresos@semfyc.es

Web: www.semfyc.es/pacap2013

- **20th World Conference Wonca**

Praga, 25-29 Junio 2013

Web: <http://www.wonca2013.com/es/>

- **IX Jornadas Andaluzas para Tutores de Medicina Familiar y Comunitaria**

Córdoba, 7-8 Noviembre 2013

Secretaría técnica: ACM

Apdo. de Correos 536, Granada

Telf. 902 430 960

Fax. 902 430 959

@pontealdiaAP

Micropíldora de conocimiento @pontealdiaAP



Grupo de Trabajo Nuevas tecnologías de SAMFyC (*eSAMFyC*)

@pontealdiaAP consiste básicamente en ofrecer una actualización online permanente, rápida y eficaz en relación con la medicina de familia, en forma de mensaje corto, concreto.

Para ello, miembros de eSAMFyC revisamos diariamente lo que publican en twitter 47 organizaciones, grupos de trabajo y profesionales relevantes, consensuados periódicamente, en nuestro ámbito de conocimiento. A continuación se selecciona y concreta la información e incluye el vínculo para acceder de forma directa a la publicación completa. A destacar el código TEA: **T** Tiempo Lectura (0 Poco Mucho 2) **E** Evidencia (0 Poca 2 alta) **A** Aplicabilidad en consulta (0 Poca Inmediata 2).

Si quieres recibir esta información puedes elegir alguno de los siguientes canales:

- 1.*Twitter (instantáneo): Seguir a @pontealdiaAP
2. Facebook (instantáneo): Seguir a <http://www.facebook.com/pages/Esamfyc/122003924600352> [1]
3. Correo (diario): pulsando RSS de la página @pontealdiaAP de nuestro blog: <http://esamfyc.wordpress.com/> [2]
4. Blog (semanal) <http://esamfyc.wordpress.com/> [2]
5. Second life (en los paneles informativos) <http://slurl.com/secondlife/Semfyc%20Island/182/95/35> [3]
6. Web (mensual) www.samfyc.es [4]
7. Revista SAMFyC www.samfyc.es/Revista/portada.html

Toda la información sobre el proyecto, las fuentes que revisamos, con qué criterios son seleccionadas y más, se encuentra en <https://docs.google.com/document/d/12U6tN6sf43PzDyyfLxAjOO0LBeah5uo6njrdwZ3mrd0/> [5]

Puedes ayudarnos a mejorar con tus sugerencias a través de esamfyc@gmail.com.

Links:

- [1] <http://www.facebook.com/pages/Esamfyc/122003924600352>
[2] <http://esamfyc.wordpress.com/>
[3] <http://slurl.com/secondlife/Semfyc%20Island/182/95/35>
[4] <http://Www.samfyc.es>
[5] <https://docs.google.com/document/d/12U6tN6sf43PzDyyfLxAjOO0LBeah5uo6njrdwZ3mrd0/>

Tweets @pontealdiaAP desde 6 de Diciembre de 2012 a 16 de Febrero de 2013

Nota eSAMFyC: La selección de estas píldoras de conocimiento está hecha por los miembros del Grupo eSAMFyC y desde su valoración subjetiva de lo que creemos puede ser más útil para los compañeros que trabajen en Atención Primaria. La SAMFyC no se responsabiliza de los contenidos que en esta sección se publiquen. Rogamos cualquier feedback que pueda ser útil para mejorar este proyecto y hacerlo más útil a esamfyc@gmail.com

@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP

T1E1A2 bromuro de acilidinio no es inferior a bromuro de tiotropio en pacientes ÉPOC como mantenimiento. No de rescate <http://bit.ly/Xa5fMI>

Abrir

@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP

T0E1A2 terbinafina 200 mg día mejor que fluconazol o itraconazol semanales para onicomicosis. Vía @ernestob <http://bit.ly/YsW32S>

Abrir

@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP

T1E2A2. Diclofenaco el nsaid que más aumenta el riesgo cardiovascular, naproxeno el que menos. Vía @sanoysalvoblog <http://bit.ly/XzzUD2>

Abrir

@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP

Te recordamos El código TEA: T Tiempo Lectura (0 Poco Mucho 2) E Evidencia (0 Poca 2 alta) Aplicabilidad en consulta (0 Poca Inmediata 2)

@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP

T1E1A2 Interesante lectura sobre los problemas de la alimentación infantil consejos para evitarlo Vía @rincondesisifo <http://bit.ly/14PDprg>

Abrir

@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP

T2E1A2. Diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial refractaria. Vía @ernestob. <http://www.cajm.org/content/80/2/91.full.pdf> ...

Abrir

@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP

T1E1A2: Paracetamol 4g/día riesgo hepatotóxicidad elevada, ojo ancianos! Vía

@sanoysalvoblog... AINE cuanto mas ..peor! <http://elcomprimido-ibsalut.blogspot.com.es/2010/11/dosificacion-de-aine-y-paracetamol.html> ...

Abrir

@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP

T1E1A2. FISURA ANAL: Bloque canales Ca, igual efectivo que nitroglicerina, menos efct secundarios. Vía @txemacoll <http://www.ics.gencat.cat/3clics/main.php?page=ArticlePage&lang=CAS&id=524>

Abrir

@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP

T1E1A2. ISRS(Fluoxetina) mejoría global y discapacidad neurológica, en tratamientos post AVC. Vía @cochrane-collab <http://www.cochranejournalclub.com/SSRIs-for-stroke-recovery-clinical/> ...

Abrir

@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP

T1E1A1. Trombopprofilaxis en agudos: Rivaroxaban / Enoxaparina, igual eficacia, > riesgo hemorragia, vía @JAMA_current <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1111096> ...

Abrir

@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP

T1E1A2. Ramipril demuestra efectividad en tratamiento a medio plazo de claudicación intermitente. Vía @rincondesisifo <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1568251>

Abrir

@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP

T0E1A1. Suplement vit C(1000mg o >) en la dieta podrían aumentar riesgo de cálculos renales. Vía @rincondesisifo. <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleID=1568519>

Abrir

@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP

T1E2A1 betabloqueantes menos efectivos tratamiento ICC con FA que en ICC ritmo sinusal. Vía @rincondesisifo. <http://heartfailure.onlinejacc.org/article.aspx?articleid=1568318> ...

Abrir

@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP

T1E2A2 Duloxetina y Milnaciprán pobre eficacia en tratamiento síntomas de fibromialgia. Vía @rincondesisifo <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD010292/abstract?jsessionid=DA5C5D3610E5CFE919C367AE9E9918DD.d02t01>

Abrir

@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP

@pontealdiaAP. Resumen de la semana <http://wp.me/p2omme-2C> vía @wordpressdotcom

Ver resumen

@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP

T0E2A2 Francia listados fármacos pobre balance riesgo/benef (domperidona, Venlafaxina, Inh DPP4..) Vía @sanoysalvoblog <http://www.medscape.fr/neurologie/articles/1501953/?jsessionid=26F65A9622D78FC0376D6D92CD0858D7> ...

Abrir

@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP

T1E1A2 Mas investigación demuestra efecto de bifosfonatos en provocar Fx atípicas de fémur. Vía @rincondesisifo <http://bmjopen.bmj.com/content/3/1/e002091.short?rss=1> ...

Abrir

@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP

T1E1A2 Los suplementos de calcio pueden aumentar un 30 % el riesgo de IAM Vía @sanoysalvoblog <http://www.australianprescriber.com/magazine/36/1/5/8> ...

Abrir

@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP

T0E1A1 Francia suspende Diane por el riesgo de enfermedad tromboemb. Cuidado con su uso en el acné. Vía @sanoysalvoblog <http://t.co/oFlic67Bs>

Abrir

@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP

T0E1A1 Ser vegetariano 32 % menos riesgo de ingreso o muerte por Cardiopatía Isquémica. Vía @JAMA_current <http://bit.ly/WBGt4K>

Abrir

@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP

T1E2A1 IECA + ARA no reduce mortalidad y aumenta efectos adversos (HiperK, Hipotens, IR) Vía @rincondesisifo <http://www.bmj.com/content/346/bmj.f360>

Abrir

@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP

T1E1A1 Estatinas disminuyen riesgo de pancreatitis en pac con TG bajos o ligeramente elevados Vía @rincondesisifo <http://borinot-mseguid.blogspot.com.es/2013/01/las-estatinas-pero-no-los-fibratos.html>

Abrir

@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP @pontealdiaAP.

Lo mejor de la semana <http://wp.me/p2omme-2n> vía @wordpressdotcom

Ver resumen

@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP

T1E2A0 Suplementos de ácido fólico no aumentar riesgo de cáncer. Res metaanálisis. Vía @sanoysalvoblog y @TheLancet <http://bit.ly/X0xERj>

Abrir

@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP

T1E2A1 Inyección de esteroides para la enf de De Quervain es eficaz. Meta-análisis revela NNT 2. Vía @ernestobh <http://link.springer.com/article/10.1007/s00590-012-1164-z> ...

Abrir

@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP

T1E2A2 Interrumpir tto con corticoides inhalados en asma aumenta riesgo de exacerbación. Vía @rincondesisifo <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0091674912019240#> ...

Abrir

@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP

T0E1A1 La vacunación de lactantes contra el rotavirus también puede proteger a adultos Disminuye prev Vía @JAMA_current <http://bit.ly/V9N2ek>

Abrir

@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP

T1E1A1 El consumo de cannabis puede ser factor de riesgo para accidente cerebrovascular. Vía @Medscape <http://http://bit.ly/VnMm6Q>

Abrir

@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP

T2E1A2 Metformina para prediabetes (gluc ayuna 100-125, post 2h 140-199, hbA1C 5.7-6.4) Glucemia anual Vía @rafabravo <http://bit.ly/149r5SA> #ADA13

Enrique Gavilán @enriquegavilan

CC@cuidados RT @JuanGrvas "PÁSALO. Tétanos: «tras primovacunación completa, basta con 1 dosis recuerdo a 65 años»[http://www.elsevier.es/es/revistas/atencion-primaria-27/criterios-comerciales-o-criterios-epidemiologicos-vacunacion-antitetanica-13137729-cartas-al-director-2009 ...](http://www.elsevier.es/es/revistas/atencion-primaria-27/criterios-comerciales-o-criterios-epidemiologicos-vacunacion-antitetanica-13137729-cartas-al-director-2009...)"

Retwitteado por @pontealdiaAP SAMFyC

@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP

T1E1A1 Mayor tasa de hemorragia con warfarina en FA los 30 primeros días. Estud obs. Vía @rincondesisifo [http://www.cmaj.ca/content/early/2013/01/21/cmaj.121218.short?rss=1 ...](http://www.cmaj.ca/content/early/2013/01/21/cmaj.121218.short?rss=1...)

Abrir

@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP

T1E1A1 AAS se asocia con incremento del riesgo de degeneración macular. Estudio observacional. Vía @rincondesisifo[http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleID=1558450#qundefined ...](http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleID=1558450#qundefined...)

Abrir

eSAMFYC @eSAMFYC

RT @fxdelojo: #eSAMFYCpod será el hashtag para los podcast de @eSAMFYC Retwitteado por @pontealdiaAP SAMFyC

Abrir

eSAMFYC @eSAMFYC

Primer PodCast de eSAMFYC Jueves 24 Enero 2013 a las 22:10 Con un primer invitado de lujo <http://ow.ly/1Rn6ce> #eSAMFYCpod Retwitteado por @pontealdiaAP SAMFyC

Ver resumen

@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP

T1E0A2 Recomendaciones Diabetes ADA 2013 Resumen en Español. Vía @rafabravo [http://www.calameo.com/read/000128173aa1687ff3a50 ...](http://www.calameo.com/read/000128173aa1687ff3a50...)

Abrir

@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP

Te recordamos El código TEA: T Tiempo Lectura (0 Poco Mucho 2) E Evidencia (0 Poca 2 alta) Aplicabilidad en consulta (0 Poca Inmediata 2)

@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP

T0E2A2 No administrar antibióticos en rinosinusitis aguda no complicada por sistema. Revisión Cochrane. Vía @ernestobh<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pub-med/23076918>

Abrir

@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP

T0E1A2 Si IC sistólica o individuos caucásicos normotensos sanos, la mejor dieta es la normosódica. Vía @txemacoll[http://www.ics.gencat.cat/3clics/main.php?page=ArticlePage&lang=CAS&id=659 ...](http://www.ics.gencat.cat/3clics/main.php?page=ArticlePage&lang=CAS&id=659...)

Abrir

@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP

T1E2A2 Tos aguda dura cerca 18 d y pacientes esperan 6-9 d. Favorece uso inadec Ab. Avisar sint alarma Vía @rafabravo<http://bit.ly/10yDVvq>

@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP

T2E2A2 Frío+compresión+reposo+elevación import en fase aguda de Esguince Tobillo. Guía dtco prev y tto Vía @ernestob <http://ow.ly/gQ3fV>

@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP

T1E1A2 Agencia francesa observa efec adv cutáneos graves asociados con tetracepam más que con otras BZDP Vía @rafabravo[http://w3.icf.uab.es/notibg/item/1316 ...](http://w3.icf.uab.es/notibg/item/1316...)

Abrir

@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP

T1E2A2 Un 11% de las Fx de fémur atribuibles a los IBP. Revisar su uso periódicamente. Vía @sanosalvoblog[http://www.icf.uab.es/es/pdf/informacio/bg/bg252.12e.pdf ...](http://www.icf.uab.es/es/pdf/informacio/bg/bg252.12e.pdf...)

Abrir14 ene

@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP

T0E1A2 concepto de Microlive: como ganar o perder media hora de vida al día. Vía @pcamarelles <http://goo.gl/fb/jgwTX>

@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP

T1E1A1 Hematuria microscópica asint no es predictor fiable de Ca vejiga/renal Ver otros factores Vía @Medscape <http://http://bit.ly/SoO3ng>

@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP

T1E2A2 Ttiotropio RESPIMAT se asocia a mayor mortalidad. Rev sist en THORAX. Vía @rincondesisifo [http://thorax.bmj.com/content/68/1/48.short?rss=1&mp%3bssource=mfr ...](http://thorax.bmj.com/content/68/1/48.short?rss=1&mp%3bssource=mfr...) Rev Sist y MA OJO!!

Abrir

@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP

T1E1A2 Ibuprofeno y paracetamol mas de 2/semana aumenta riesgo de pérdida audición también en mujer Vía @sanosalvoblog<http://bit.ly/TYi917>

@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP

Te recordamos El código TEA: T Tiempo Lectura (0 Poco Mucho 2) E Evidencia (0 Poca 2 alta) Aplicabilidad en consulta (0 Poca Inmediata 2)

@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP

T2E1A2. Combinación de diuréticos, IECA o ARA II con AINEs aumenta riesgo de lesión renal. Vía @bmj_latest <http://http://fb.me/BmS5Ez1p>

@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP

T1E1A1 Exenatida semanal podría ser alternativa a insulina detemir. ECA abierto. Vía @rincondesisifo <http://care.diabetesjournals.org/content/early/2012/12/19/dc12-1333.abstract>

Abrir

@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP

T1E1A1 Diltiazem tópico igual eficacia nitroglicerina en fisura anal pero menos recurrencia y efectos secundarios Vía @ernestob <http://ow.ly/gzdXk>

@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP

T1E1A1 Los IRSS no aumentan durante el embarazo la mortalidad fetal, neonatal o postneonatal. Vía @JAMA_current <http://bit.ly/VBL32r>

@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP

T1E1A1 Bifosfonatos por encima de 1a reducen riesgo Ca Colon OR 0,76. Pte ensayos clínicos aleatorios Vía @rincondesisifo <http://jco.ascopubs.org/content/early/2012/12/26/JCO.2012.42.9530.abstract> ...

Abrir

@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP

T1E2A1 Tto Neumonía comunidad Moxif o levofloxa 5-7d, o Amoxic o clavul 7d+ macrolid (azitrom o claritrom) Vía @ernestob <http://ow.ly/gwm6r>

@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP

T2E2A2 Obesidad global y grados 2-3 aumentan mortalidad frente a peso normal. Sobrepeso la disminuye vía @JAMA_current <http://bit.ly/W3cDEP>

@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP

T1E1A2 Agencia francesa evitar ACO 3G (desogestrel, gestodeno, norgestimato) y Drospirenona x más riesgo Vía @vbaosv http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-12/contraceptis_oraux_3_g_fiche_bum.pdf ...

Abrir

@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP

T0E0A2 Depresión tres veces más frec en pac con migraña o cefaleas importantes. Epidemiología de la cefalea Vía @WHO <http://goo.gl/c4dsX>

@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP

Nos gustaría conocer lo que pensáis de @pontealdiaAP, aquí o en <http://esamfyc.wordpress.com/> donde resumimos lo mejor de la semana. Feliz 2013 Ver resumen

@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP

T0E0A1. FDA aprueba Apixaban para prevenir el ictus en la FA no valvular. Vía @Medscape. <http://http://bit.ly/UxKgC3>

@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP

T2E1A2 screening mamográfico redujo muy poco la tasa de cáncer de mama avanzado y aumentó sobrediagnóstico. vía @NEJM <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoA1206809> ...

@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP

Os recordamos que muchas revistas referenciadas en nuestros tweets están disponibles a texto completo en la @bvsspa

@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP

T1E1A2 ¿Tienes algún paciente EPOC que pueda beneficiarse de profilaxis con azitromicina? vía @NEJM <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMct1115170> ...

@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP

T1E0A2 Actualización en opciones terapéuticas de la insuficiencia venosa. vía @JAMA_current <https://ws001.juntadeandalucia.es/bvsspa/jamanetwork/jama/article.aspx?articleid=1487514#TREATMENTOPTIONS> ...

Abrir

@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP

Os recordamos que muchas revistas referenciadas en nuestros tweets están disponibles a texto completo en la @bvsspa

@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP

T2E1A2 Taquicardia supraventricular. Dos revisiones recientes vía @bmj_latest <http://www.bmj.com/content/345/bmj.e7769> ... y vía @NEJM <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMcp1111259> ...

Abrir

@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP

T1E0A1 Mujer embarazada especialmente vulnerable. Cuidados seguridad alimentaria. Vía @CDCespanol <http://go.usa.gov/gsqB>

@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP

Te recordamos código TEA: T Tiempo Lectura (0 Poco Mucho 2) E Evidencia (0 Poca 2 alta) Aplicabilidad en consulta (0 Poca Inmediata 2)

@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP

T1E1A1 En diabéticos + IRC con FG entre 45 y 60 mejor elección también la metformina. Vía @sanoysalvoblog <http://redgedaps.blogspot.com.es/2012/12/la-metformina-cuando-existe-alteracion.html> ...

Abrir

@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP

T1A1E1 No hay que administrar siempre antibióticos en procedimientos dentales. Mejor higiene oral. Vía @ Medscape <http://http://bit.ly/Ta0NhE>

@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP

@pontealdiaAP. Lo mejor de la semana <http://wp.me/p2omme-1D> vía @wordpressdotcom

Ver resumen

@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP

T1E1A2. No es necesario dar un IBP con esteroides, sólo si asocia AINE. Vía @rafabravo. <http://bit.ly/UhdUMG>

@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP

T0E1A1. Dabigatrán contraindicado en pacientes con prótesis valvulares cardíacas. Vía @sanoysalvoblog: <http://bit.ly/VfpbZa> #SegPac

@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP

T2E2A2 Todavía no usas la determinación de NT y NT-proBNP para diagnosticar insuficiencia cardiaca? via @NICEcomms <http://pathways.nice.org.uk/pathways/chronic-heart-failure#path=view%3A/pathways/chronic-heart-failure/chronic-heart-failure-diagnosis.xml&content=view-node%3Anodes-raised-levels-of-serum-natriuretic-peptides> ...

Abrir

@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP

T2E1A2 Recuerda: Deberíamos usar más los antagonistas de la aldosterona en insuficiencia cardiaca. via @JAMA_current <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=184741> ...

@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP

T1E0A2 Detección de medicación inapropiada en personas mayores: criterios Stopp via @CADIME_EAS http://www.cadime.es/docs/bta/CADIME_BTA2012_28_1.pdf ...

@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP

T1E0A1 Dism cafeína, tab, alcoh.; reponer déficit de Fe, folato o Mg mejora sind de piernas inquietas Vía @acpchest <http://buff.ly/UJswGQ>

@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP

T0E0A2 80% de mujeres tratadas preventiva no presenta ningún Factor de Riesgo de Fx osteoporótica Vía @sanoysalvoblog <http://bit.ly/ZFHIWi>

@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP Lo más

destacado esta semana. <http://esamfyc.wordpress.com/2012/12/16/pontealdiaap-lo-mejor-de-la-semana/> ...

Ver resumen

@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP

T0E1A1 nueva contraindicación para Dabigatran: prótesis cardíacas valvulares q requieren anticoag Vía @sanoysalvoblog http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Summary_of_opinion/human/000829/WC500136258.pdf ...

Ver conversación

@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP

T1E1A1 Pacientes con FA bien controlados con cumarinas, cambiar a rivaroxabán no aporta mejoría. Vía @rincondesisifo <http://www.nps.org.au/media-centre/media-releases/repository/Warfarin-vs-Rivaroxaban-NPS-RADAR-weighs-up-the-evidence> ...

Abrir

@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP

T1E2A1 Nuevo metanálisis NO confirma que vareniclina aumente riesgo de eventos cardiovasculares. Vía @rincondesisifo. <http://www.fda.gov/Safety/MedWatch/SafetyInformation/SafetyAlertsforHumanMedicalProducts/ucm331626.htm> ...

Abrir

@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP T1E1A2. La

digoxina aumenta la mortalidad en pacientes con FA. Ojo con generalizar su uso. Vía @txemacoll. <http://www.hemosleido.es/2012/12/12/aumento-de-la-mortalidad-entre-pacientes-con-af-que-toman-digoxina/> ...

Abrir

@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP

Te recordamos código TEA: T Tiempo Lectura (0 Poco Mucho 2) E Evidencia (0 Poca 2 alta) Aplicabilidad en consulta (0 Poca Inmediata 2)

@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP

T2E2A2 NICE: Pacientes con RCV alto en prev 1ª en tto con sinvastatina 40, NO se marcan objetivos de LDL a alcanzar.<http://rincondocentemfyc.wordpress.com/2012/02/27/dislipemias-objetivo-ldl-capitulo-2-guia-nice-2010-y-otras-opiniones/> ...

Ver resumen

@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP

T1E1A2 El uso de benzodiazepinas se asocia con aumento del riesgo de desarrollar demencia via @bmj_latest<http://www.bmj.com/content/345/bmj.e6231?view=long&pmid=23045258> ...

@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP

T1E1A2 Cuidado al iniciar tratamiento anti HTA en ancianos. Aumenta riesgo de fractura de cadera. via @ArchInternMed<http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1392493#Abstract> ...

@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP

T0A1E1. Benzodiazepinas pueden asociarse a mayor riesgo de neumonía grave. Vía JAMA. <http://wp.me/p13lz7-28l> #newsatJAMA

@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP

T1M2A2.ARAII alternativa a IECA en pacient alto RCV sin insufic cardíaca.Reduce tb morbimortal Vía @rincondesisifo<http://content.onlinejacc.org/article.aspx?articleid=1481171> ...

@pontealdiaAP SAMFyC @pontealdiaAP

T0E1A1. Tratamiento de la infección urinaria en varón, más corto puede ser mejor. Vía Medscape: <http://bit.ly/THkMiV> .

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 nueve los números editados de Medicina de Familia. Andalucía.

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

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

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

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

EL CONSEJO DE REDACCIÓN

Remitir por:

a) Correo:

Revista Medicina de Familia. Andalucía
C/ Arriola, núm. 4 - Bajo D - 18001 (Granada)

b) Fax: 958 804202.

c) Correo electrónico: revista@samfyc.es

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

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 el trabajo acompañado de carta de presentación, datos de los autores –con profesión y centro de trabajo- y dirección de correspondencia al correo-e: revista@samfyc.es

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 tendientes 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 reproducir 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@samfyc.es

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 bio-médicas.

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: en soporte informático (Word) por correo electrónico. Todas las páginas irán numeradas, empezando con el número 1 en la página del título. En la carta se hará mención a que 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 indicará: el título del trabajo, autores, centro de trabajo de cada uno de ellos, dirección postal, número de teléfono, nº. fax (no obligatorio) 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.

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

APELLIDOS:

NOMBRE: **DNI:** - LB / RM

DOMICILIO:

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

TELEFONOS: **e-mail:**

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

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

DOCTORADO: SI ☐ NO ☐ **TEMA:**

LUGAR/CENTRO DE TRABAJO:

PROVINCIA:

CARGO QUE OCUPA:

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

ORDEN DE PAGO POR DOMICILIACIÓN BANCARIA

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

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

CALLE: COD. POSTAL:

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

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

----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Entidad

Oficina

D.C.

Nº C/C

NOMBRE y APELLIDOS:

Firma:

A los efectos previstos en la Ley 15/1999 (LOPD) y de los derechos reconocidos en la misma, le informamos que los datos facilitados por Vd. para la relación de la Asociación, serán incorporados a un fichero del que es responsable SAMFyC, con objeto de aplicarlos a la actividad de Investigación y desarrollo. Serán utilizados por nuestra parte y por la semFYC, para las finalidades propias de la actividad antes indicada, así como para remitirle información no promocional ni publicitaria en relación a la misma. Asimismo le informamos que podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, dirigiéndose por escrito a:

SAMFyC, C/ Arriola Nº 4, Bajo D, 18001 Granada.

RESPIRATORIO
HTA
SALUD MENTAL
ENFERMEDADES INFECCIOSAS
CUIDADOS PALIATIVOS
ATENCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES
ABORDAJE AL TABAQUISMO
GdT
BIOÉTICA
ADOLESCENTE
NUTRICIÓN Y PROMOCIÓN DEL EJERCICIO FÍSICO
OSTEOARTICULAR
DIABETES 3er y 4o MUNDO
TECNOLOGÍAS DE LA MUJER
MEDICINA RURAL
URGENCIAS
UROLOGÍA