

Medicina de Familia Andalucía

Volumen 14, número 3, noviembre 2013

Editorial

239 ¿Qué queremos los médicos de familia?

El espacio del usuario

243 La venta de medicamentos por Internet, una realidad que precisa ser controlada

Originales

245 Visión que tienen las mujeres víctimas de violencia de género sobre sus agresores. Relatos biográficos

259 Resucitación intrahospitalaria en Andalucía

274 Prevalencia de la litiasis renal en Andalucía: diseño y ejecución del proyecto PreLiRenA

Artículo especial

280 El cambio médico: una opción o un juego

285 Facultativos y administrativos, un trabajo en común: el bienestar del usuario

Cartas al director

289 Cirugía menor en centro de salud urbano: técnica de Winograd para onicocriptosis

291 Abordaje integral y multidisciplinar de la epidermólisis ampollosa como enfermedad crónica incurable y de mal pronóstico

¿Cuál es su diagnóstico?

294 Dificultad miccional en varón joven

296 Doctor, ¿qué son estas manchas?

298 Respuesta al caso clínico

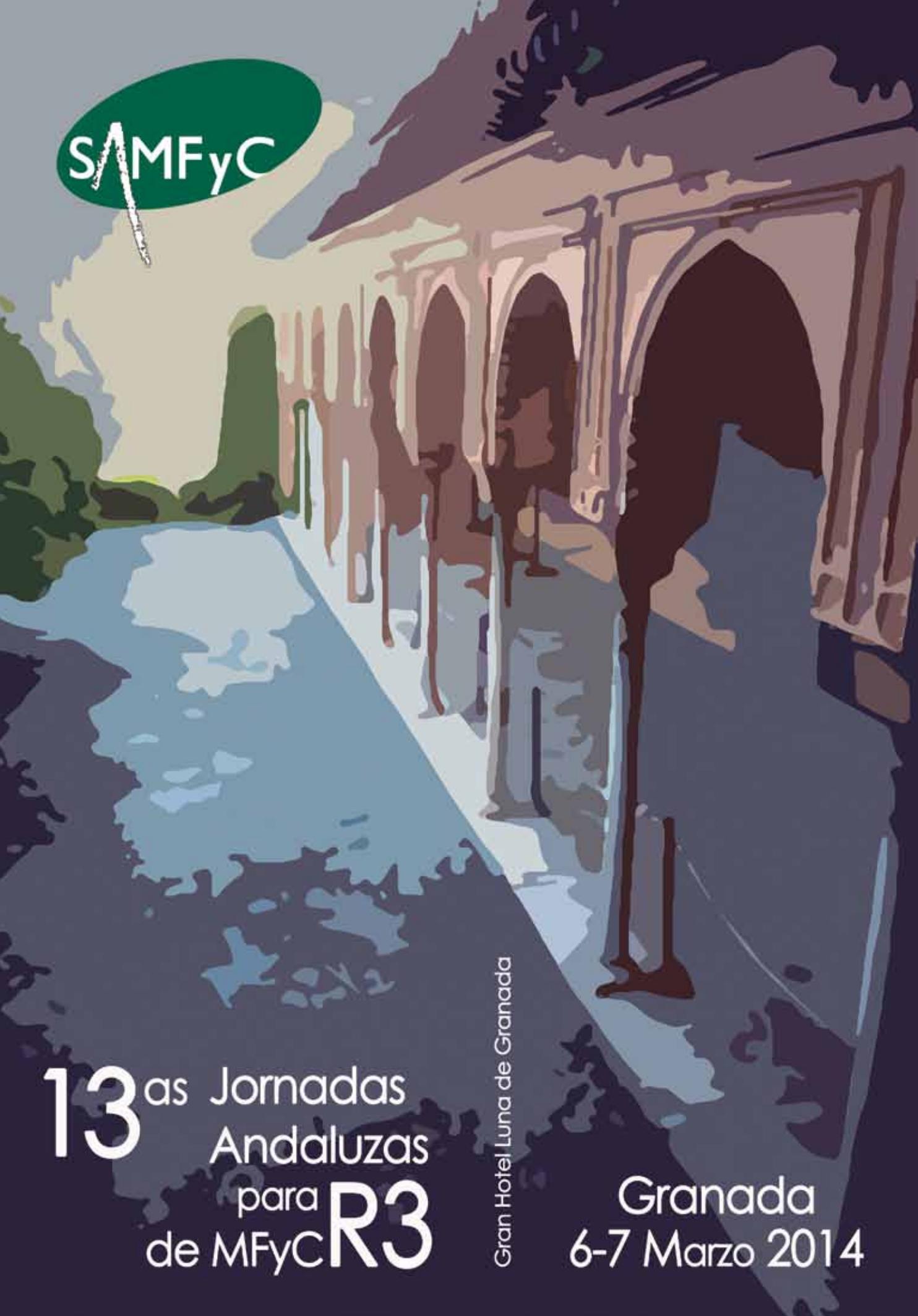
303 Publicaciones de interés

331 Micropíldora de conocimiento @pontealdiaAP

332 Actividades Científicas

333 Información para los autores





13as Jornadas
Andaluzas
para
de MFyC **R3**

Gran Hotel Luna de Granada

Granada
6-7 Marzo 2014

JUNTA DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Presidente

Paloma Porras Martín

Vicepresidente

Francisco José Guerrero García

Vicepresidente

Rocío E. Moreno Moreno

Vicepresidente

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:

M^a. Pilar Delgado Pérez

pdelgadomedico@hotmail.com

Vocal provincial de Cádiz:

M^a. José Serrano Muñoz

majsemu@hotmail.com

Vocal provincial de Córdoba:

Juan Manuel Parras Rejano

juanprj@gmail.com

Vocal provincial de Huelva:

Jesús E. Pardo Álvarez

jeparedes10@teleline.es

Vocal provincial de Jaén:

Justa Zafra Alcántara

justazafra@hotmail.com

Vocal provincial de Málaga:

Rocío E. Moreno Moreno

roemomo@hotmail.com

Vocal provincial de Granada:

Francisco José Guerrero García

franguerrero72@yahoo.com

Vocal provincial de Sevilla:

Leonor Marín Pérez

leonorjl04@yahoo.es

SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

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

Tel: 958 804201 – Fax: 958 80 42 02

e-mail: samfyc@samfyc.es

<http://www.samfyc.es>

MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA



Publicación Oficial de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria

DIRECTOR

Antonio Manteca González

SUBDIRECTOR

Francisco José Guerrero García

CONSEJO DE DIRECCIÓN:

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

CONSEJO DE REDACCIÓN

Francisco José Guerrero García
Pablo García López
Francisca Leiva Fernández
Francisco Extremera Montero

CONSEJO EDITORIAL:

Juan de Dios Alcantara Bellón. *Sevilla*
José Manuel Aranda Regules. *Málaga*
Luis Ávila Lachica. *Málaga*
Emilia Bailón Muñoz. *Granada*
Vidal Barchilón Cohén. *Cádiz*
Luciano Barrios Blasco. *Córdoba*
Pilar Barroso García. *Almería*
Pablo Bonal Pitz. *Sevilla*
M^a Ángeles Bonillo García. *Granada*
Rafael Castillo Castillo. *Jaén*
José Antonio Castro Gómez. *Granada*
José M^a de la Higuera González. *Sevilla*
Epifanio de Serdio Romero. *Sevilla*
Francisco Javier Gallo Vallejo. *Granada*
Pablo García López. *Granada*
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*
Rafael Montoro Ruiz. *Granada*
Ana Moran Rodríguez. *Cádiz*
Guillermo Moratalla Rodríguez. *Cádiz*
Herminia M^a. Moreno Martos. *Almería*
Francisca Muñoz Cobos. *Málaga*

Beatriz Pascual de la Pisa. *Sevilla*
Alejandro Pérez Milena. *Jaén*
Luis Ángel Perula de Torres. *Córdoba*
Miguel Ángel Prados Quel. *Granada*
J. Daniel Prados Torres. *Málaga*
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*
Pedro Schwartz Calero. *Huelva*
Jesús Torio Durantez. *Jaén*
Juan Tormo Molina. *Granada*
Cristobal 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
Incluida en el Latindex*

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/Revista/portada.html>

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 autori-
zación expresa por escrito del titular del copyright.

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

Printed in Spain

Maqueta: Antonio J. García Cruz

Imprime: Etc [...] Ediciones Turísticas y Cul-
turales, S.L.



Sumario

Editorial

- 239 ¿Qué queremos los médicos de familia?

El espacio del usuario

- 243 La venta de medicamentos por Internet, una realidad que precisa ser controlada

Originales

- 245 Visión que tienen las mujeres víctimas de violencia de género sobre sus agresores. Relatos biográficos
259 Resucitación intrahospitalaria en Andalucía
274 Prevalencia de la litiasis renal en Andalucía: diseño y ejecución del proyecto PreLiRenA

Artículo especial

- 280 El cambio médico: una opción o un juego
285 Facultativos y administrativos, un trabajo en común: el bienestar del usuario

Cartas al director

- 289 Cirugía menor en centro de salud urbano: técnica de Winograd para onicocriptosis
291 Abordaje integral y multidisciplinar de la epidermólisis ampollosa como enfermedad crónica incurable y de mal pronóstico

¿Cuál es su diagnóstico?

- 294 Dificultad miccional en varón joven
296 Doctor, ¿qué son estas manchas?

298 Respuesta al caso clínico

303 Publicaciones de interés

331 Micropíldora de conocimiento @pontealdiaAP

332 Actividades Científicas

333 Información para los autores



Summary

Editorial

- 239 What do family physicians want?

The Consumer's Corner

- 243 Online drug sales need to be controlled

Original Articles

- 245 How Female Victims of Gender Violence view their Agressors. Biographical chronicles
259 In-hospital Resuscitation in Andalusia
274 Prevalence of Renal Lithiasis in Andalusia: Design and Implementation of the PreLiRenA Project

Special Articles

- 280 Changing Doctors: a Serious Option or Just a Game?
285 Clinicians and Administrative Staff: Working Together for the Patient's Wellbeing

Letters to the Editor

- 289 Minor surgery in an urban health center: the Winograd technique for onychocryptosis
291 An integrated, multidisciplinary approach to the treatment of eidermolysis bullosa as a chronic disease with poor prognosis

Which is your diagnosis?

- 294 Young male with urination problems
296 Doctor, what are these spots?

298 Answer to a Clinical Case

303 Publications of Interest

331 Knowledge in microdoses @pontealdiaAP

332 Scientific Activities

333 Information for Authors

EDITORIAL

¿Qué queremos los médicos de familia?

Junta Directiva SAMFyC

Los médicos de Familia de Atención Primaria queremos prestar una atención sanitaria de calidad

En los últimos años, los profesionales de Atención Primaria de Andalucía hemos manifestado en más de una ocasión nuestras *expectativas y opiniones* en relación al desarrollo de nuestra tarea asistencial. Así, junto con otras sociedades científicas trabajamos conjuntamente con la Administración Sanitaria los contenidos del “Pacto Andaluz por el Desarrollo de Estrategias para la Atención Primaria” (2006); posteriormente hemos participado en grupos de trabajo convocados para mejorar la historia clínica digital aportando las valoraciones de quienes la utilizamos todos los días. También hemos propuesto sugerencias para disminuir la burocracia en nuestras consultas. Los médicos de familia requerimos liberarnos de determinadas tareas burocráticas y rutinarias para dedicar más tiempo a la atención sanitaria de aquellos pacientes que más lo necesitan.

A nivel estatal, también se ha contribuido a la concreción en las distintas comunidades autónomas del documento “Estrategias para la Atención Primaria del siglo XXI (Proyecto AP XXI), publicado en 2006 por el Ministerio de Sanidad y Consumo. Actualmente en Andalucía, de nuevo, el Servicio Andaluz de Salud, está trabajando con grupos de profesionales para avanzar en el desarrollo de la Atención Primaria para los años venideros.

Atención Primaria es eficiente. Acompaña a pacientes y a familias, sanas y enfermas. Actúa como agente de las personas ante el resto del Sistema Sanitario Público. Y los médicos de familia queremos seguir participando y aportando soluciones junto con los ciudadanos. Tenemos claro, cada vez con más premura, que la asistencia en el entorno de la comunidad donde viven las personas precisa una mayor adaptación a las necesidades de la ciudadanía.

El cambio demográfico, que ya nos ha alcanzado, la necesaria actuación sobre los determinantes de la salud y la atención a la cronicidad, requieren una *reorientación de los recursos* sanitarios públicos. Cambio de rumbo que deberá producirse en el actual contexto socioeconómico, en el que se prevé difícil poner en marcha cualquier planificación que implique incremento del gasto público en atención sanitaria, por muy eficiente que sea la Atención Primaria de Salud.

Nuestra *cartera de servicios* se ha incrementado en los últimos años con la deseada y bienvenida disminución de los días de estancia hospitalaria, con altas hospitalarias precoces; o asumiendo el control de pacientes anticoagulados, hasta hace poco de seguimiento hospitalario. Tareas que, sumadas a otras muchas actividades de atención a la comunidad y atención a domicilio, hacen necesaria una reflexión sobre el papel que deseamos desarrollar los médicos de familia. Y sobre lo que necesitan esas familias que atendemos. Sin obviar en esta necesaria reflexión los puntos de vista de otros profesionales con quienes compartimos el cuidado de la comunidad: pediatras, odontólogos, enfermeras, auxiliares de enfermería, trabajadores sociales, personal de unidades de atención ciudadana y apoyo administrativo; así como otros profesionales implicados en el abordaje de la dependencia, como fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales.

Desde esta Sociedad de Medicina de Familia de Andalucía nos debemos plantear, entre otras cuestiones fundamentales, la grave dificultad de mantener íntegramente la actual cartera de servicios con unos recursos significativamente mermados, idénticos parámetros organizativos y los mismos e inflexibles objetivos de demora en la consulta.

Quizás una de las mayores amenazas sea el *excesivo desconocimiento* existente dentro de la propia institución sanitaria sobre la labor facul-

tativa especializada que realizamos cada día los miles de médicos de familia andaluces. Desconocimiento que parece ser frecuente tanto entre otros facultativos especialistas como entre cargos de gestión, responsables de la Administración Sanitaria y políticos del ramo. En demasiadas ocasiones, seguimos siendo tratados como médicos no especialistas; cuando, sin embargo, somos precisamente especialistas en el desempeño de las tareas que tenemos asignadas.

En relación a la *accesibilidad*, los médicos de familia seguimos siendo los profesionales sanitarios con mayor nivel de acceso en los centros de salud. La elevada accesibilidad a nuestras consultas -priorizada en los objetivos de las UGC- nos obliga a realizar consultas muy rápidas, que frecuentemente generan una resolución menor; nos inducen estrés, al colisionar con nuestra aspiración de ejercer correctamente nuestra labor asistencial; favorecen la aparición de incidentes de seguridad en nuestros pacientes; a la vez que nos dificultan la atención en el domicilio y a la comunidad.

Los médicos de familia atendemos un importante número de pacientes cada día, que presentan problemas de salud y vitales de diversa índole, que inducen una gran carga emocional. Los facultativos de Medicina de Familia debemos mantenernos en la consulta -todos los días, un importante número de horas cada jornada- con un nivel de máxima alerta; empatizando con cada una de las personas que atendemos, que a veces se encuentran en circunstancias personales y familiares muy adversas; manejando con esmero habilidades en comunicación, entrevista clínica y control emocional; a la vez que la *toma de decisiones clínicas* -a menudo complejas- habitualmente debe ser ágil y rápida.

Actualmente, la gran mayoría de nuestras agendas como médicos de familia no es acorde con el tiempo que realmente precisan los pacientes que atendemos. Paralelamente, la demora en ser atendidos en consulta es percibida por los pacientes -¿y por los propios gestores y responsables de la Administración Sanitaria?- con una valoración altamente negativa. La *agenda de citas* de los médicos de familia no refleja el tiempo real que debe ser dedicado a cada paciente, que resulta ser significativamente superior al inicialmente programado.

El retraso entre la hora en la que un paciente ha sido citado y aquella en la que es finalmente atendido existe porque las agendas de citas han sido diseñadas asignando periodos de tiempo por cada consulta claramente irreales e insuficientes. Las agendas pueden ser infinitas en el papel, pero no en la labor asistencial cotidiana con los pacientes y sus familias, que requiere dedicación y tiempo. Tampoco puede ser obviada la necesidad de reservar determinados tramos horarios para aquellos pacientes que requieren asistencia sin demora el mismo día que la solicitan. Si esos *huecos* no están previstos en nuestras agendas, su atención -que es necesaria aunque sea imprevista- acaba retrasando aún más la consulta, en detrimento del resto de pacientes que se eternizan y desesperan en las salas de espera.

La *historia clínica digital* y la *receta electrónica* se han convertido en herramientas imprescindibles para el desarrollo de la práctica clínica, pero ¡ojo! también ralentizan nuestras consultas. Los gestores sanitarios deberían asumir que, inevitablemente, ambas enlentecen la consulta, e incorporar esta debilidad como uno más de los motivos causantes de consumo de tiempo en la consulta. La solución pasa -ineludiblemente- por planificar agendas de citas médicas más realistas en la asignación del tiempo requerido para atender a cada paciente. Ello evitará esperas innecesarias a los pacientes y a los familiares o allegados que frecuentemente los acompañan. A la vez, reducirá el estrés de los médicos de familia, enfrentados diariamente a la imposibilidad material de registrar correctamente los datos clínicos de todos y cada uno de sus pacientes.

Debe ser asumido que, sin discutir su potencialidad, *Diraya* -el sistema utilizado como soporte de la historia clínica electrónica- requiere tiempo para tareas de registro, absolutamente necesarias para el correcto seguimiento de los pacientes, monitorizar objetivos, evaluar resultados y explotar datos epidemiológicos para la docencia y la investigación.

En relación con la *atención domiciliaria*, nuestra responsabilidad pasa por mantener y mejorar nuestra capacidad de resolución en este espacio asistencial que es propio de nuestra especialidad médica. No deberíamos contribuir a la fragmentación de la asistencia del paciente en el entorno del domicilio, permitiendo que otros profesiona-

les sanitarios ocupen un espacio asistencial que nos es propio coordinar porque nosotros estemos dedicando nuestro tiempo a tareas burocráticas absolutamente ineficientes. No tiene lógica que, precisamente, una de las funciones más importantes y más específicas de los médicos de familia acabe como una actividad marginal en nuestra agenda de trabajo diaria.

Priorizando en exceso la *consulta a demanda* frente a otras actividades asistenciales propias de nuestra especialidad exponemos a nuestros pacientes -especialmente a los pacientes crónicos pluripatológicos, cada vez más frecuentes en nuestras consultas- a una asistencia más irregular, no programada. Si no podemos dedicar tiempo suficiente a la atención a domicilio resultará difícil realizar una correcta atención a los pacientes inmovilizados, que padecen enfermedades graves e irreversibles, que requieren cuidados paliativos, oncológicos o no oncológicos, o que se encuentran en las fases terminales de su vida. La intensidad de la consulta a demanda no tendría que hacernos postergar la atención de aquellos pacientes que más nos necesitan por ser especialmente vulnerables.

Mantener e incrementar la *capacidad de resolución* de la Medicina de Familia implica profesionales eficazmente formados y permanentemente actualizados en abordajes terapéuticos y prácticas clínicas. Ello permitirá manejar pacientes con situaciones clínicas complejas, afrontar nuevas demandas asistenciales y dar respuesta a las nuevas estrategias formuladas en el seno del Sistema Sanitario Público de Andalucía; como, por ejemplo, ofertar de forma equitativa y para todos los andaluces unos cuidados paliativos adecuados a la necesidad de los pacientes y sus familias.

La *formación* -cuya oferta es en este momento escasa- debe ser fácilmente accesible para los profesionales que desempeñan su labor facultativa tanto en ciudades y áreas metropolitanas, como para aquellos otros que atienden municipios de menor tamaño poblacional, donde la dispersión geográfica y el incremento de jornada laboral asociada a la atención continuada endurecen más las condiciones de trabajo y, frecuentemente, dificultan más el acceso reglado a la formación.

Los profesionales de los centros de salud precisamos *equipos directivos* expertos en ejercer un

liderazgo clínico; con capacidad para impulsar voluntades, crear motivación y transmitir optimismo. Atención Primaria no necesita transmisores de órdenes o meros gestores de planillas y cuadrantes. Requiere de líderes que conecten a los profesionales con los valores inspiradores de una sanidad pública de cobertura universal, eficiente en el consumo de recursos y equitativa en el acceso a los servicios y prestaciones para toda la ciudadanía andaluza. Para que los equipos directivos de las Unidades Clínicas de Atención Primaria puedan ejercer este liderazgo y la indispensable función de gestión del equipo, requieren herramientas de gestión y, también, disponibilidad de tiempo, con una mayor flexibilidad en la dedicación a tareas asistenciales. Una prioridad que ha resultado muy sacrificada con los ajustes presupuestarios.

Seguimos sin conocer el producto sanitario en las diferentes Unidades de Gestión Clínica. Indicadores útiles para flexibilizar los *patrones de provisión de servicios* asistenciales a poblaciones con realidades y necesidades diferentes. No se han logrado implantar con éxito los grupos clínicos ajustados (ACG) para mejorar la planificación de recursos y medir y comparar resultados. Se sigue trabajando con medidas de complejidad clínica para pacientes con ingreso hospitalario, pero se desconoce la complejidad de los pacientes adscritos a una determinada unidad clínica de Atención Primaria o a un cupo médico concreto.

Son cada vez más escasas las actuaciones diferenciadas orientadas a mejorar la accesibilidad de grupos de población especialmente vulnerable o con mayor riesgo de exclusión social y/o territorial. Se genera, por tanto, una brecha en el *principio de equidad* que repercute tanto en la ciudadanía como en los propios profesionales, que no disponemos de recursos diferenciados según la morbimortalidad de los pacientes y adaptados a la diversidad y peculiaridades sociales y territoriales de cada zona.

El Sistema Sanitario Público de Andalucía ha generado *estrategias* relevantes en materia de Seguridad del Paciente, también en el cumplimiento de la Ley 2/2010 de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte, o la Estrategia de Bioética 2011-2014, entre otras. Estrategias que corren el riesgo de quedar en primorosos documentos escritos, que

suenan lejanos a la práctica asistencial, si no se profundiza en su implementación en los equipos y en su entronque dentro del espacio que comparten el profesional y el ciudadano.

La Estrategia de Bioética del SSPA es un gran facilitador de la comprensión del principio de justicia en la gestión de recursos públicos con la corresponsabilidad de todos los implicados, profesionales y ciudadanos. Los líderes de las UGC podrían desplegar en este campo una gran labor, apoyados por los equipos directivos de Atención Primaria.

Este prisma de la bioética médica sustenta la salvaguarda del derecho de la ciudadanía a *prestaciones sanitarias de calidad* que aporten valor clínico contrastado y resulten eficientes, como siempre deben ser los recursos públicos. Atención Primaria lleva décadas dando ejemplo de calidad asistencial y eficiencia frente a servicios

y prestaciones menos-adequadas por su escasa pertinencia y/o rentabilidad sanitaria y social.

La Medicina de Familia debe fortalecer su imagen pública dando *respuestas* a las crecientes expectativas que los ciudadanos depositan en el sistema sanitario público. Los médicos de familia seguiremos aportando *propuestas* de cambio para mejorar la capacidad de resolución de problemas de salud, la humanización y personalización de la atención sanitaria y la escucha activa de los pacientes

La Junta Permanente de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria manifiesta su orgullo por la capacidad resolutoria demostrada día a día por los más de 5.000 médicos de familia andaluces y por su ingente e insustituible contribución al sostenimiento de la sanidad pública de nuestra Comunidad. Nuestro más sincero reconocimiento.

EL ESPACIO DEL USUARIO

La venta de medicamentos por Internet, una realidad que precisa ser controlada

Ruiz Legido O

Presidenta FACUA Andalucía

El Consejo de Ministros aprobó el 8 de noviembre un real decreto por el que se regula la venta legal de medicamentos que no precisan de receta a través de internet. Esta norma, que fue publicada en el BOE al día siguiente y tiene vigencia desde el día 10 de este mismo mes, viene a establecer los requisitos que deberán cumplir las páginas web que vendan legalmente medicamentos en España.

La Ley de garantías y uso racional de medicamentos y productos sanitarios en España, de 26 de julio de 2006, prohibía la venta a distancia y por internet de medicamentos sujetos a prescripción médica y encomendaba a desarrollo regulatorio dichas modalidades de venta cuando lo fueran de medicamentos no sujetos a receta y, en todo caso, dispensados por una oficina de farmacia autorizada. Siete años y una Directiva europea después (Directiva 2011/62/UE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 8 de junio de 2011) se ha regulado esta venta, que incide en una actividad –la venta a distancia de medicamentos–, en la que se producen graves abusos a nivel internacional y donde actualmente existe un insuficiente control. Todo ello, con el grave riesgo para la salud individual y colectiva de la población y el cuantioso fraude económico para los consumidores y usuarios que supone esta falta de supervisión.

La venta de medicamentos falsos y de aquellos que sí necesitan prescripción médica por internet mueve muchísimo dinero. Esta actividad ha crecido considerablemente en los últimos años, por lo que el control y una regulación garantista con la salud de la población se torna fundamental. Pero además, no sólo se trata de una actividad que implica riesgos sino que debe desarrollarse en el marco de una política global de uso racional y responsable del medicamento. Hasta ahora la

farmacia, como servicio sanitario, ha jugado un papel fundamental y ha sido una pieza clave en este sentido, junto con la administración sanitaria y las organizaciones sociales y ciudadanas.

En FACUA realizamos en 2011 un análisis sobre la venta y publicidad de fármacos a través de Internet que nos permitió localizar y posteriormente denunciar veintiocho páginas web de venta ilegal de medicamentos en España. Las webs denunciadas ofertaban medicamentos de todo tipo, buena parte de los cuales requerían receta médica: antidepresivos, antibióticos, somníferos, píldoras anticonceptivas, fármacos para el colesterol, la presión arterial y la disfunción sexual, entre otros. De esas veintiocho páginas, siete habían sido ya denunciadas en el año 2009 sin que tuviéramos respuesta alguna de la administración sanitaria.

Es preciso que la regulación de esta actividad, así como su control y seguimiento, vele porque no lleguen a la población medicamentos que puedan suponer un riesgo para su salud y seguridad, no sólo en composición y calidad, sino también en cantidad. En este sentido, debería limitarse el número de envases o unidades de producto que el usuario puede solicitar por vía telemática a las oficinas autorizadas. Además, el solicitante de los mismos debe quedar perfectamente identificado para garantizar que recibe información suficiente sobre el producto y las consecuencias de su consumo. Asimismo, el sistema debe asegurarse de que esta modalidad de venta no permita que menores de edad y otros usuarios no capacitados para ello tengan acceso a la adquisición de medicamentos, aunque sean los anunciados en publicidad y accesibles sin receta médica.

Los medicamentos no son bienes de consumo ordinarios y, por tanto, no deben ser tratados

como una mercancía más del mercado. Tampoco debe estar permitida su promoción y venta con técnicas de marketing y publicidad que mal casan con políticas de uso racional del medicamento. Ha de tenerse en consideración que no estamos ante una actividad comercial sin más, sino que se trata de un servicio sanitario que debe prestarse al usuario con total garantía, información suficiente, seguridad en su dispensación y que vele por un uso racional y responsable del medicamento.

Autorizada la venta por internet en los supuestos y con los requisitos previstos en la norma aprobada por el Gobierno, es preciso que el usuario tenga información suficiente sobre los riesgos de adquirir medicamentos al margen de los canales autorizados, cuáles son sus derechos y garantías en el acceso al medicamento y cómo reconocer las webs legales.

La venta por Internet de medicamentos ligada a una oficina de farmacia debería ser enfocada y abordada como una mejora en la prestación de un servicio sanitario, y no como una técnica o herramienta comercial destinada a potenciar e incrementar las ventas. Por ello, el conjunto de los agentes que intervenimos en el ámbito de la salud –profesionales sanitarios, organizaciones sociales implicadas, así como las distintas administraciones sanitarias- tendríamos que articular campañas de información dirigidas a la población y englobadas en los programas de uso racional y seguro del medicamento que el propio ministerio y las comunidades autónomas impulsan.

La venta fuera del establecimiento sanitario ha de seguir posibilitando el derecho del consumidor a ser asesorado y a completar la información sobre el medicamento con el responsable de la oficina farmacéutica. Por lo tanto, es preciso que se identifiquen los canales de comunicación, tanto telefónicos como telemáticos, que estarán disponibles entre el usuario y la farmacia. Esta última debe además incorporar, en el proceso de compra, mecanismos que garanticen que se rea-

liza correctamente por quien puede y debe tener acceso al medicamento. Además, debe garantizar con seguridad y certeza no sólo la identificación del medicamento solicitado, sino también la del propio solicitante y toda aquella información relevante que necesite el farmacéutico para una adecuada dispensación.

La norma también prohíbe ofrecer regalos, premios, obsequios, concursos, bonificaciones o actividades similares como medios vinculados a la promoción o venta al público de medicamentos mediante sitios web. Consideramos acertada esta prohibición, que debiera ir más allá y no permitirse en general la publicidad de medicamentos, incluidos los que no precisan de receta para su dispensación, por ser contradictorio con una política eficaz y coherente de uso racional y responsable del medicamento. Por ello, el sitio web de la oficina de farmacia que posibilite la venta a distancia de medicamentos no debería contener publicidad comercial de medicamentos, productos sanitarios ni ofertas de otro tipo de productos, ni desde luego de aquellos denominados productos milagro o con pretendida finalidad sanitaria.

Por último, es necesario señalar que la regulación de la actividad de dispensación de medicamentos debe venir de la mano del ordenamiento jurídico y no de la autorregulación del sector, siempre en el terreno de la mera voluntariedad. En todo caso, la posibilidad de que la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (Aemps) impulse la elaboración y aplicación de códigos de conducta complementarios puede ser una opción, siempre que dichos códigos vayan más allá de lo exigible por la legislación. Con este fin, deben tener un enfoque más amplio, que sea de carácter tripartito –con la participación, desde su génesis, de la Aemps, de los representantes de los consumidores y usuarios y de los farmacéuticos y otros profesionales sanitarios-, que permita un control y seguimiento de su cumplimiento e incorpore las consecuencias claras y proporcionales que acarrea su incumplimiento.

ORIGINAL

Visión que tienen las mujeres víctimas de violencia de género sobre sus agresores. Relatos biográficos

Muñoz Cobos F¹, Río Ruiz J², Villalobos Bravo M³, Burgos Varo M^aL⁴, Carrasco Rodríguez A⁵, Martín Carretero M^aL⁶, Ortega Fraile I⁷

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

²Trabajadora Social. Centros de Salud Puerta Blanca y La Luz. Málaga

³Trabajadora Social. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga

⁴Trabajadora Social. Centros de Salud El Palo y Limonar. Málaga

⁵Trabajadora Social. Centro de Salud Huelin. Málaga

⁶Trabajadora Social. Centro de Salud S. Pedro de Alcántara. Málaga

⁷Matrona. Hospital Materno Infantil. Málaga

RESUMEN

Título: visión que tienen las mujeres víctimas de violencia de género sobre sus agresores.

Objetivo: analizar la visión de mujeres víctimas de Violencia de Género sobre sus agresores.

Diseño: Investigación cualitativa interpretativa.

Emplazamiento: estudio multicéntrico: seis centros de salud urbanos.

Población y muestra: mujeres víctimas de violencia de género atendidas en seis centros de salud de Málaga. Criterios de inclusión: malos tratos físicos, psíquicos y/o sexuales infringidos por su pareja o expareja, reconocidos (maltrato percibido); consentimiento informado. Muestreo intencional. Tamaño muestral hasta de saturación.

Intervenciones: técnica del Relato Biográfico mediante entrevista, audiograbada y transcrita. Análisis de los textos: programa Atlas Ti 5.0. Método de análisis: Teoría Fundamentada de Glasser y Strauss.

Resultados: coexisten valoraciones negativas y reconocimiento de aspectos positivos del agresor ("trabajador", "listo"). Aparecen visiones antagónicas: vago/cumplidor en el trabajo. manipulable/manipulador, mal/buen padre; violento/ no violento. Las mujeres refieren un antes y un después en cuanto a su forma de ser. Tienen una imagen de él como frágil, cobarde y vulnerable ("desgraciado") y es frecuente justificar y exculpar su conducta. Se reconoce la "doble cara" del agresor: hacia fuera (trabajador, atento, servicial) y dentro de casa (egoísta, malo, violento).

Sólo se le reconoce como maltratador cuando la mujer "sale" por completo de la relación. No se da como razón de la ruptura, la conducta o características del agresor.

Conclusiones: la mujer que sufre maltrato no siempre tiene una visión negativa del agresor, también le reconocen cualidades. Los describen como personas manipulables, con falta de control sobre sí mismos, manifestando formas de comportamiento opuestas dentro y fuera del hogar.

Palabras clave: violencia doméstica, relato biográfico, teoría fundamentada, atención primaria.

SUMMARY

Title: How Female Victims of Gender Violence Perceive Their Aggressors.

Goal: To analyze the views of female victims of gender violence regarding their aggressors

Correspondencia: Francisca Muñoz Cobos
Centro de Salud El Palo
Avda. Salvador Allende, 159
29018 Málaga
E-mail: franciscam@ono.com

Recibido el 09-10-2013; aceptado para publicación el 15-11-2013
Med fam Andal. 2013; 3: 245-258

Design: Qualitative, interpretive research.

Setting: Multi-centric study in six urban health centers.

Population and sample: Female victims of gender violence attended in six Malaga health centers. Inclusion criteria: acknowledgement of physical, psychological and/or sexual abuse inflicted by their partner or ex-partner (perceived abuse); informed consent. Intentional sampling. Saturated sample sizes.

Interventions: Technique of biographical chronicling based on interviews (recorded and later transcribed). Data analysis of the texts with Atlas Ti 5.0 software. Analytical method: Glasser and Strauss's grounded theory.

Results: Negative views regarding the aggressor coexist with a recognition of his positive traits ("hard-working", "clever"). Antagonistic viewpoints are evident: lazy/dependable at work; manipulable/manipulator; good/bad father; violent/not violent. Women describe a "before and after" regarding their conduct. Women see their aggressor as someone who is fragile, cowardly and vulnerable ("unlucky"), frequently justifying and offering excuses for his behavior. They recognize the aggressor's "two-faced nature": outside the home (hard-working, attentive, helpful) and at home (egotistical, bad, violent).

Only when the woman abandons the relationship completely is the partner recognized as abusive. The aggressor's conduct or personality traits are not mentioned as reasons for dissolving the relationship.

Conclusions: Women subjected to abuse do not always have a negative view of their aggressors; they also recognize certain good qualities. They describe them as persons who can be manipulated, lack self-control, and whose conduct outside the home contrasts with in-home behaviour.

Key words: Domestic violence. Biographical chronicling. Grounded theory. Primary care.

INTRODUCCIÓN

El elevado número de mujeres que sufren violencia de género se relaciona necesariamente con una enorme frecuencia de hombres con comportamientos violentos en sus relaciones de pareja, por lo que no es posible abordar completamente este problema sin incluir a los hombres responsables de la violencia(1).

El análisis de los datos disponibles reafirma la idea de que no existe un perfil social del agresor(2), identificado en ocasiones con niveles socioeconómicos bajos, cuando algunos estudios muestran como características frecuentes la estabilidad laboral(3) y la pertenencia a clases sociales altas(4). Parece existir una influencia del antecedente de violencia en la familia de origen(5) si bien sólo se da en un tercio de casos. Otra característica estudiada es el antecedente de alcoholismo en los agresores. La relación alcoholmaltrato es compleja, puesto que la mayoría de maltratadores no son alcohólicos, los que abusan de drogas y alcohol agreden tanto bajo efectos de estas sustancias como sobrios y la mayoría de alcohólicos no maltrata a sus mujeres(6)(7).

Respecto a su consideración como enfermos(8), la mayor parte de agresores no presentan ningún trastorno psicopatológico específico y los expertos reiteran que esta violencia no se relaciona con una enfermedad sino con un ejercicio premeditado y en beneficio propio del control absoluto sobre otra persona(9) y, a efectos penales, es compatible con la imputabilidad de los agresores(10). Así, los trastornos mentales como tales son poco frecuentes y destacan los trastornos de personalidad(11) (12). Sí son más frecuentes alteraciones psicológicas también de distinto tipo: emocionales (falta de control de impulsos, hostilidad(13)(14), dificultad de expresión de las emociones, baja autoestima); cognitivas (distorsiones cognitivas basadas en la inferioridad de la mujer, en la concepción de ésta como propiedad y en la legitimidad de la violencia como forma de resolución de conflictos); interpersonales (déficit en habilidades interpersonales, aislamiento emocional, dificultad para establecer relaciones de intimidad o amistad profunda, déficit de habilidades de comunicación, se ha denominado "analfabetismo emocional")(15).

Se ha descrito una tipología de hombres que ejercen violencia. La clasificación clásica (16) diferen-

cia entre los que son *agresores sólo dentro del hogar*, menos violentos y sin ningún tipo de alteración de personalidad (50%); los *maltratadores límite* que ejercen violencia también dentro del hogar, psicológicamente alterados y con frecuente abuso de alcohol y drogas, han sufrido abuso en la infancia y tienen actitudes negativas hacia las mujeres en general (25%) y *hombres violentos en general* (25%) con violencia severa, más inclinados a presentar trastornos de personalidad, historial delictivo, abuso de alcohol y drogas. Estos tipos constituirían a su vez categorías de riesgo bajo, medio y alto.

Aparte de este conocimiento basado en los estudios empíricos, interesa conocer cómo las mujeres víctimas de maltrato ven a los hombres que infringen la violencia, cuál es su perspectiva y cómo ésta influye o no en sus decisiones y actuaciones.

El objetivo de este estudio es conocer la visión que las mujeres víctimas de violencia de género tienen sobre sus agresores.

SUJETOS Y MÉTODOS

El estudio es multicéntrico y se realiza en seis centros de salud urbanos de Málaga. Se incluyen mujeres que reconocen sufrir o haber sufrido malos tratos de cualquier tipo infringidos por su pareja o ex-pareja, y prestan su consentimiento escrito para participar en el estudio. Las mujeres son captadas en el seguimiento clínico habitual en los centros de salud por los profesionales que las atienden (medicina de familia, enfermería, matrona y sobre todo, trabajadora social, a la que la mujer es derivada desde cualquier otra consulta en la que sea atendida según el protocolo consensuado de actuación ante el maltrato (17)(18). Una vez realizadas todas las intervenciones necesarias a cada caso, se propone a la mujer su participación voluntaria en el estudio presentando sus objetivos y metodología.

Este estudio focalizado en la visión de su agresor que tienen las mujeres, corresponde a una de las preguntas de investigación del estudio completo sobre vivencias de la violencia de género.

El tipo de muestreo es intencional y se realiza simultáneamente al análisis (codificación inicial) hasta saturación, utilizando como criterio de saturación la redundancia de códigos (uso pre-

dominante de los “códigos por lista” o preexistentes) como muestra de la falta de aportación de nueva información.

El diseño corresponde a una investigación cualitativa interpretativa, adoptando una perspectiva fenomenológica.

Para la recogida de información, se utiliza la técnica del Relato Biográfico (19) mediante entrevista realizada por la trabajadora social a la que correspondía prestar asistencia a cada mujer, las cuales son audiograbadas y transcritas para su posterior análisis. No se utiliza guión prefijado sino la invitación a la mujer a “contar su experiencia”. Cada entrevistadora elabora un informe de encuadre de cada relato con el fin de contextualizar el caso y la entrevista. No se asigna una duración específica, pudiéndose repetir si es necesario una segunda entrevista.

Sobre las transcripciones de las entrevistas, se procede a la lectura de los relatos completos, para la identificación de temas emergentes. Se analiza cada relato por dos investigadoras asignando los segmentos textuales un código inicial (microanálisis) posteriormente incluido en familias de códigos. Cada familia de códigos es analizada de forma separada y en relación a las demás, bajo la guía de la pregunta de investigación, cómo es la visión que tienen las mujeres víctimas de violencia de género de su agresor.

La codificación axial se realiza utilizando el método comparativo constante llegando a la extracción de información con vuelta continua a los textos de los relatos, siguiendo la Teoría Fundamentada (20)(21), basada en el reconocimiento de los propios sujetos como intérpretes de su realidad y en la inducción de teorías directamente a partir de los datos, evitando formulaciones a priori y a partir del método comparativo constante (recogida de información, codificación y análisis simultáneo). Se ha utilizado el programa Atlas Ti 5.0(22)(23).

RESULTADOS

Se realizan 35 relatos entre septiembre 2005 y abril 2007. Las características de las mujeres participantes se recogen en la tabla 1.

Respecto a la visión de su pareja, las mujeres no reconocen a sus parejas o exparejas como "agresores" hasta que no "salen" de la situación, así como no se reconocen a sí mismas como víctimas de maltrato o violencia mientras permanecen en esa situación.

Encontramos en los relatos una doble visión del hombre por parte de la mujer, fundamentalmente negativa, con una gradación de intensidad variable, pero también con reconocimiento de cualidades en su carácter y aspectos positivos en sus actuaciones.

Los agresores son definidos globalmente como malas personas, sin sentimientos o inhumanos. Entre los **aspectos negativos** concretos en los que reciben peores calificativos están (Tabla 2):

- dominantes, posesivos, soberbios,
- egoístas extremos,
- vagos,
- juerguistas, vividores,
- irresponsables, no atienden a obligaciones familiares, sobre todo en papel de esposos y padres,
- el ser mujeriegos, a veces con cierto matiz como "ardientes",
- despegados, no cariñosos,
- manipuladores, mentirosos, hipócritas, "actores",

Los hombres son descritos como dominantes y las mujeres se ven en la relación que éstos les imponen como "criadas", "esclavas" y como "prostitutas", aunque asumen estas labores como propias y creen cumplirlas, incluidas las relaciones sexuales no consentidas o claramente forzadas.

Entre los aspectos peor valorados destaca la falta de cumplimiento de las obligaciones familiares, con un papel muy relevante de la falta de apoyo en los problemas de salud de la mujer y los hijos.

Diferencian entre "ser mujeriego" en general, como hombre al que le gustan las mujeres y una

infidelidad en particular con una mujer concreta, algo mucho peor valorado y que en algunos casos supone el "quid" o motivo para plantearse la ruptura. En algunos casos la relación con otras mujeres se ve como tabla de salvación para que él se aleje (ruptura pasiva).

Algunos aspectos negativos del hombre son considerados como **exculpatorios** de la actitud violenta (Tabla 3): persona manipulable por los demás (en gran medida por su familia de origen), persona confiada o cobarde, frecuentemente necesitado de ayuda. Además se le califica como enfermo, desequilibrado o nervioso y se culpa al alcohol de sus pérdidas de control, descritas como "genio" o "prontos" o explicadas por ser "persona de carácter fuerte". Incluso explica la actitud hostil y violenta hacia ella en base a "ser la persona más cercana" con la que "pagar" sus frustraciones. Muy frecuentemente se atribuye el carácter violento al propio sufrimiento que el hombre padeció al recibir o presenciar malos tratos en su familia de origen.

Muchos relatos definen **aspectos positivos** de sus parejas o exparejas (Tabla 4): *trabajador, listo, desenvuelto, buen padre*. En algunos casos dicen que han sido *generosos* en los aspectos materiales y reconocen que les han aportado cosas positivas como "*más cultura*".

Las mujeres se preocupan mucho de la imagen externa de sus parejas (Tabla 5), que tratan de mantener y que incluso es un aspecto importante en la decisión de mantener la relación a pesar del sufrimiento.

La "doble fachada" del agresor aparece claramente en los relatos: los hombres mantienen una doble cara, guardan las apariencias y son socialmente muy bien valorados, mientras en casa mantienen las actitudes más reprobables y violentas. Esa buena imagen social repercute en la baja credibilidad de las mujeres, según ellas mismas reconocen.

En los relatos explican el "no darse cuenta" de cómo es él hasta que viven juntos y aún después, por la falta de referente de comparación dada la situación de aislamiento. También aparecen situaciones en que "se ve venir" que son hombres dominantes desde antes de la convivencia pero es más frecuente señalar un momento de

cambio de actitud: el hombre agresor no era así inicialmente y se presenta un cambio radical en un momento determinado (tras un proceso progresivo de dominio casi calculado). Ese momento está marcado no solo por la aparición de actitudes violentas sino más por la enorme decepción de la mujer en relación con sus expectativas respecto a su ideal de familia y de relación de pareja y el desequilibrio entre lo que da y lo que recibe.

Al describir a los hombres, las mujeres suelen compararse con ellos atribuyéndose las cualidades contrarias a sus defectos. Entre los valores que las mujeres resaltan tener frente a ellos está la fidelidad. Además hacen continuas referencias a que son las virtudes que les han enseñado en su familia de origen.

A pesar de describirlos como "monstruos" no refieren que eso determine su decisión de romper la relación. Incluso en los relatos con peores valoraciones por parte de las mujeres, no se argumenta la salida de la situación por las características de la persona que infringe la violencia, por la imposibilidad de vivir con una persona dominante, violenta o posesiva.

DISCUSIÓN

En los relatos están muy presentes valores socioculturales inculcados:

-El ideal de pareja y de familia que sostiene la mujer responde a la familia tradicional: reparto no igualitario de papeles entre hombre y mujer, matrimonio para toda la vida, obligatoriedad de las mujeres de mantener relaciones sexuales.

Las mujeres en los relatos se describen como buenas

esposas y madres que cumplen los roles asignados, quejándose no de éstos sino de la falta de reconocimiento y la continua crítica del hombre ("todo tenía faltas, y todo... no tenía nada bien.. y no... y a todo le sacaba faltas"; "algunas veces sí hacía comidas buenas y todo, nunca jamás me dio las gracias nunca ni una vez que yo hiciera algo bueno").

Evitar romper la familia es un potente condicionante de "aguantar" la situación.

-La visión de la masculinidad responde a estereotipos masculinos: los hombres necesitan "fogar", mostrar su hombría rodeándose de mujeres, pero para una mujer ser infiel es la máxima traición.

MUCHOS PACIENTES SIENTEN QUE LA EPOC LES QUITA EL AIRE POR LAS MAÑANAS.¹

> Rapidez de acción y eficacia sostenida con Seebri® Breezhaler® 1 vez/día²

Anticolinérgico de larga duración administrado una vez al día para el tratamiento de mantenimiento de la EPOC³

Seebri® Breezhaler®

La nueva forma de liberar rápidamente a los pacientes con EPOC.

seebri® breezhaler®

Una vez al día

seebri® breezhaler® 44mcg

bromuro de glicopirronio

NOVARTIS PHARMACEUTICALS

NUEVO

1304027591

REFERENCIAS: 1. Partridge MR, Karlsson N, Small IR. Patient insight into the impact of chronic obstructive pulmonary disease in the morning: an internet survey. *Current medical research and opinion*. Aug 2009;25(8):2043-2048. 2. Kerwin E, et al. Efficacy and safety of NVA237 versus placebo and tiotropium in patients with COPD: the GLOW2 study. *Eur Respir J* 2012;40: 1106-1114. 3. Ficha Técnica de Seebri, septiembre de 2012. **NOMBRE DEL MEDICAMENTO:** Seebri Breezhaler 44 microgramos polvo para inhalación (cápsula dura). **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** cada cápsula contiene 63 microgramos de bromuro de glicopirronio equivalente a 50 microgramos de glicopirronio. Cada dosis liberada (la dosis que libera la boquilla del inhalador) contiene 55 microgramos de bromuro de glicopirronio equivalentes a 44 microgramos de glicopirronio. **Excipientes(s) con efecto conocido:** cada cápsula contiene 23,6 mg de lactosa (como monohidrato). Para consultar la lista completa de excipientes, ver sección "Lista de excipientes". **FORMA FARMACÉUTICA:** polvo para inhalación (cápsula dura). Cápsulas transparentes de color naranja que contienen un polvo blanco, con el código del producto «GPL50» impreso en negro por encima de una línea negra y el logo de la compañía («S») impreso en negro por debajo de la misma. **DATOS CLÍNICOS: indicaciones terapéuticas.** Seebri Breezhaler está indicado para el tratamiento broncodilatador de mantenimiento, para el alivio de los síntomas en pacientes adultos con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). **Posología y forma de administración.** **Posología:** la dosis recomendada consiste en la inhalación del contenido de una cápsula una vez al día, utilizando el inhalador de Seebri Breezhaler. Se recomienda que Seebri Breezhaler se administre a la misma hora cada día. Si se olvida una dosis, la próxima dosis debe administrarse tan pronto como sea posible. Se debe indicar a los pacientes que no se administran más de una dosis al día. **Poblaciones especiales:** Población de edad avanzada. Seebri Breezhaler puede utilizarse a la dosis recomendada en pacientes de edad avanzada (a partir de 75 años de edad) (ver sección "Reacciones adversas"). **Insuficiencia renal:** Seebri Breezhaler puede utilizarse a la dosis recomendada en pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada. En pacientes con insuficiencia renal grave o enfermedad renal terminal que requieren diálisis, Seebri Breezhaler debe utilizarse únicamente si el beneficio esperado supera el riesgo potencial (ver sección "Advertencias y precauciones especiales de empleo"). **Insuficiencia hepática:** no se han realizado estudios en pacientes con insuficiencia hepática. El glicopirronio se elimina principalmente por vía renal, por lo tanto no se espera un aumento importante de la exposición en pacientes con insuficiencia hepática. **Población pediátrica:** no existe una recomendación de uso específica para Seebri Breezhaler en la población pediátrica (menores de 18 años) en la indicación de EPOC. **Forma de administración:** para vía inhalatoria exclusivamente. Las cápsulas deben administrarse únicamente con la ayuda del inhalador de Seebri Breezhaler (ver sección "Precauciones especiales de eliminación y otras manipulaciones"). Las cápsulas no deben tragarse. Se debe instruir a los pacientes sobre cómo administrar el medicamento correctamente. Para consultar las instrucciones de uso del medicamento antes de la administración, ver sección "Precauciones especiales de eliminación y otras manipulaciones". **Contraindicaciones.** Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes incluidos en la sección "Lista de excipientes". **Advertencias y precauciones especiales de empleo.** No para uso agudo; Seebri Breezhaler está indicado para el tratamiento de mantenimiento a largo plazo, una vez al día y no está indicado para el tratamiento inicial de episodios agudos de broncoespasmo, es decir, como tratamiento de rescate. **Broncoespasmo paradójico:** no se ha observado broncoespasmo paradójico en los ensayos clínicos realizados con Seebri Breezhaler. Sin embargo, se ha observado broncoespasmo paradójico con otros tratamientos inhalatorios y puede ser potencialmente mortal. Si esto ocurre, se debe interrumpir inmediatamente el tratamiento con Seebri Breezhaler e instaurar una terapia alternativa. **Efecto anticolinérgico:** Seebri Breezhaler debe utilizarse con precaución en pacientes con glaucoma de ángulo estrecho o retención urinaria. Se debe informar a los pacientes acerca de los signos y síntomas del glaucoma de ángulo estrecho agudo y de que deben interrumpir el uso de Seebri Breezhaler y contactar con su médico inmediatamente si se desarrolla alguno de estos signos o síntomas. **Pacientes con insuficiencia renal grave:** en pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada se observó un aumento promedio moderado en la exposición sistémica total (AUC₀₋₂₄) de hasta 1,4 veces y de hasta 2,2 veces en pacientes con insuficiencia renal grave y enfermedad renal terminal. En pacientes con insuficiencia renal grave (tasa de filtración glomerular estimada inferior a 30 ml/min/1,73 m²), incluyendo los de enfermedad renal terminal, que requieren diálisis, Seebri Breezhaler debe utilizarse únicamente si el beneficio esperado supera el riesgo potencial. Se debe monitorizar estrechamente a estos pacientes por la posible aparición de reacciones adversas. **Pacientes con antecedentes de enfermedad cardiovascular:** los pacientes con cardiopatía isquémica inestable, insuficiencia ventricular izquierda, antecedentes de infarto de miocardio, arritmia (excluyendo fibrilación atrial estable crónica), antecedentes de síndrome de QT largo o aquellos con prolongación del intervalo QTc (> 450 ms para hombres o > 470 ms para mujeres) (método Fridrich), se excluyeron de los ensayos clínicos y, por lo tanto, la experiencia en este grupo de pacientes es limitada. Seebri Breezhaler debe utilizarse con precaución en este grupo de pacientes. **Excipientes:** Los pacientes con intolerancia hereditaria a galactosa, insuficiencia de lactasa de Lapp o problemas de absorción

de glucosa o galactosa no deben tomar este medicamento. **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción.** No se ha estudiado la administración concomitante de Seebri Breezhaler con otros medicamentos que contengan anticolinérgicos, por lo tanto, no está recomendada. En un ensayo clínico en voluntarios sanos, la cimetidina, un inhibidor del transportador de cationes orgánicas, la cual se cree que contribuye a la excreción renal del glicopirronio, incrementó la exposición total (AUC) a glicopirronio en un 22% y disminuyó el aclaramiento renal en un 23%. En base a la magnitud de estos cambios, no se espera una interacción de los fármacos clínicamente relevante cuando el glicopirronio se administra conjuntamente con cimetidina u otros inhibidores del transportador de cationes orgánicas. La administración concomitante de Seebri Breezhaler e indacaterol inhalado vía oral, un agonista beta₂-adrenérgico, en condiciones de estado estacionario de ambas sustancias activas, no afectó la farmacocinética de ninguno de los medicamentos. **Fertilidad, embarazo y lactancia.** **Embarazo:** no hay datos relativos al uso de Seebri Breezhaler en mujeres embarazadas. Los estudios en animales no sugieren efectos perjudiciales directos ni indirectos en términos de toxicidad para la reproducción. El glicopirronio debe utilizarse únicamente durante el embarazo si el beneficio esperado para el paciente justifica el riesgo potencial para el feto. **Lactancia:** se desconoce si el bromuro de glicopirronio se excreta en la leche materna. Sin embargo, el bromuro de glicopirronio (incluyendo sus metabolitos) se excretó en la leche de ratas lactantes. Únicamente se debe considerar el uso del glicopirronio por mujeres en período de lactancia, si el beneficio esperado para la mujer es mayor que cualquier posible riesgo para el lactante. **Fertilidad:** los estudios de reproducción y otros datos en animales no indican ningún problema con respecto a la fertilidad en machos o hembras. **Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas.** La influencia del glicopirronio sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas es nula o insignificante. **Reacciones adversas. Resumen del perfil de seguridad;** la reacción adversa más frecuente de los anticolinérgicos fue sequedad bucal (2,4%). La mayoría de las notificaciones de sequedad bucal fueron sospechosas de estar relacionadas con el medicamento y fueron leves, sin que ninguna de ellas llegase a ser grave. El perfil de seguridad está además caracterizado por otros síntomas relacionados con los efectos anticolinérgicos, incluyendo signos de retención urinaria, los cuales fueron poco frecuentes. También se observaron efectos gastrointestinales incluyendo gastroenteritis y dispepsia. Las reacciones adversas relacionadas con la tolerabilidad local incluyen irritación de garganta, rinofaringitis, rinitis y sinusitis. **Resumen tabulado de las reacciones adversas:** las reacciones adversas notificadas durante los seis primeros meses de dos ensayos clínicos pivote de fase II de 6 y 12 meses de duración se enumeran según la clasificación de órganos del sistema MedDRA (Tabla 1). Dentro de cada clase de órganos del sistema, las reacciones adversas se clasifican por frecuencias, incluyendo primero las más frecuentes. Dentro de cada grupo de frecuencias, las reacciones adversas se especifican por orden decreciente de gravedad. Además, la correspondiente categoría de frecuencia para cada reacción adversa se basa en la siguiente convención: muy frecuentes (≥ 1/10); frecuentes (≥ 1/100 a < 1/10); poco frecuentes (≥ 1/1.000 a < 1/100); raras (≥ 1/10.000 a < 1/1.000); muy raras (< 1/10.000); frecuencia no conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles). **Tabla 1: Reacciones adversas notificadas en la base de datos en agrupación de 6 meses.** 1) Más frecuente para glicopirronio que para placebo en la base de datos de 12 meses únicamente. 2) Observado más frecuentemente para glicopirronio que para placebo en pacientes de edad avanzada > 75 años únicamente. Descripción de reacciones adversas seleccionadas: En la base de datos que reúne los datos de 6 meses, se recogen las reacciones adversas y frecuencias para Seebri Breezhaler y placebo, que fueron del 2,4% versus 1,1% para sequedad bucal, del 1,0% versus 0,8% para insomnio y del 1,4% versus 0,9% para gastroenteritis, respectivamente. La sequedad bucal se notificó principalmente durante las 4 primeras semanas de tratamiento con una duración media de cuatro semanas en la mayoría de los pacientes. Sin embargo, en el 40% de los casos los síntomas continuaron durante el período completo de 6 meses. No se notificaron nuevos casos de sequedad bucal en los meses 7-12. **Sobredosis.** Dosis elevadas de glicopirronio pueden conducir a signos y síntomas anticolinérgicos para los cuales puede estar indicado un tratamiento sintomático. No es probable que se produzca intoxicación aguda por la ingestión oral involuntaria de las cápsulas de Seebri Breezhaler debido a que la biodisponibilidad oral es reducida (5% aproximadamente). La concentración plasmática máxima y la exposición sistémica total tras la administración intravenosa de 150 microgramos de bromuro de glicopirronio (equivalente a 120 microgramos de glicopirronio) a voluntarios sanos fueron unas 50 y 6 veces mayores, respectivamente, que las obtenidas en el estado estacionario con la dosis recomendada (44 microgramos una vez al día) de Seebri Breezhaler y fueron bien toleradas. **DATOS FARMACÉUTICOS: lista de excipientes. Contenido de la cápsula:** lactosa monohidrato. Esmearato de magnesio. **Incompatibilidades.** No procede. **Período de validez:** 2 años. Se debe desechar cada inhalador después de 30 días de uso. **Precauciones especiales de conservación:** no conservar a temperatura superior a 25 °C. Las cápsulas deben conservarse siempre en el blíster para protegerlas de la humedad y extraerlas sólo inmediatamente antes de usar. **Naturaliza y contenido del envase.** El inhalador de Seebri Breezhaler es de dosis única. El cuerpo del inhalador y el capuchón están fabricados con acrílonitrilo butadieno estireno, los pulsadores están fabricados con melil metacrilato acrílonitrilo butadieno estireno. Las agujas y muelles son de acero inoxidable. Blister unidosis perforado de RA/Alu/PVC - Alu. Envase unitario conteniendo 6 x 1, 12 x 1 o 30 x 1 cápsulas duras, junto con un inhalador. Envase múltiple conteniendo 90 (3 envases de 30 x 1) cápsulas duras y 3 inhaladores. Envase múltiple conteniendo 96 (4 envases de 24 x 1) cápsulas duras y 4 inhaladores. Envase múltiple conteniendo 150 (25 envases de 6 x 1) cápsulas duras y 25 inhaladores. Puede que solamente estén comercializados algunos tamaños de envases. **Precauciones especiales de eliminación y otras manipulaciones:** debe utilizarse el inhalador que se proporciona con cada nueva prescripción. Se debe desechar cada inhalador después de 30 días de uso. **Instrucciones de uso y manipulación: cómo usar su inhalador:** 1. Retire el capuchón. 2. Abra el inhalador: sujete firmemente la base del inhalador e incline la boquilla. De esta manera se abrirá el inhalador. 3. Prepare la cápsula: separe uno de los blísters de la tira de blíster rasgando por la línea de perforación. Coja un blíster y despegue la lámina perforada para exponer la cápsula. No presione la cápsula a través de la lámina. 4. Extraiga una cápsula: las cápsulas deben conservarse siempre en el blíster y extraerlas sólo inmediatamente antes de usar. Con las manos secas, extraiga una cápsula del blíster. No trague la cápsula. 5. Introduzca la cápsula: introduzca la cápsula en el compartimiento para la cápsula. No coloque nunca una cápsula directamente en la boquilla. 6. Cierre el inhalador: cierre el inhalador hasta que oiga un «click». 7. Perfore la cápsula: sujete el inhalador en posición vertical con la boquilla hacia arriba. Perfóre la cápsula presionando firmemente ambos pulsadores al mismo tiempo. Realice esta operación sólo una vez. Deberá oír un «click» en el momento en que se perfore la cápsula. 8. Suelte completamente los pulsadores. 9. Espire: antes de introducir la boquilla en su boca, espire completamente. **No soplo dentro de la boquilla.** 10. Inhale el medicamento: para inhalar el medicamento profundamente en sus vías respiratorias; sujete el inhalador como se muestra en la figura. Los pulsadores deben quedar situados a la derecha e izquierda. No presione los pulsadores. Introduzca la boquilla en su boca y cierre los labios firmemente en torno a ella. Inspire de forma rápida y constante y tan profundamente como pueda. **No presione los pulsadores.** 11. Nota: cuando inspire a través del inhalador, la cápsula girará en la cámara y usted deberá oír un zumbido. Notará un gusto dulce cuando el medicamento penetre en sus pulmones. **Si no oye un zumbido:** la cápsula puede estar atascada en el compartimiento. Si esto ocurre: abra el inhalador y libere la cápsula con cuidado dando golpecitos en la base del mismo. **No presione los pulsadores.** Inhale el medicamento de nuevo repitiendo los pasos 9 y 10. 12. Contenga la respiración: después de que haya inhalado el medicamento: contenga la respiración durante un mínimo de 5-10 segundos o todo lo posible mientras no le resulte incómodo, al tiempo que extrae el inhalador de la boca. Seguidamente espire. Abra el inhalador para comprobar si queda polvo en la cápsula. **Si queda polvo en la cápsula:** cierre el inhalador. Repita los pasos 9 a 12. La mayoría de las personas son capaces de vaciar la cápsula en una o dos inhalaciones. **Información adicional:** algunas personas ocasionalmente pueden toser al poco de inhalar un medicamento. En caso de que le ocurra, no se preocupe. Si la cápsula está vacía, es que ha recibido suficiente cantidad de su medicamento. 13. Después de que haya acabado de tomar su dosis diaria de Seebri Breezhaler: abra de nuevo la boquilla, y elimine la cápsula vacía extrayéndola del compartimiento para la cápsula. Coloque la cápsula vacía en la basura de su casa. Cierre el inhalador y coloque de nuevo el capuchón. **No conserve las cápsulas en el inhalador de Seebri Breezhaler. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** Novartis Europharm Limited Wimblehurst Road Horsham West Sussex, RH12 5AB Reino Unido. **NÚMERO(S) DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** EU/112/788/01-006. **FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN:** 28.09.2012. **FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO.** La información detallada de este medicamento está disponible en la página web de la Agencia Europea de Medicamentos <http://www.ema.europa.eu>. **PRECIO Y CONDICIONES DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN:** Seebri Breezhaler 44 microgramos (30 cápsulas + inhalador) PVP(IVA): 47,61 euros. Medicamento sujeto a prescripción médica. Reembolsado por el Sistema Nacional de Salud con aportación reducida.

Tabla 1: Reacciones adversas notificadas en la base de datos en agrupación de 6 meses

Reacciones adversas	Frecuencia
Infecciones e infestaciones	
Rinofaringitis ¹	Frecuente
Rinitis	Poco frecuente
Castitis	Poco frecuente
Trastornos del metabolismo y de la nutrición	
Hiper glucemia	Poco frecuente
Trastornos psiquiátricos	
Insomnio	Frecuente
Trastornos del sistema nervioso	
Cefalea ²	Frecuente
Hipoestesia	Poco frecuente
Trastornos cardíacos	
Fibrilación auricular	Poco frecuente
Palpitaciones	Poco frecuente
Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos	
Congestión sinusal	Poco frecuente
Tos productiva	Poco frecuente
Irritación de garganta	Poco frecuente
Epistaxis	Poco frecuente
Trastornos gastrointestinales	
Sequedad bucal	Frecuente
Gastroenteritis	Frecuente
Dispepsia	Poco frecuente
Caries dental	Poco frecuente
Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo	
Erupción cutánea	Poco frecuente
Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo	
Dolor en las extremidades	Poco frecuente
Dolor torácico musculoesquelético	Poco frecuente
Trastornos renales y urinarios	
Infección del tracto urinario ²	Frecuente
Disuria	Poco frecuente
Retención urinaria	Poco frecuente
Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración	
Fatiga	Poco frecuente
Astenia	Poco frecuente

-La imagen pública del hombre también evalúa a la mujer "que los cuida". Adoptan una actitud de protección sobre esa imagen que se prolonga hasta después de terminar la relación. También les preocupa la imagen pública propia y les duele mucho, por encima de otros menosprecios, ser presentadas ante los demás como "malas esposas".

-La valoración positiva de los aspectos del hombre que hacen las mujeres se refieren a cualidades congruentes con el rol masculino: ser buenos trabajadores para aportar dinero al hogar, ser "manitas" y habilidosos y ser buenos padres.

-La fidelidad como un valor femenino superior. Es de tal fuerza en los relatos que acusar a la mujer de infidelidad supone un punto de inflexión, un límite de lo permisible, más que las agresiones y la relación de dominio del servidumbre de la mujer. Asimismo descubrir la infidelidad del marido es contado como mayor ofensa que las agresiones físicas o psicológicas.

-Se reconoce "tener fuerte carácter" como propio del género masculino por lo que se justifica que los hombres, cuando viven situaciones problemáticas suelen "pagarlo" con la persona más cercana, sus mujeres.

Es importante reflexionar sobre el hecho de que no se rompe la relación por cómo él es. Sí tiene mucho peso el incumplimiento de expectativas con respecto al ideal de familia y de relación de pareja que ella tiene, sobre todo en dos aspectos: la fidelidad y la falta de apoyo en el matrimonio y en la crianza de los hijos. Para las mujeres, la falta de apoyo en los problemas de salud (incumplimiento de la protección) y la incomunicación son los dos aspectos fundamentales del ideal de pareja que rompe la actitud del hombre, y siendo más valorados que el respeto, la dignidad y la integridad física.

Algunas de las características que las mujeres atribuyen a sus agresores pueden considerarse exculpatorias, en el sentido de recibir influencia de otras personas, del alcohol, o por estar abrumados por situaciones difíciles laborales o económicas. Estas circunstancias justificadoras coinciden con las que los propios hombres utilizan: negación, justificación (nerviosismo, estrés), arrebatos, minimización, normalización y la atribución externa (la mujer, otros problemas, el alcohol...)(24).

En muchos relatos la mujer hace referencia a un cambio en la actitud de él, hay un antes y un después que alimenta la fantasía de cambio y por tanto, contribuye al mantenimiento de la situación: si antes fue "bueno", puede volver a ser el hombre de "antes". Esta fantasía de cambio que mantienen las mujeres, contrasta con los datos empíricos que demuestran la fuerte resistencia al cambio por parte de los agresores, constituyendo un problema fundamental en el fracaso de las intervenciones con hombres condenados por delitos de violencia de género e incluidos en programas de rehabilitación, en los que se dan elevadas tasas de rechazo y abandono(25)(26). Se han realizado investigaciones(27) que ponen de manifiesto que los hombres no se consideran culpables, niegan el maltrato, no tienen conciencia sobre el impacto de su comportamiento violento y muestran una muy baja motivación para el cambio. En el caso de existir cierto grado de reconocimiento, éste se realiza sobre el hecho puntual, no se le da importancia suficiente y se está convencido de la existencia un gran desfase entre "lo que él ha hecho y lo que están haciendo con él".

La mayoría de los relatos hace referencia a hombres solo violentos en el hogar. Desde un punto de vista empírico existirían dos tipos de agresores: sujetos violentos en general (25%), no integrados socialmente e inestables emocionalmente y sujetos violentos solo en el hogar (75%), integrados socialmente y estables a nivel emocional (28). Así, estos hombres se caracterizarían por la "doble fachada", que consiste en un desdoblamiento de la imagen social (persona agradable, racional, equilibrada) y la imagen privada (ejercicio de la violencia física y la tortura psicológica sobre la mujer y los hijos) que lleva a aumentar su credibilidad frente a la mujer que además, por los efectos psicológicos del maltrato, son percibidas como contradictorias y desequilibradas, desconfiándose de la veracidad de su testimonio ("doble victimización"). A esto se añade el gran desconocimiento sobre qué se considera violencia de género que estudios en el ámbito de la atención primaria han puesto de manifiesto(29). Así, la mujer contribuye a mantener una buena imagen pública del marido a costa de la propia e hipotecando en gran medida su credibilidad futura cuando decida salir de la situación.

Es interesante observar cómo las mujeres utilizan al describir a sus agresores, la comparación de

sus cualidades con los defectos de ellos, como si necesitaran mostrarse a sí mismas que son mejores personas, en contra de la imagen que ellos les han inculcado de sí mismas. Esta comparación podría reducir el sentimiento de culpa de "hablar mal de ellos" en los relatos y refleja la construcción de un buen autoconcepto tras salir de la situación, tan necesario para el mantenimiento de la independencia.

Las principales limitaciones de nuestro estudio están, de un lado, en la inclusión selectiva de mujeres que reconocen el maltrato, la "antigüedad" de los relatos en cuanto a la realidad rápidamente cambiante de los fenómenos sociales y la gran cantidad de información aportada por los relatos y no suficientemente analizada, que puede ser utilizada en análisis posteriores.

Como aplicación práctica fundamental, el conocimiento de la visión que las mujeres tienen de sus agresores nos permite la mejor comprensión del fenómeno de cara a la intervención profesional sobre el problema. Entre estas claves para la intervención podrían considerarse la necesidad de reflexión y cambio de los valores socioculturales inculcados en las propias mujeres; la evitación del aislamiento que supone, entre otras muchas consecuencias, una falta de referentes de comparación de sus parejas y la consideración del efecto de la doble fachada en la invisibilidad del problema y en la doble victimización de las mujeres en su relación social e institucional. Asimismo, como señalan algunos autores(30), se debe incluir en las investigaciones el papel del agresor en este importante problema.

Como conclusiones fundamentales de nuestro estudio podríamos decir que desde su perspectiva personal, la mujer que sufre maltrato no siempre tiene una visión negativa de su agresor sino que también le reconoce cualidades. La visión de sus parejas está fuertemente marcada por valores socioculturales inculcados sobre estereotipos de género. Los rasgos más negativos que describen en los agresores derivan del ejercicio del dominio y la irresponsabilidad, y al describir estas características, las mujeres utilizan la comparación con las cualidades propias. Son manifiestas distintas formas de comportamiento opuestas dentro y fuera del hogar por parte de los agresores. La falta de cumplimiento de las expectativas del ideal de familia y no tanto las características del agresor es un aspecto clave en la toma de conciencia de las mujeres sobre su situación.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Echeburúa E, Fernández Montalvo J, Cuesta JL. Articulación de medidas penales y de tratamiento psicológico en los hombres violentos en el hogar. *Psicopatol Clin Legal Forense*. 2001; 1:19-31.
- 2.- Vives-Cases C, Gil-González D, Carrasco-Portiño, Álvarez Dardet C. Revisión sistemática de los estudios sobre el nivel socioeconómico de los hombres que maltratan a sus parejas. *Gac Sanit*. 2007; 21:425-30.
- 3.- Ruiz-Peña M, González Peña MJ, López Álvarez JM, Iglesias Hernández MI, Barros Rubio C, González Amaya S, et al. Violencia de género en un área de salud. *Semergen*. 2010; 36:202-207.
- 4.- Rodríguez-Borrego MA, Vaquero M, Bertagnolli L, Muñoz-Gomáriz E, Redondo-Pedraza R, Muñoz-Alonso A. Violencia del compañero íntimo: estudio con profesionales de enfermería. *Aten Primaria*. 2011; 43:417-425.
- 5.- Medina Ariza. Violencia contra la mujer en la pareja, Investigación comparada y situación en España. Valencia: Editorial Tirant lo Blanch; 2000.
- 6.- Vilán P. La habitualidad en el delito de maltrato. *Revista Xurídica Galega*. 2005; 46:63-87.
- 7.- Ferrer V, Bosch E. Introduciendo la perspectiva de género en la investigación psicológica sobre violencia de género. *Anales de psicología*. 2005; 21:1-10.
- 8.- Echeburúa E, De Corral P. Violencia doméstica: ¿es el agresor un enfermo? *FMC*. 2004; 11:297-303.
- 9.- Casas Sánchez JD, Rodríguez Albarrán MS. Valoración médico-forense de la mujer maltratada. *Rev Esp Med Legal*. 2010; 36:110-116.
- 10.- Echeburúa E, Amor PJ. Perfil psicopatológico e intervención terapéutica con los agresores contra la pareja. *Rev Esp Med Legal*. 2010; 36:117-121.
- 11.- White RJ, Gondolf EW. Implications of personality profiles for batterer treatment. *J Interpersonal Violence*. 2000; 15:467-88.
- 12.- Fernández-Montalvo J, Echeburúa E. Trastornos de personalidad y psicopatía en hombres

condenados por violencia grave contra la pareja. *Psicothema*. 2008; 20:193-8.

13.- Caetano R, Vaeth PAC, Ramisetty-Mikler S. Intimate partner violence victim and perpetrator characteristics among couples in the United States. *J Fam Violence*. 2008; 23:507-18.

14.- Norlander B, Eckhardt C. Anger, hostility and male perpetrators of intimate partner violence: a meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*. 2005; 25:119-52.

15.- Gottman J, Jacobson N. Hombres que agreden a sus mujeres. Barcelona: Paidós; 2001.

16.- Holtzworth-Munroe A, Stuart GL. Typologies of male batterers: three subtypes and the differences among them. *Psychol Bull*. 1994; 116:476-97

17.- Abarrategui A, Cáliz R, Gutiérrez P, Moreno A, Pereiro R, Sepúlveda MA, et al. Atención sanitaria a mujeres víctimas de malos tratos. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 2001.

18.- Comisión Técnica sobre Maltrato y Abusos sexuales. Guía de Actuación en malos tratos y agresiones sexuales. Málaga: Distrito Sanitario Málaga; 2000.

19.- Medrano C. El enfoque narrativo y las relaciones entre el razonamiento y la conducta moral. *Revista de Orientación pedagógica*. 2001; 53:409-422.

20.- Strauss AL, Corbin Y. Introduction to qualitative research: Grounded Theory procedures and techniques. Beberly hills: Ed Sage; 1995.

21.- Vallés-Martínez MS. La Grounded Theory y el análisis cualitativo asistido por ordenador. En: García-Ferrando M, Ibáñez J, Alvira F. El análisis de la realidad social. Métodos y Técnicas de investigación (3ª Ed). Madrid: Alianza Editorial; 2001.

22.- Muñoz Justicia, J. Análisis cualitativo de datos textuales con ATLAS/ti. 2001. Disponible en: [<http://antalya.uab.es/jmunoz/Cuali/ManualAtlas.pdf>]

23.- Muhr, Thomas. Increasing the Reusability of Qualitative Data with XML. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 2000, 1(3). Disponible en: <http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/3-00/3-00muhr-e.htm>

24.- Echeburúa E, Corral P. Violencia en la pareja. En: Urra J (ed). Tratado de psicología forense. Madrid: Siglo XXI; 2002.

25.- Echeburúa E, Sarasua B, Zubizarreta I, Corral P. Evaluación de la eficacia de un tratamiento cognitivo-conductual para hombres violentos contra la pareja en un marco comunitario: una experiencia de 10 años (1997-2007). *Int J Clin Health Psicol*. 2009; 9:519-39.

26.- Boira S, Jodrá P. Psicopatología, características de la violencia y abandonos en programas para hombres violentos con la pareja: resultado de un dispositivo de intervención. *Psicothema*. 2010; 22:593-599.

27.- Boira S, López del Hoyo Y, Tomás L. Evaluación cualitativa de un programa de intervención psicológica con hombres violentos dentro de la pareja. *Acciones e Investigaciones Sociales*. 2010; 28:135-156.

28.- Loinaz I, Echeburúa E, Torrubia R. Tipología de agresores contra la pareja en prisión. *Psicothema*. 2010; 22:106-11.

29.- González I, Serrano A, García N, del Campo M, Moreno B, González AB, et al. *Aten Primaria*. 2011; 43:459-464.

30.- Jewkes R. Intimate partner violence: the end of routine screening. *The Lancet*. 2013; 382:190-191.

Tabla 1. Características de las mujeres participantes.

<p>Edad</p>	<p>(Rango 30-74) 60 o más años: 11 mujeres 40-59 años: 18 mujeres <40 años: 6 mujeres</p>
<p>Número de hijos</p>	<p>(Rango 0-8) Sin hijos: 2 mujeres 1 hijo: 7 mujeres 2-4 hijos: 20 mujeres 5 o más hijos: 6 mujeres</p>
<p>Nivel de estudios</p>	<p>Analfabeta ó Lee y escribe: 12 mujeres Estudios primarios: 11 mujeres Estudios medios: 8 mujeres Estudios universitarios: 6 mujeres</p>
<p>Estado de relación pareja</p>	<p>Mantienen convivencia: 5 mujeres. En trámites de separación: 5 mujeres Separadas: 25 mujeres (9 con denuncia del agresor).</p>

Tabla 2. Aspectos negativos del agresor.

Característica	Texto ejemplo
Egoístas	<p>“Pepe ¿tú te das cuenta de los niños? lo que están sufriendo” “A mí no me importa lo que están sufriendo, a mí no me importo nada más que yo”.</p> <p>“Todo tenía que girar en torno a él”</p>
Exigencia de servidumbre	<p>“Yo era su esclava, la maltratada y la esclava, y la mujer, cada vez que él quería. Además es una persona que no tenía miramientos, si yo no quería, había que hacer por... por... porque él quería, obligatorio”</p> <p>“yo fui la criada”</p> <p>“Me he sentido en manos de mi ex marido como una prostituta, no con amor, si no simplemente peor que se puede tratar a una prostituta”</p> <p>“él teniendo su ropa limpia, su comida, sus cosas”</p> <p>“todo era “amén”</p> <p>“Y él pues nada, él venía, iba a su trabajo, y yo le decía “hombre, ayúdame”, dice “ya bastante tengo con ganar dinero, eso lo demás es tuyo, lo demás es tuyo, todo tuyo”.</p> <p>“Su objetivo es que le hiciera de comer” “yo le tengo que tener el almuerzo puesto pero no quiere el del medio día que yo he hecho, sino en ese momento antes que llegue le tengo que hacer yo a él otro almuerzo porque lo quiere recién hecho”</p> <p>“yo he dejado que él, como mi marido que era, he dejado que haga vida matrimonial todas las cosas, ¡sin querer!, en contra de mi voluntad”</p> <p>“Y luego pues venía, a, se liaba a pegarme reempujones. que yo me tenía que poner ahí porque él lo decía, y yo decía que no, que a mí no me iba a tocar, que me... que... que me...”</p> <p>“llegaba por la noche, a lo mejor, cogía y llegaba él a las tantas, y yo estaba dormida y cogía y teníamos que hacerlo a la fuerza, me violaba, que eso era violación, porque era a la fuerza”</p> <p>“piensa por mí, siente por mí, decide por mí”</p>
Dominante	<p>“él ha sido un hombre muy dominante, muy dominante, ha tenido que ser todo lo que él diga y por encima de todo”</p>
Faltos de sentimientos	<p>“Y él no ha querido ni a sus hijos, y esas personas no se quieren ni ellos mismos, ¡ni ellos!, no tienen sentimientos, no tienen de nada, ¡de nada!”</p>
Mujeriego	<p>“que otra cosa también que tenía, que era muy mujeriego, y yo sabía que mucho tiempo sin mujer no podía estar”</p> <p>“de venir de por ahí de los puticlubs con las tías”</p>
Infiel	<p>“y tú no crees en las cosas hasta que te pasan, porque te tienen que pasar las cosas, o bien para que tú digas “pues es verdad, esto es así”, pues es verdad que la última en enterarse es la cabrona, y a mí me ha dolido mucho la palabra cabrona decirlo, porque nunca creí en la vida que a mí me iba a pasar lo que me está pasando</p> <p>Y eso fue ya el remate, porque esta mujer ha metido mucho infierno en mi casa”</p>
Irresponsables	<p>“ay, por favor, quédate aquí que estoy mala y la niña está mala y no tengo a nadie”, y cogió y no me hizo ni puñetero caso y se fue escaleras abajo”</p> <p>“has abandonado a tus hijos y encima no tienes piedad, ni corazón, que si no es por mi padre, tus hijos no comen, y tú no te acuerdas de tus hijos, que has dejado aquí tres hijos abandonados, de colegio, y sin dinero, y sin nada”</p> <p>“Luego yo he estado mala, él nunca me ha echado cuentas, he estado siempre yo sola, lo he pasado ¡muy mal!”</p>
Manipuladores	<p>“muy manipulador, me ha estado manipulando toda la vida, porque los manipuladores es un paso... es algo que... que no... es...es muy lentamente, te van manipulando, manipulando, hasta que ya se ha hecho de tu mente, y tú eres como un robot”</p>
Mentiroso	<p>“en un principio, vino, pues con un saco lleno de mentiras”</p> <p>“claro, no me contó la verdad, lo que pasa, ellos siempre no cuentan la verdad”</p> <p>“es una persona que era muy embustera, siempre estaba nada más con los embustes”</p> <p>“y yo inocente, gilipueñas, “pues será verdad”, porque jamás en la vida me iba a pensar yo que a mí me iba a engañar de esa manera”</p>
Vago	<p>“vago, parado siempre, yo trabajando hasta en tres trabajos, la casa, el niño, todo”</p>
Hipócritas	<p>“el muy hipócrita porque él era una persona mmm... que era un actor muy grande, porque los maltratadores son actores, son actores porque te quieren hacer ver a ti que tú eres la culpable de todo”.</p>
Inhumano	<p>“que como hombre lo veo como si fuera... que no es un ser humano para mí, yo ya no lo considero humano”.</p>

Malo	<i>"machista a lo máximo, malo, porque es que es malo, es que sea... es que es malo, yo no lo puedo aguantar, es malo, es malo"</i>
Doble cara	<i>"Él le temía mucho al escándalo, a que la gente supiera de él, como era... porque él se las daba de persona muy respetuosa, de caballero, una persona que lo hacía por debajo, calladito, ¿eh?, él se daba de que era un caballero, y eso era un criminal en mi casa". "Él era tan bueno, tan santo y entonces cuando llegó lo malo, es que no me creía nadie,"</i>

Tabla 3. Aspectos exculpatorios del agresor.

Característica	Texto ejemplo
Tonto	<i>"Como es el "tonto del pueblo", pues la gen... los chóferes se han reído de él, han hecho de él lo que han querido,"</i>
Madrero	<i>"él ha sido siempre muy madrero, hacía lo que querían sus padres, lo que decían sus padres,"</i>
Confiado	<i>"hacen con él lo que quieren, le han estafado mucha gente"</i>
Trastornado pero buena persona	<i>"sé que tiene un fondo bueno, que ha estado muy trastornado, pues sí, y que la pagó conmigo, con la única persona... con la única persona que estaba con él todos los días, es la única persona que ha tenido en todo su mundo, en todo su mundo"</i>
Enfermo mental	<i>"este hombre es que no está muy bueno, vamos, y cualquier persona que se dedique a hacer esas cosas y a pegar a una persona que dice que quiere no puede estar muy bien de la cabeza" "yo pienso que él es un poquito... enfermo mental, porque eso viene... dice que se hereda, entonces mí... mí... la madre de mi suegra se tomó una botella de aguafuerte y se quemó la garganta también para quitarse de en medio, mi suegra también se tiró por la ventana"</i>
Impulsos	<i>"tiene reacciones que de repente, no sé, parece un santo, y de repente es un hombre que no se controla, no tiene autocontrol,"</i>
Carácter	<i>"tiene el carácter así, porque el carácter es muy fuerte"</i>
Agobiado por mala situación económica	<i>"al estar aquí encontró, se ve, pienso yo, otra vida, otra forma de ser, se encontró con problemas, problemas económicos, problemas de falta de dinero, lo cual lo llevó, y es lo que no entiendo el por qué, a tomar situaciones donde hubo agresiones, agresiones físicas y agresiones psíquicas"</i>

Tabla 4. Aspectos positivos del agresor.

Característica	Texto ejemplo
Trabajador	<i>"porque mi marido es ¡muy trabajador! (enfaticando), eso sí, un burro, lo pones a sacar agua de una noria, y no... y no se cansa, no protesta, aunque esté sin comer" "Un hombre muy trabajador, no hay quien le eche la pata por alto para trabajar"</i>
Listo	<i>"¡es muy listo! a todo le mete mano, él es camionero, pero a todo, a todo, a todo, a hacer fontanería, a arreglar coches, ¡es muy listo! (arrastrando las palabras), lo entiende todo,"</i>
Buen padre	<i>"y él como padre también es bueno"</i>
Generoso	<i>"yo también recuerdo siempre la parte buena, me dejó mi casa de Grazalema, me la dejó a mí, me dejó el coche, y me dejó también muchas... como diría yo, un poquito más de cultura" "tenía muchísimas aptitudes, era una persona muy... a lo mejor de... que tú necesitabas algo, ahí estaba para ayudarte"</i>
Proximidad afectiva	<i>"era una persona con la que yo podía hablar de todo, que me llenaba físicamente, espiritualmente, podía hablar"</i>
"Manitas"	<i>"le metimos el agua, nos pusimos un váter, le pusimos una cocinita, él... él... lo hizo él, pero es que él es muy apañado"</i>

Tabla 5. Otros aspectos de los relatos en relación a la visión del agresor.

Característica	Texto ejemplo
Desde el principio /Cambio	<p><i>"porque esto se ve venir, se ve venir por las reacciones que tiene y los malos modos y... se ve venir de primera hora; yo lo vi de novios, de novios lo vi"</i></p> <p><i>"nos casamos, entonces pues ahí empezó mi infierno de verdad, porque ya ese día en noche de bodas.."</i></p> <p><i>"me casé y estuve un año muy bien, estuvimos muy bien ese año, y al año cambió"</i></p>
Fallo a expectativas de ideal de familia y de pareja	<p><i>"Es triste, yo no le fallé, a mí sí me falló, pero como persona y ser humano, y como padre"</i></p> <p><i>"y yo decía "bueno, y ¿para qué quiero este tío aquí, si no me sirve ni siquiera para los hijos?"</i></p> <p><i>"creo que he dado mucho y recibía muy poco"</i></p>
Valores opuestos a ellos	<p>Fiel:</p> <p><i>"no lo quiero, pero le soy fiel, que conste que soy fiel hasta la muerte, si Dios me da esa capacidad, voy a serle fiel hasta la muerte"...</i></p> <p><i>"pues se lo dije, digo "como tú no me digas a mí quién te ha dicho eso, o, o me pongas por delante... que, que, que... alguien o alguien que te lo ha dicho o me lo aclares de alguna forma, fulano, perengano, te visto... argo, mientras no me aclares na deso, no quiero saber na de tí"</i></p> <p><i>"hasta acostada me decía "estoy... estoy acostado con una puta", y yo... y yo pues me iba a dar algo de... (balbucea) porque yo..., vaya, yo digo... la... que yo... yo digo "antes de venir al mundo mi madre traía... antes de venir al mundo traía ya la honra mi madre, me la traía"</i></p> <p>Sensata: <i>"por lo pronto estoy demostrando tener, por lo menos, más cabeza que él, , más cabeza que él tengo, y ya veremos al final quién vale más"</i></p> <p>Buena madre y esposa:</p> <p><i>"porque no le fallé un segundo de mi vida, como madre, mujer y persona"</i></p> <p><i>"si yo soy una mujer de mi casa, estoy acostumbrada a trabajar y a estar en mi casa, llevar a mis hijos al colegio, llevar el orden de vida en clase de pobre"</i></p> <p><i>"pero invito a quien sea, a quien quiera para que venga a ver lo limpia que soy"</i></p> <p>Cariñosa:</p> <p><i>"mis hijos siempre estaban conmigo, que yo una persona que siempre he estado con ellos, muy cariñosa yo, él muy despegado"</i></p> <p><i>"soy muy cariñosa, personas que me conocen ya lo saben"</i></p> <p>Sincera:</p> <p><i>"siempre me he defendido con la verdad por delante, no he mentido"</i></p> <p><i>"y yo no he soportado nunca una mentira, porque a mí no me enseñaron a mentir"</i></p> <p>Sociable:</p> <p><i>"Era una persona solitaria, solitaria, sola en el mundo, es decir, una familia enorme porque su familia es como ocho veces la mía, pero sin relación ninguna. En cambio, yo siempre he tenido, como yo digo, lo mismo, mis amigos de toda la vida, mis padres, mis hermanos, y ya está, es decir, que tampoco es que tenga dos mil personas a mi lado, pero lo suficiente, lo suficiente para sentirme respaldada, y él no tenía ni siquiera eso".</i></p> <p>Educada:</p> <p><i>"como a mí me enseñaron, , yo qué sé, a ser buena persona, más educada"</i></p> <p><i>"yo no estaba acostumbrada a esas porquerías, digo "yo nunca he escuchado un familiar mío decir esa lengua"</i></p> <p>Buena:</p> <p><i>"yo nunca haría mal, ni haría lo que no me gusta que me hagan"</i></p> <p><i>"Yo soy así, y ayudo al que puedo, la verdad,"</i></p> <p><i>"y a mí me enseñaron, yo qué sé, a respetar"</i></p> <p>Comunicativa: <i>"Como siempre yo he sido muy comunicativa"</i></p>

Fantasía de cambio	<p><i>"y tú intentas a ver si lo puedes cambiar, a ver si... pero no, imposible, después te das cuenta que es imposible"</i></p> <p><i>"y yo decía, bueno ya cambiará, bueno, ya caambiará"</i></p> <p><i>"yo veía siempre que lo iba a poder cambiar"</i></p>
Importancia de la imagen pública	<p>De ella:</p> <p><i>"y yo eso tampoco lo puedo superar, porque yo soy una persona más normal del mundo y que yo haya estado puesta de todo lo más bajo por Málaga y por todos lados"</i></p> <p>De él:</p> <p><i>"y bebido tan borracho por la tarde y aquí y digo "cualquiera que lo conozca, me vea a mí" y yo viéndolo ahí sentado como si estuviera pidiendo, un extran... un extranjero de estos muy mal, desaliñado..."</i></p>
Ideal de familia	<p><i>"cuando llega una ya a cierta edad pues la ilusión de la mujer pues es casarte, tener hijos, montar un hogar, ¿no?"</i></p> <p><i>"digo "yo firmo una cosa pero para toda la vida", digo "yo firmé en su día para estar contigo toda la vida"</i></p> <p><i>"Vale, total, que yo lo quiero, él me quiere, es el padre de mi hija, yo no quiero deshacer mi familia"</i></p> <p><i>"yo me creí que yo me casaba para... para que si yo te quería a ti que tú me quisieras a mí, y quisieras a tus hijos y hacer una familia en condiciones"</i></p> <p><i>"tenía remor.... De que le había quitado a mi hija, de que, de que no viviera con su padre, que eso tiene que yo tenía el ideal de familia con su padre, con su madre... Cuando yo iba con el carrito los primeros meses por las calles (con voz angustiada) iba llorando que mi niña no tenía a su padre (llorando), y que después no iba a pasear con su padre ni con su madre (llora). Y eso mi..., con la idea de familia tradicional que yo tenía"</i></p>
Ideal de relación de pareja	<p><i>"yo tengo esto pues tú me enseñas esto, y crean una compenetración"</i></p> <p><i>"el dejarme de hablar para mí era la muerte"</i></p> <p><i>"Al dejarme de hablar yo lo pasaba muy mal"</i></p> <p><i>"yo procuraba cuando venía de trabajar todas las cosas que a él le gustaban"</i></p>

ORIGINAL BREVE

Resucitación intrahospitalaria en Andalucía

Caballero Oliver A^{1,2}, Flores Cordero JM^{1,3}, Murillo Cabezas F^{1,3}¹Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias²Unidad de Urgencias, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España³Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

RESUMEN

Título: resucitación intrahospitalaria en Andalucía.**Objetivos:** nuestro estudio persigue: 1) conocer la organización de la respuesta hospitalaria a la parada cardiaca en Andalucía y 2) detectar los eslabones de la cadena de supervivencia intrahospitalaria que podrían mejorarse.**Diseño:** estudio descriptivo a través de cuestionario autoadministrado.**Emplazamiento:** hospitales.**Población y Muestra:** todos los hospitales del Servicio Andaluz de Salud.**Intervenciones:** se definió y pasó un cuestionario a los hospitales centrado en: 1) las características básicas de los mismos, 2) las organización de la respuesta de los centros a la parada cardiaca intrahospitalaria, 3) las competencias del personal sanitario en resucitación cardiopulmonar (RCP), 4) el equipo de RCP disponible, 5) la atención a la familia y los aspectos éticos y 6) la formación en RCP del personal.**Resultados:** participaron en el estudio 32 hospitales. Hay "planes hospitalarios de RCP" en 21 de ellos (65,6%) y protocolos de cuidados postresucitación en 15 (41,4%); 14 hospitales (43,7%) aplican hipotermia tras la parada cardiaca. Existen comités de RCP especí-

ficos en 12 hospitales (37,5%), y registros de parada cardiaca intrahospitalaria en 9 hospitales (31%). Todos los hospitales reconocen la competencia de los enfermeros para el uso de las cánulas orofaríngeas y las bolsas autohinchables con mascarillas de ventilación. Todos disponen de carros de parada, que están normalizados para todas las plantas en 23 hospitales. Las "Órdenes de No RCP" y guías para la atención a la familia se usan en 2 hospitales (6,2%). Todos los centros tienen formación estandarizada en soporte vital avanzado, 31 en intermedio y 29 en básico.

Conclusiones: nuestro trabajo describe la organización de la respuesta a la parada cardiaca intrahospitalaria en el sistema sanitario público andaluz, en el que el equipamiento en RCP y la formación en soporte vital son elementos fuertes y los registros del paro, los aspectos éticos y de atención a la familia y el uso de la hipotermia necesitan ser mejorados.**Palabras Clave:** Cardiac arrest, Hospitals, Survival.

SUMMARY

Title: In-hospital Resuscitation in Andalusia**Goal:** To study how Andalusian hospitals organize their response to patients who experience cardiac arrest inside the hospital. To identify links in the chain of survival that can be improved.**Design:** A descriptive study based on a self-administered questionnaire.**Setting:** Andalusian hospitals (southern Spain).**Population and Sample:** All hospitals pertaining to the Andalusian Health Service.Correspondencia: Antonio Caballero Oliver
Hospital Universitario Virgen del Rocío
Unidad de Urgencias
Av. Manuel Siurot, 0
41013 Sevilla
E-mail: antoniocaballerooliver@gmail.comRecibido el 19-05-2013; aceptado para publicación el 27-09-2013
Med fam Andal. 2013; 3: 259-273

Interventions: A questionnaire focused on the following aspects was designed and sent out to hospitals for completion: 1) basic hospital characteristics, 2) organization of their response to in-hospital cardiac arrest; 3) health staff competence in administering cardiopulmonary resuscitation (CPR); 4) the CPR team available; 5) attention to the family as well as ethical issues; and 6) staff training in CPR techniques.

Results: A total of 32 hospitals participated in the study. Twenty-one of them (65.6%) had a hospital CPR plan and 15 of them (41.4%) had a protocol for post-resuscitation care. 14 hospitals (43.7%) applied hypothermia after cardiac arrest. Twelve hospitals had specific CPR committees (37.5%) and in-hospital cardiac arrest registers existed in 9 of the hospitals (31%). All hospitals indicated that their nursing staff was competent in the use of nasal/laryngeal canulas and bag-valve mask ventilation. All of the hospitals were equipped with cardiac arrest carts; 23 had standards for their use on specific floors. "DNR orders" and guidelines for attending to the family were used in two hospitals (6.2%). All of the centers provided standardized training for their staff in advanced life support, 31 in intermediate and 29 in basic.

Conclusions: Our work describes how hospitals in the publically-financed Andalusian health care system organize their responses to cases of in-hospital cardiac arrest. Strong positive elements include the existence of adequate CPR equipment and staff that have received training in advanced life support. Elements that need to be improved include in-hospital cardiac arrest registers, aspects related to ethics and attention to family members, and the use of hypothermia.

Key words: Cardiac arrest. Hospitals. Survival.

INTRODUCCIÓN

La parada cardiorrespiratoria (PCR) es una causa común de muerte en Europa, que afecta a casi 700.000 individuos cada año.¹ Aunque principalmente representa un problema extrahospitalario, también lo es en los hospitales, donde la incidencia anual oscila entre 1 y 5 paros por cada 1.000 ingresos ó 0,17 paros por cama al año.^{2,3}

Más del 50% de las paradas ocurre fuera de las áreas de críticos^{3,4}, representando un reto de primer orden para el personal sanitario, especialmente en las áreas del hospital donde no se espera que suceda una muerte súbita. Por lo demás, el paro intrahospitalario no sólo puede afectar a los pacientes ingresados, sino que acontece también entre el personal sanitario y los visitantes del centro.⁵

A diferencia de la parada cardíaca extrahospitalaria, la supervivencia en la parada cardíaca intrahospitalaria no ha mejorado desde la introducción de la resucitación cardiopulmonar (RCP) hace más de 50 años: la supervivencia al alta hospitalaria permanece entre el 0% y el 42%⁶, con una media de 17%⁴; dicha supervivencia depende de muchos factores diferentes, algunos previos al paro, otros relacionados con la respuesta a la PCR y otros más relacionados con los cuidados postresucitación.⁶

Años atrás, algunos autores han señalado la necesidad de redefinir la resucitación intrahospitalaria^{7,8} y han puesto énfasis en la importancia de fortalecer la cadena de supervivencia⁹, especialmente sus eslabones primero y cuarto, para mejorar los resultados. En España, algunos expertos se han centrado en esta necesidad¹⁰ y, aunque dos hospitales han publicado recientemente sus datos^{11,12}, faltan estudios amplios sobre el manejo habitual de la parada cardíaca hospitalaria.

El Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) ha hecho grandes esfuerzos para fortalecer la cadena de supervivencia en su ámbito geográfico, tanto dentro como fuera de los hospitales, con inversiones importantes en equipamiento y formación de personal y diferentes acciones acordes con las guías del Consejo Europeo de Resucitación (European Resuscitation Council –ERC-). Sin embargo, se carece de información

específica sobre cómo los hospitales afrontan de forma habitual la parada cardiaca. Para responder a esto, el Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias –PAUE- (organismo que orienta al SSPA sobre las estrategias relativas al sistema de emergencias médicas) promovió un estudio con dos objetivos: 1) conocer la organización de la respuesta hospitalaria a la parada cardiaca en Andalucía y 2) detectar los eslabones de la cadena de supervivencia intrahospitalaria que podrían mejorarse. El presente trabajo describe los resultados de dicho estudio.

MÉTODOS

Andalucía es una de las mayores regiones de la Unión Europea, con una extensión aproximada de 87.600 kilómetros cuadrados y una población de más de 8.200.000 habitantes. El SSPA cuenta con una doble red de hospitales. La red “clásica” dispone de hospitales que permiten una estancia media o larga e incluye centros de tres niveles: 1) hospitales de referencia: en número de 8, son

aquéllos que tienen todas las especialidades médicas y quirúrgicas reconocidas en nuestro país; 2) hospitales de especialidades: también 8, son aquéllos que tienen todas la especialidades médicas y quirúrgicas salvo neurocirugía, cirugía maxilofacial y cirugía plástica, y 3) hospitales comarcales: en número de 16, que, en forma variable, carecen de distintas especialidades médicas o quirúrgicas. Junto a esta red “clásica”, el SSPA dispone de otra red “nueva”, de hospitales de corta estancia (menor o igual a tres días), que cuenta con 13 centros, conocidos como “hospitales de alta resolución” (HARE).

En el estudio participaron treinta y dos hospitales de la red “clásica”. Se trata de hospitales situados en las capitales de provincia y en otras grandes ciudades. Todos ellos cuentan, obviamente, con Unidades de Urgencias y Unidades de Cuidados Intensivos (UCI).

Un panel de expertos en medicina intensiva y medicina de urgencias fue configurado por el PAUE para diseñar el cuestionario del estudio. Tales especialistas utilizaron como base un cues-

Líder en Seguros de Vida y Pensiones en Europa.

Disfruta de la vida, con total seguridad.

Con la confianza de un líder presente en 17 países, con 31.200 empleados y más de 34 millones de asegurados. Aviva es innovación, eficacia, un gran Equipo de expertos capaces de dar un trato personalizado a cada cliente.

Así es **AVIVA**

tionario previo desarrollado por la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias sobre resucitación en áreas de críticos. El cuestionario final (Apéndice 1) constó de 25 preguntas agrupadas en varios apartados: 1) las características básicas del hospital participante, 2) la organización de la respuesta a la parada cardiaca intrahospitalaria (tanto en pacientes como en personal sanitario o visitantes), 3) las competencias profesionales en la materia reconocidas al personal del hospital, 4) el equipamiento para la RCP en las diferentes áreas del hospital, 5) a la atención a la familia y los aspectos éticos en RCP y 6) la formación en RCP de los profesionales sanitarios.

El cuestionario se envió por correo electrónico al director gerente de cada hospital, invitándole a participar y a devolverlo contestado al PAUE en un plazo de tres semanas. En el envío se informó sobre una convocatoria próxima de reunión promovida por el PAUE donde los datos iniciales serían presentados a todos los participantes.

Dos semanas después del envío inicial se remitieron nuevos correos electrónicos recordatorios a los centros que aún no habían remitido sus cuestionarios contestados. Completado el plazo de respuesta, se telefoneó directamente a los directores gerentes de los centros que aún no habían respondido, solicitando los cuestionarios restantes.

Los cuestionarios recibidos fueron conservados y revisados por los expertos que los habían desarrollado. La estadística descriptiva utilizada se centró en las distribuciones, medias, rangos y proporciones, utilizando a tal fin una hoja de cálculo (Excel).

RESULTADOS

Todos los hospitales seleccionados completaron sus cuestionarios (n=32). Las características básicas de dichos hospitales se muestran en la Tabla 1. En total cuentan con 13.975 camas (con un rango que va de 74 a 1.206), que se distribuyen en 67 edificios (con un rango que va de 1 a 4 edificios por cada centro). Todos los hospitales cuentan con servicio de urgencias y unidad de cuidados intensivos. En conjunto, en el año 2009, tuvieron 570.128 ingresos, 528.122 intervenciones quirúrgicas y 3.727.901 consultas en Urgencias.

Los principales resultados del cuestionario se presentan en la Tabla 2.

A. Respuesta a la parada cardiaca hospitalaria

Existen documentos escritos que definen la respuesta del centro a la parada cardiaca hospitalaria (Plan de RCP) en 21 hospitales (65,6%), pero se aplican sólo en 14 de ellos (43,7% del número total de hospitales estudiados). Otros 9 hospitales (28,1%) están definiendo dichos planes y 2 centros no han contemplado el tema aún.

La resucitación intrahospitalaria es responsabilidad de los profesionales sanitarios (médicos y enfermeros entrenados en soporte vital avanzado -SVA-) que están de servicio en el área donde la parada acontece en 15 hospitales (46,9%). En los otros 17 (53,1%), después de las primeras medidas efectuadas por el personal de servicio, bien un equipo de SVA (con una composición uniforme cada día, de acuerdo con una lista de personal previamente definida) o un intensivista de la UCI son avisados para que se hagan cargo del soporte vital avanzado y, en su caso, los cuidados postresucitación del paciente.

Los cuidados postresucitación están protocolizados, por escrito, en 15 hospitales (41,4%) y 14 centros (43,7%) aplican hipotermia terapéutica moderada (32-34°C durante 12-24 horas), cuando está indicada, en los pacientes que recuperan circulación espontánea tras la parada cardiaca y permanecen en coma.

Los asuntos relativos a la calidad de la respuesta a la parada cardiaca son responsabilidad de un Comité de RCP específico en 12 hospitales (37,5%) y son materia de la Comisión de Calidad hospitalaria en otros 4 centros (12,5%). Los Comités de RCP específicos están compuestos, habitualmente, por profesionales de las siguientes áreas: Cuidados Intensivos en 12 centros (100%), Urgencias en 8 (66,7%), Medicina Interna en 7 (58,3%), Cirugía en 6 (50%), Anestesia en 3 (25%) y Pediatría en 3 (25%).

Existen registro de parada intrahospitalaria en 9 hospitales (31%), con 9 centros más que disponen de tales registros sólo para las paradas cardiacas que acontecen en la UCI.

B. Competencias del personal sanitario (excluyendo médicos)

Todos los hospitales reconocen la competencia de los enfermeros para utilizar las cánulas orofaríngeas y los resucitadores bolsa-mascarilla; 17 (53.1%) para el uso de los desfibriladores externos automáticos (DEAs), 24 (75%) para el uso de los desfibriladores manuales, 11 (34.3%) para los fármacos de uso habitual en la RCP, 3 (9.3%) para la ejecución de la intubación orotraqueal y 2 (6.2%) para el uso de las mascarillas laríngeas.

Los auxiliares de clínica están autorizados para el uso de cánulas orofaríngeas y resucitadores bolsa-mascarilla en 18 centros (56.2%) y en 7 centros (21.8%) se les permite el uso de DEAs. Otros profesionales (celadores, etc.) pueden usar cánulas orofaríngeas y resucitadores bolsa-mascarilla en 8 centros (25%) y se les autoriza el uso de DEAs en 4 centros (12.5%).

C. Equipamiento de Resucitación Cardiopulmonar

Los 32 centros manifiestan que todas sus áreas disponen de carros de parada donde se reúne todo el equipamiento de RCP (material de vía aérea y ventilación, acceso venoso, desfibrilador y fármacos). Hay carros específicos en las áreas pediátricas. Los carros disponen de tablero dorsal en 28 centros (87.5%), DEAs en 25 (78.1%) y monitores paramétricos portátiles en 22 (68.7%).

El carro de parada está normalizado para todas las áreas del hospital en 23 centros, con otros 6 centros que disponen de diferentes tipos de carro acordes con las características del área en que se ubican. Las localizaciones de los carros de parada están definidas en el plan de RCP del hospital en 19 centros (58.6%) y en otros 13 hospitales, la localización es definida por los diferentes servicios clínicos. Existen protocolos para la revisión del equipamiento del carro en 28 centros (87.5%).

D. Atención a la familia y ética en RCP

Siempre se dispone de órdenes de no RCP en el historial clínico de los pacientes que así lo requieren en 2 centros (6.2%), mientras que otros 4 manifiestan que tales órdenes sólo se contemplan en las áreas de críticos (cuidados intensivos y urgencias); los 26 hospitales restantes dejan estas decisiones en manos de los equipos médicos. Sólo 2 hospitales (6.2%) disponen de guías para la atención a la familia de los pacientes víctimas de una parada cardiaca hospitalaria.

E. Formación en RCP de los profesionales sanitarios

Los 32 centros declaran que imparten cursos (acordes con las Guías del European Resuscitation Council 2005) de soporte vital avanzado (SVA), dirigidos a médicos y enfermeros. Existen cursos de soporte vital instrumentalizado (SVI) en todos los centros salvo en uno, y hay cursos de soporte vital básico (SVB) en 29 hospitales (90.6%). Los cursos de SVI y de SVB se dirigen a personal sanitario no médico y a personal no sanitario, respectivamente. Hay cursos de reciclaje en SVA en 15 centros (46.8%), en SVI en 16 (50%) y en SVB en 15 (46.8%).

Los docentes de estos cursos son profesionales del propio hospital en todos ellos, y 5 centros recurren también a profesionales de otras instituciones. En todos los casos, los formadores están certificados por diferentes sociedades científicas como instructores de SVA o SVB, dependiendo del curso en que participan.

La Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía tiene acreditados los cursos de formación inicial en SVA, SVI y SVB en 27, 27 y 21 centros, respectivamente, y los cursos de reciclaje en SVA, SVI y SVB en 12, 14 y 12 hospitales, respectivamente.

DISCUSIÓN

El presente trabajo describe la organización actual de la respuesta intrahospitalaria a la parada cardiaca en el sistema sanitario público de una extensa región europea. Nuestros datos demuestran que, en la mayoría de los hospitales estudiados, la cadena de supervivencia y el equipamiento de RCP están bien definidos, y que la formación de los profesionales sanitarios es un punto fuerte de la respuesta. Los registros de la parada cardiaca intrahospitalaria, los aspectos éticos y de atención a la familia y el uso de la hipotermia terapéutica requieren, sin embargo, ser mejorados.

La epidemiología de la parada cardiaca intrahospitalaria muestra algunos factores predisponentes asociados con la mortalidad de los pacientes víctimas de la misma^{13,14}, pero también resulta importante prestar atención a la organización

sanitaria. La supervivencia en el paro cardíaco a menudo está asociada al tiempo hasta la desfibrilación¹⁵, los cuidados que se ofrecen a ciertas horas del día o en determinados días¹⁶, la calidad de la atención^{17, 18} y el volumen de pacientes sometidos a cuidados postresucitación¹⁹; todos éstos son factores que dependen de la organización de la respuesta que dé el sistema sanitario.

En Andalucía, más de un 65% de los hospitales disponen de un "Plan de RCP", lo que significa que tales centros han diseñado un sistema de respuesta dirigido a mejorar el pronóstico de los pacientes que sufren una parada cardíaca intrahospitalaria, y casi un 30% más de hospitales están desarrollando tales sistemas de respuesta. Podría ser que nuestro estudio hubiera disparado ese desarrollo, pero, en todo caso, tal "efecto Hawthorne" significaría ya que la iniciativa del PAUE promueve, en sí misma, una mejora en la cadena de supervivencia hospitalaria. La existencia de un plan de RCP puede garantizar una mejor respuesta a la parada cardíaca¹⁰ y puede homogeneizar dicha respuesta de acuerdo con las recomendaciones del European Resuscitation Council²⁰ y la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisations²¹.

Se han establecido Comités de RCP en 12 hospitales (41,4%); 11 tienen sus programas redactados, pero llama la atención que un centro declara tener este tipo de comité aun no teniendo programa al respecto ni estar trabajando en ello. Un aspecto que requeriría ser mejorado es el relativo a la composición de tales comités, que es diferente de unos centros a otros y ha sido definido por un grupo de expertos en nuestro país¹⁰.

El registro de las paradas cardíacas hospitalarias es pobre: sólo 9 centros, que representan menos de un tercio de los estudiados, disponen de tales registros. Aunque se ha comunicado que la documentación de los casos de RCP hospitalaria es inexacta (especialmente en lo concerniente a la medición de los tiempos)²², se ha enfatizado la importancia de disponer de buenos registros.²³⁻²⁵ Ésta es una oportunidad de mejora clara, que nos debe hacer insistir en la recogida exhaustiva de datos de acuerdo con el estilo Utstein.

Sólo 12 hospitales de Andalucía (41,4%) tienen equipos de parada específicos. Son equipos tradicionales que se activan cuando la parada

sucede en una planta del hospital y rápidamente se dirigen al lugar y aplican soporte vital avanzado al paciente. No se trata realmente de equipos de respuesta rápida (rapid response team: RRT) capaces de hacer prevención y de favorecer prácticas de intervención precoz en pacientes críticos. Aunque la parada cardíaca evitable es común²⁶⁻²⁸, un meta-análisis reciente ha encontrado que la puesta en marcha de equipos de respuesta rápida se asocia a una reducción del 33,8% en la tasa de parada cardíaca fuera de la unidad de cuidados intensivos, pero no se asocia con menores tasas de mortalidad hospitalaria.²⁹ En cualquier caso, la existencia de un equipo de parada cardíaca es siempre una ayuda bienvenida por el personal de la planta que atiende inicialmente a la víctima de una muerte súbita cardíaca.¹⁰ En nuestro caso, los intensivistas son los médicos más comúnmente incluidos en tales equipos.

Existen cuidados postresucitación protocolizados en las UCIs de sólo 12 hospitales (41,3%), y estas unidades aplican hipotermia terapéutica moderada sólo en 14 centros (43,7%). El uso de la hipotermia debería ser mayor en el Sistema Sanitario Público de Andalucía dado que mejora la supervivencia en el periodo postparada.^{30, 31}

Dado que la actuación del personal de servicio en el periodo entre el descubrimiento del colapso y la llegada del equipo de parada es crucial¹⁸, la cuestión de las competencias profesionales es de vital importancia. Los 32 hospitales reconocen la capacitación de los enfermeros para usar cánulas orofaríngeas y resucitadores bolsa-mascarilla, pero sólo 21 (72,4%) consideran que son competentes para usar desfibriladores manuales y sólo 15 (51,7%) mencionan su competencia para usar DEAs. Otras competencias por parte de los enfermeros o de otro personal sanitario se contemplan en muy baja proporción. Especialmente reseñable es el bajo nivel en relación con el uso de DEAs, que se ha promovido por un panel de expertos de nuestro país¹⁰; esto representaría un eslabón débil en la cadena de supervivencia ya que el uso en un 100% de casos de los DEAs sería una meta razonable en el contexto hospitalario. De cualquier forma, la introducción de estos dispositivos en los hospitales aún no ha demostrado un aumento de las tasas de supervivencia tras la parada cardíaca.^{32, 33}

La aplicación de las guías de soporte vital avanzado exige la disponibilidad de equipamiento

y medicación²⁰. Los 32 hospitales del estudio disponen de carros de parada, asegurando el acceso al equipo de RCP como componente crítico en la administración de cuidados óptimos. En la mayoría de los centros (79,3%), tales carros están estandarizados para todas las plantas del hospital, lo que puede ayudar al personal a encontrar rápidamente los dispositivos requeridos en situaciones de alto estrés. Es muy importante que en la mayoría de los centros (86,2%) existe un protocolo estandarizado de revisión de los carros de parada.¹⁰

Hay un número decepcionantemente escaso de centros (6,9%) con protocolos de atención a la familia en caso de parada cardiaca intrahospitalaria. Es éste un punto a mejorar, que afecta a una dimensión de la calidad (la satisfacción del paciente/la familia) que no puede ser ignorado en nuestro sistema sanitario. Sólo 2 hospitales del estudio (3,4%) registran siempre las órdenes de no RCP. Éste es un gran reto para la organización, pues una estrategia que identifique a los pacientes en los que iniciar soporte vital no sería apropiado podría traducirse en razonables mejores tasa de supervivencia.^{9,34}

Los 32 hospitales proveen formación estandarizada en soporte vital avanzado (SVA) y la mayoría lo hacen en soporte vital instrumentalizado (SVI) y soporte vital básico (SVB), aunque el reciclaje en los tres tipos de cursos es menos frecuente. Los formadores en tales cursos (todos certificados como instructores de SVA o SVB) son profesionales de los centros en todos los casos. Es relevante que más del 65% de los hospitales tienen cursos de formación inicial que han sido acreditados por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Y puesto que la introducción de programas de formación puede estar asociada con una reducción tanto del número de paradas cardiacas hospitalarias como del número de intentos infructuosos de resucitación³⁵, consideramos que la formación es uno de los aspectos más fuertes de la respuesta a la parada cardiaca intrahospitalaria en nuestro sistema,¹⁰ aunque sea aún necesario mejorar el reciclaje.

El presente trabajo no tiene como objetivo conocer las tasas de supervivencia en la parada cardiaca hospitalaria, aunque dos centros de los incluidos en el estudio comunicaron recientemente Buenos resultados.^{11,12} Su intención es profundizar en el conocimiento de la respuesta de nuestro sistema al paro cardiaco en el hospital y revelar aspectos que pueden mejorarse. Su principal fortaleza es que el estudio describe situaciones reales de la cadena de supervivencia hospitalaria en un abanico amplio de hospitales de una extensa región, con hallazgos que potencialmente podrían confrontarse con los de otras áreas de nuestro ámbito geográfico. El estudio, sin embargo, tiene algunas limitaciones. En primer lugar, debe admitirse el posible "efecto Hawthorne" en las respuestas al cuestionario, en relación con lo anunciado por el Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias (nivel directivo de la organización), pero consideramos que esto queda aminorado por la participación de los directores gerentes, cuyo grado de compromiso con la organización garantiza la veracidad de la información aportada. En segundo lugar, existe escasa información sobre la calidad de los registros hospitalarios. En relación con ello estamos contemplando actuaciones promotoras de registros uniformes, que permitan el conocimiento adecuado de la realidad de la respuesta a la parada cardiaca intrahospitalaria, de forma que se puedan conocer y mejorar las tasas reales de supervivencia en toda la organización.

CONCLUSIÓN

En resumen, nuestro trabajo describe la organización de la respuesta a la parada cardiaca intrahospitalaria en nuestro sistema sanitario, en el que la cadena de supervivencia, el equipamiento y la formación son elementos fuertes, mientras que el registro, la atención a la familia y los aspectos éticos y el uso de la hipotermia deben mejorarse.

Declaración de conflicto de intereses

Ninguno

BIBLIOGRAFÍA

1. Sans S, Kesteloot H, Kromhout D. The burden of cardiovascular diseases mortality in Europe. Task Force of the European Society of Cardiology on Cardiovascular Mortality and Morbidity Statistics in Europe. *Eur Heart J*. 1997; 18: 1231-48.
2. Skogvoll E, Isern E, Sangolt GK, Gisvold SE. In-hospital cardiopulmonary resuscitation. 5 years' incidence and survival according to the Utstein template. *Acta Anaesthesiol Scand*. 1999; 43: 177-84.
3. Hodgetts TJ, Kenward G, Vlackonikolis I, Payne S, Castle N, Crouch R, et al. Incidence, location and reasons for avoidable in-hospital cardiac arrest in a district general hospital. *Resuscitation*. 2002; 54: 115-23.
4. Peberdy MA for the NRCPR Investigators. Cardiopulmonary resuscitation of adults in the hospital: a report of 14,720 cardiac arrests from the National Registry of Cardiopulmonary Resuscitation. *Resuscitation*. 2003; 58: 297-308.
5. Adams BD, Jones RJ, Delgado RE, Larkin GL. Cardiac arrests of hospital staff and visitors: Experience from the national registry of cardiopulmonary resuscitation. *Resuscitation*. 2009; 80: 65-68.
6. Sandroni C, Nolan J, Cavallaro F, Antonelli M. In-hospital cardiac arrest: incidence, prognosis and possible measures to improve survival. *Intens Care Med*. 2007; 33: 237-45.
7. Hillman K, Parr M, Flabouris A, Bishop G, Stewart A. Redefining in-hospital resuscitation: the concept of the medical emergency team. *Resuscitation*. 2001; 48: 105-110.
8. Parr M. In-hospital resuscitation: review and revise. *Resuscitation*. 2001; 50: 13-14.
9. Perkins GD, Soar J. In hospital cardiac arrest: Missing links in the chain of survival. *Resuscitation*. 2005; 66: 253-255.
10. Perales Rodríguez de Viguri N, Pérez Vela JL, Bernat Adell A, Cerdá Vila M, Álvarez Fernández JA, Arribas López P, et al. La resucitación cardiopulmonar en el hospital: recomendaciones 2005. *Med Intensiv*. 2005; 29: 349-56.
11. De la Chica R, Colmenero M, Chavero MJ, Muñoz V, Tuero G, Rodríguez M. Factores pronósticos de mortalidad en una cohorte de pacientes con parada cardiorrespiratoria hospitalaria. *Med Intensiva*. 2010; 34: 161-169.
12. Herrera M, López F, González H, Domínguez P, García C, Bocanegra C. Resultados del primer año de funcionamiento del plan de resucitación cardiopulmonar del hospital Juan Ramón Jiménez (Huelva). *Med Intensiva*. 2010; 34: 170-181.
13. Ehlenbach WJ, Barnato AE, Curtis JR, Kreuter W, Koepsell TD, Deyo RA, Stapleton RD. Epidemiologic study of in-hospital cardiopulmonary resuscitation in the elderly. *N Engl J Med*. 2009; 361: 22-31.
14. Larkin GL, Copes WS, Nathanson BH, Kaye W. Pre-resuscitation factors associated with mortality in 49,130 cases of in-hospital cardiac arrest: A report from the National Registry for Cardiopulmonary Resuscitation. *Resuscitation*. 2010; 81: 302-311.
15. Chan PS, Krumholz HM, Nichol G, Nallamothu BK and the American Heart Association National Registry of Cardiopulmonary Resuscitation Investigators. Delayed time to defibrillation after in-hospital cardiac arrest. *N Engl J Med*. 2008; 358: 9-17.
16. Peberdy MA, Ornato JP, Larkin GL, Braithwaite RS, Kashner TM, Carey SM, et al. Survival from in-hospital cardiac arrest during nights and weekends. *JAMA*. 2008; 299: 785-92.
17. Abella BS, Alvarado JP, Myklebust H, Edelson DP, Barry A, O'Hearn N, Vanden Hoek TL, Becker LB. Quality of cardiopulmonary resuscitation during in-hospital cardiac arrest. *JAMA*. 2005; 293: 305-310.
18. Einav S, Shleifer A, Kark JD, Landesberg G, Matot I. Performance of department staff in the window between discovery of collapse to cardiac arrest team arrival. *Resuscitation*. 2006; 69: 213-220.
19. Carr B, Kahn JM, Merchant RM, Kramer AA, Neumar RW. Inter-hospital variability in post-cardiac arrest mortality. *Resuscitation*. 2009; 80: 30-34.

20. Nolan JP, Soar J, Zideman DA, Biarent D, Bossaert LL, Deakin C, Koster RW, Wyllie, Böttiger B on behalf of the ERC Guidelines Writing Group. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010. Section 1. Executive summary. *Resuscitation*. 2010; 81: 1219-1276.
21. Joint Commission Accreditation Hospital. 2010 Hospital Accreditation Standards: Accreditation Policies, Standards, Elements of Performance, Scoring. Joint Commission Resources. 2009.
22. Kaye W, Mancini ME, Truitt TL. When minutes count: the fallacy of accurate time documentation during in-hospital resuscitation. *Resuscitation*. 2005; 65: 285-290.
23. Cummins RO, Chamberlain D, Hazinski MF, et al. Recommended guidelines for reviewing, reporting, and conducting research on in-hospital resuscitation: the in-hospital 'Utstein style'. *Circulation*. 1997; 95: 2213-39.
24. Jacobs I. Cardiac arrest and cardiopulmonary resuscitation outcome reports: update and simplification of the Utstein templates for resuscitation registries: a statement for healthcare professionals from a task force of the International Liaison Committee on Resuscitation (American Heart Association, European Resuscitation Council, Australian Resuscitation Council, New Zealand Resuscitation Council, Heart and Stroke Foundation of Canada, InterAmerican Heart Foundation, Resuscitation Councils of Southern Africa). *Resuscitation*. 2004; 63: 233-49.
25. Peberdy MA. Recommended guidelines for monitoring, reporting, and conducting research on medical emergency team, outreach, and rapid response systems: An Utstein-style scientific statement. A Scientific Statement from the International Liaison Committee on Resuscitation; the American Heart Association Emergency Cardiovascular Care Committee; the Council on Cardiopulmonary, Perioperative, and Critical Care; and the Interdisciplinary Working Group on Quality of Care and Outcomes Research. *Resuscitation*. 2007; 75: 412-433.
26. McGloin H, Adam SK, Singer M. Unexpected deaths and referrals to intensive care of patients on general wards: are some cases potentially avoidable? *J R Coll Physicians Lond*. 1999; 33: 255-259.
27. Hodgetts TJ, Kenward G, Vlackonikolis I, Payne S, Castle N, Crouch R, Ineson N, Shaikh L. Incidence, location and reasons for avoidable in-hospital cardiac arrest in a district general hospital. *Resuscitation*. 2002; 54: 115-123.
28. Berlot G, Pangher A, Petrucci L, Bussani R, Lucangelo U. Anticipating events of in-hospital cardiac arrest. *Eur J Emerg Med*. 2004; 11: 24-28.
29. Chan PS, Jain R, Nallmothu BK, Berg RA, Sasson C. Rapid Response Teams: A systematic review and meta-analysis. *Arch Intern Med*. 2010; 170: 18-26.
30. The Hypothermia After Cardiac Arrest Study Group. Mild therapeutic hypothermia to improve the neurologic outcome after cardiac arrest. *N Engl J Med*. 2002; 346: 549-556.
31. Bernard SA, Gray TW, Buist MD, Jones BM, Silvester W, Gutteridge G, Smith K. Treatment of comatose survivors of out-of-hospital cardiac arrest with induced hypothermia. *N Engl J Med*. 2002; 346: 557-563.
32. Forcina MS, Farhat AY, O'Neil WW, Haines DE. Cardiac arrest survival after implementation of automated external defibrillator technology in the in-hospital setting. *Crit Care Med*. 2009; 37: 1229-1236.
33. Smith RJ, Hickey BB, Santamaria JD. Automated external defibrillators and survival after in-hospital cardiac arrest: early experience at an Australian teaching hospital. *Crit Care Resusc*. 2009; 11: 261-265.
34. Niemann JT, Stratton SJ. The Utstein template and the effect of in-hospital decisions: the impact of do-not-attempt resuscitation status on survival to discharge statistics. *Resuscitation*. 2001; 51: 233-237.
35. K.G. Spearpoint KG, Gruber PC, Brett SJ. Impact of the Immediate Life Support course on the incidence and outcome of in-hospital cardiac arrest calls: An observational study over 6 years. *Resuscitation*. 2009; 80: 638-643.

Apéndice 1: Items del Cuestionario

1. CARACTERÍSTICAS DEL CENTRO

- Número total de camas de hospitalización: _____
- Número de bloques o edificios de hospitalización: _____

2. RESPUESTA FRENTE A LA PARADA CARDIO-RESPIRATORIA (PCR) (señale la respuesta correcta)

- ¿El hospital ha elaborado un plan de RCP/soporte vital para sus áreas asistenciales?
Sí No
 - En caso de haberlo elaborado, ¿el plan está implantado?
Sí No
 - En caso de no haberlo elaborado ya, ¿lo está haciendo?
Sí No
- ¿El hospital dispone de una Comisión o Comité de Paros y/o Emergencias?
Sí No
 - Si existe un Comité de Paros/Emergencias, ¿qué Servicios lo integran? (especifique)

 - Si no hay Comité de Paros/Emergencias, ¿alguna Comisión de Calidad se ocupa de esto?
Sí (especifique cuál): _____ No
- ¿Existe en el hospital un Registro de Paros Cardíacos Hospitalarios?
Sí No Sólo en los Servicios de: _____
- Indique cuál de las siguientes es la práctica habitual de respuesta a la PCR en su centro (señale una):
 - La PCR es atendida en su conjunto por los profesionales (médicos/enfermeros) del área donde ocurre y, tras las primeras medidas, el paciente se traslada a UCI o Urgencias.
 - Tras la detección inicial y las primeras medidas, se activa a un equipo específico de reanimación con una composición y un plan de acción previamente protocolizados.
 - Ninguna de las anteriores. En nuestro centro, la PCR se atiende de la siguiente forma (especifique con texto libre): _____
- Si hay un equipo específico de RCP (composición y plan protocolizados), ¿qué facultativos lo integran:
 - UCI
 - Urgencias
 - Anestesia
 - Otros (especifique): _____
- ¿Existe en la UCI un protocolo escrito de cuidados postreanimación?
Sí No
- En los casos recuperados de una PCR intra o extrahospitalaria y que permanecen en coma, ¿se realiza Hipotermia Terapéutica Moderada?
Sí No

3. COMPETENCIAS ASISTENCIALES

- En áreas monitorizadas (UCI, Urgencias, Anestesia, Box,...) , los enfermeros están autorizados a: (*marque varios si procede*):
 - Realizar Soporte Vital Instrumentalizado con Ambu y Guedell
 - Desfibrilar en modo semiautomático
 - Desfibrilar en modo manual
 - Administrar medicación de emergencia sin prescripción médica
 - Intubar
 - Insertar máscara laríngea o fast-trach
- En áreas monitorizadas (UCI, Urgencias, Anestesia, Box,...), los auxiliares están autorizados a: (*marque varios si procede*):
 - Realizar Soporte Vital Instrumentalizado con Ambu y Guedell
 - Desfibrilar en modo semiautomático
- En áreas monitorizadas (UCI, Urgencias, Anestesia, Box,...), los celadores están autorizados a: (*marque varios si procede*):
 - Realizar Soporte Vital Instrumentalizado con Ambu y Guedell
 - Desfibrilar en modo semiautomático

4. EQUIPAMIENTO RCP

- Equipamiento general en áreas asistenciales no monitorizadas (*señale todo lo que corresponda*):
 - Áreas de hospitalización:
 - Carro de RCP
 - Tablero dorsal
 - Desfibrilador externo semiautomático
 - Monitor portátil (ECG, pulsioximetría, presión arterial)
 - Ningún equipamiento
 - Áreas de consultas externas:
 - Carro de RCP
 - Tablero dorsal
 - Desfibrilador externo semiautomático
 - Monitor portátil (ECG, pulsioximetría, presión arterial)
 - Ningún equipamiento
 - Áreas diagnósticas y/o de laboratorios:
 - Carro de RCP
 - Tablero dorsal
 - Desfibrilador externo semiautomático
 - Monitor portátil (ECG, pulsioximetría, presión arterial)
 - Ningún equipamiento
- Equipamiento general en áreas comunes no asistenciales (*señale todo lo que corresponda*):
 - Desfibrilador externo semiautomático
 - Otro equipamiento (especificar): _____
 - Ningún equipamiento

- El equipamiento específico del carro de RCP (*señale la opción adecuada*):
 - Está normalizado y protocolizado para todo el hospital.
 - Cada servicio organiza a su criterio su carro de RCP.
- ¿Existen procedimientos normalizados de revisión y mantenimiento de los carros de RCP?
Sí No
- La ubicación y número de los carros de RCP (*señale la opción adecuada*):
 - Está determinada por un plan hospitalario de RCP.
 - Cada servicio decide en función de sus necesidades.

5. ATENCIÓN A LA FAMILIA Y ASPECTOS ÉTICOS

- ¿Dispone el hospital de guías de atención a familiares de pacientes que sufren una PCR?
Sí No
- El registro de las voluntades anticipadas relacionadas con “no RCP” (*señale lo adecuado*):
 - Se anota por sistema en la historia clínica de todo paciente hospitalizado.
 - Sólo se considera cuando el paciente está hospitalizado en unidades de observación de urgencias, cuidados intensivos o de reanimación.
 - Su registro en la documentación clínica depende del criterio de cada equipo asistencial.

6. FORMACIÓN EN RCP

- ¿Hay formación estructurada en RCP en el hospital?
Sí No
- ¿Qué tipo de formación? (*marque varios si procede*):
 - (1) Cursos de Soporte Vital Avanzado
 - (2) Cursos de Reciclaje de Soporte Vital Avanzado
 - (3) Cursos de Soporte Vital Básico Instrumentalizado y Desfibrilación
 - (4) Cursos de Reciclaje de Soporte Vital Básico Instrumentalizado y Desfibrilación
 - (5) Cursos de Soporte Vital Básico
 - (6) Cursos de Reciclaje en Soporte Vital Básico
- ¿A qué profesionales va dirigido cada uno de esos cursos, en su caso? (*especifique*):
 - (1) Cursos de SVA: _____
 - (2) Cursos de Reciclaje de SVA: _____
 - (3) Cursos de SVI/DEA: _____
 - (4) Cursos de Reciclaje de SVI/DEA: _____
 - (5) Cursos de SVB: _____
 - (6) Cursos de Reciclaje de SVB: _____
- De los cursos señalados anteriormente, indique cuáles de ellos tienen acreditación por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA)? (*marque varios si procede*):
 - (1) Cursos de Soporte Vital Avanzado
 - (2) Cursos de Reciclaje de Soporte Vital Avanzado
 - (3) Cursos de Soporte Vital Básico Instrumentalizado y Desfibrilación
 - (4) Cursos de Reciclaje de Soporte Vital Básico Instrumentalizado y Desfibrilación
 - (5) Cursos de Soporte Vital Básico
 - (6) Cursos de Reciclaje en Soporte Vital Básico

- La formación en RCP en el hospital (*marque varios si procede*):
 - La imparte personal del propio hospital
 - La imparte una entidad externa
- En caso de que la formación en RCP la imparta personal del hospital, ¿cuál es su acreditación para ello? (*especifique*) _____

7. COMENTARIOS ADICIONALES (escriba texto libre)

Nombre, apellidos y nivel de responsabilidad de la persona que cumplimenta (que aporta la información de) la encuesta: _____

E-mail de contacto: _____

Tabla 1: Características de los hospitales participantes*.

Hospitales	Localización (Provincia)	Número de camas	Ingresos hospitalarios	Estancia media (Días)	Intervenciones quirúrgicas	Urgencias atendidas
1	Almería	736	27.018	7,81	21.208	174.225
2	Almería	178	8.113	5,69	11.078	59.736
3	Cádiz	672	24.927	7,55	33.691	132.929
4	Cádiz	508	21.016	7,03	14.419	145.811
5	Cádiz	356	16.105	6,29	12.696	87.382
6	Cádiz	318	12.388	7,02	7.758	93.505
7	Cádiz	177	6.500	7,19	5.158	82.016
8	Córdoba	1.106	41.586	7,74	42.217	197.095
9	Córdoba	221	10.229	6,40	7.381	56.216
10	Córdoba	130	5.318	6,03	4.947	31.835
11	Córdoba	74	3.922	3,44	4.261	45.346
12	Granada	908	37.493	7,55	35.862	252.379
13	Granada	538	20.401	7,70	17.677	150.865
14	Granada	141	5.620	6,13	4.308	58.791
15	Granada	170	8.696	5,22	9.715	78.394
16	Huelva	560	21.800	7,76	15.850	116.231
17	Huelva	271	12.384	5,86	10.879	56.176
17	Huelva	271	12.384	5,86	10.879	56.176
18	Huelva	111	4.412	5,79	4.188	27.447
19	Jaen	764	25.681	8,54	20.712	143.463
20	Jaen	230	8.975	5,44	7.266	78.123
21	Jaen	220	9.933	6,35	6.277	45.033
22	Jaen	99	5.312	4,05	3.724	56.933
23	Malaga	1.113	38.909	8,01	33.658	343.831
24	Malaga	581	19.818	10,26	20.133	158.783
25	Malaga	352	18.758	5,19	13.580	123.929
26	Malaga	191	8.161	6,18	6.136	81.120
27	Malaga	151	5.502	6,60	4.514	42.490
28	Malaga	141	6.903	5,98	5.939	66.881
29	Sevilla	1.206	52.035	6,79	61.605	317.955
30	Sevilla	836	37.100	7,43	41.020	224.971
31	Sevilla	539	23.203	7,08	18.462	126.319
32	Sevilla	197	8.983	6,31	7.422	71.691

*Datos obtenidos de "Actividad Asistencial en Atención Hospitalaria. Andalucía 2009. Ed. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía".

Tabla 2: Organización de la respuesta a la parada cardíaca intrahospitalaria de los hospitales participantes.

	Hospitales: n (%)
Plan de RCP	
Establecido (puesto en marcha)	14 (43,75)
Elaborado pero aún no en marcha	7 (21,87)
En elaboración	9 (28,12)
No contemplado	2 (6,25)
Equipo de Soporte Vital Avanzado	
Establecido	17 (53,12)
No establecido	15 (46,87)
Cuidados postresucitación	
Protocolizados*	15 (46,87)
No protocolizados	17 (53,12)
Calidad y RCP hospitalaria	
Comité de RCP específico	12 (37,5)
Otro Comité de Calidad	4 (12,5)
No considerado	16 (50)
Registro de PCR hospitalario	
Registro hospitalario	9 (28,12)
Registro exclusive en UCI	9 (28,12)
No registro	14 (43,75)

*Catorce centros aplican hipotermia terapéutica moderada.

Abreviaturas: RCP: resucitación cardiopulmonar. PCR: paro cardiorrespiratorio. UCI: Unidad de Cuidados Intensivos.

Lista de participantes en el estudio

Luis Martínez García, Hospital Torrecárdenas (Almería); Andrés Segura Giménez, Hospital La Inmaculada (Almería); Antonio Guerrero Altamirano, Hospital Puerta del Mar (Cádiz); José Julián Arias Garrido y Antonio Jareño Chaumel, Hospital de Jerez (Cádiz); Pedro Luis Quirós Ganga, Manuela Lacida Baro y Julián Gil Cebrián, Hospital de Puerto Real (Cádiz); Luis Mateos-Pardo Durán, Hospitales AGS Campo de Gibraltar; Luis Jiménez Murillo y Juan Carlos Robles Arista, Hospital Reina Sofía (Córdoba); Carmen de la Fuente Martos, Hospital Infanta Margarita (Córdoba); José Merino Romero, Hospital Valle de los Pedroches (Córdoba); Emilio del Campo Molina, Hospital de Montilla (Córdoba); Manuel Colmenero Ruiz, Hospital Virgen de las Nieves (Granada); Juan Aguilera Bermúdez, Hospital Clínico San Cecilio (Granada); Miguel Ángel Díaz Castellanos, Hospital Santa Ana (Granada); Javier Luis López Hidalgo, Hospital de Baza (Granada); Manuel Herrera Carranza, Hospital Juan Ramón Jiménez (Huelva); Joaquín Macías Alvez, Francisco Javier Hierro Guilmain y Gertrudis Domínguez Tornay, Hospital Infanta Elena (Huelva); Osama Barakat Shrem, Hospital de Riotinto (Huelva); Remedios García Jiménez, Complejo Hospitalario (Jaén); Agustín de Molina Ortega, Hospital de San Agustín (Jaén); Ángel Bartolomé Sanz, Hospital San Juan de la Cruz (Jaén); Miguel Ángel Fernández Sacristán, Hospital Alto Guadalquivir (Jaén); Guillermo Quesada Gracia, Hospital Regional (Málaga); M^a Victoria de la Torre, Hospital Virgen de la Victoria (Málaga); Juan Agulló García, Hospital Costa del Sol (Málaga); Olga Molina Mérida, Hospital de la Axarquía (Málaga); Antonio Varela López, Hospital de Antequera (Málaga); Andrés Morillo Martín, Hospital de la Serranía (Málaga); Antonio Caballero Oliver, Hospital Virgen del Rocío (Sevilla); José Gallardo Bautista, Hospital Virgen Macarena (Sevilla); Antonio Lesmes Serrano, Hospital Virgen de Valme (Sevilla); José Miguel Molina Cantero, Hospital de Osuna (Sevilla).

ORIGINAL BREVE

Prevalencia de la litiasis renal en Andalucía: diseño y ejecución del proyecto PreLiRenA

Cano Castiñeira R¹, Olaya Caro I², Carrasco Valiente AJ¹, Jiménez García C², Pérula de Torres LA², Requena Tapia M^aJ¹

¹Unidad de Gestión Clínica de Urología del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba

²Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Córdoba. Distrito Sanitario Córdoba-Guadalquivir. Instituto Maimónides de investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC) / Hospital Universitario Reina Sofía / Universidad de Córdoba.

RESUMEN

Título: Prevalencia de la litiasis renal en Andalucía: diseño y ejecución del proyecto PreLiRenA.

Objetivo: Describir los resultados desde el punto de vista metodológico de un estudio para estimar la prevalencia de litiasis renal en población andaluza.

Diseño: estudio observacional transversal.

Emplazamiento: Andalucía.

Población y muestra: Se seleccionó una muestra representativa de 2440 sujetos escogidos de la población andaluza de 40 a 65 años.

Intervenciones: El trabajo de campo se realizó durante 6 meses de manera ininterrumpida, y consistió en la realización de entrevistas personales telefónicas por parte de dos encuestadoras entrenadas. Se han comparado los datos del Censo con los de la muestra y se han analizado las tasas de elegibilidad y aceptación del consentimiento informado, así como la fiabilidad de la auto-declaración del paciente (prueba Ji-cuadrado; $p < 0,05$).

Resultados: Se contactó telefónicamente con 2858 personas, aceptando contestar la encuesta el 95% (IC95%:94,2-95,8), y siendo elegibles el 85,3% (IC95%:84,0-86,6). La causa más frecuente de exclusión

del estudio fue el idioma (29,8%). No se encontraron diferencias entre la población de estudio y la muestra respecto a las variables demográficas. La prevalencia de urolitiasis declarada fue del 16,3% (IC95%:14,79-17,74).

Conclusiones: Comprobamos que la muestra resulta representativa de la población de referencia y no encontramos dificultades ni sesgos importantes en el trabajo de campo, lo que apunta a una buena validez y confiabilidad del estudio.

Palabras clave: Litiasis renal, encuesta telefónica, prevalencia, epidemiología, diseño metodológico.

SUMMARY

Title: Prevalence of Renal Lithiasis in Andalusia: Design and Implementation of the PreLiRenA Project.

Goal: To describe the design and implementation of an epidemiological study aimed at estimating the prevalence of renal lithiasis in the Andalusian population.

Design: Observational and transversal study.

Setting: Andalusia.

Population and sample: A representative sample of 2,440 individuals was selected from an Andalusian population aged 40-65.

Interventions: Field work was carried out continuously over a six-month period by two trained interviewers who conducted individual phone interviews. Census data were compared with the sample; eligibility rate and acceptance of an informed consent

Correspondencia: Luis Ángel Perula de Torres
Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria
Distrito Sanitario Córdoba-Guadalquivir
C/ Dr. Blanco Soler, 4
14004 Córdoba
E-mail: luisangel.perula@gmail.com

Recibido el 18-03-2013; aceptado para publicación el 23-04-2013
Med fam Andal. 2013; 3: 274-279

were evaluated. The reliability of inquiries was also evaluated (chi-squared test $p < 0.05$).

Results: 2,858 people were contacted by phone to achieve the pre-set sample size. 95% of those contacted (95%CI:94.2-95.8) agreed to participate in the survey and gave a verbal informed consent. The proportion of eligible individuals was 85.3% (95%CI:84.0-86.6). The main reason for exclusion from the study was lack of language comprehension (29.8%). With respect to demographic variables, no significant differences were found between the population studied and the sample population. The prevalence of renal lithiasis was 16.3% (95%CI: 14.79-17.74).

Conclusions: The sample obtained is representative of the entire reference population and no important difficulties or biases existed in the fieldwork, thus reinforcing the study's validity and reliability.

Key words: Renal lithiasis, telephone interview, prevalence, epidemiology, methodological design.

INTRODUCCIÓN

La litiasis renal constituye la tercera afección más frecuente de las vías urinarias tras las infecciones y la patología prostática⁽¹⁾. Los estudios epidemiológicos sobre urolitiasis en España parten del año 1977⁽²⁾, estimándose una prevalencia del 10,9%. En 1984 se realizó el único estudio de ámbito nacional, estableciendo una prevalencia del 4,16%⁽³⁾; dichas cifras han servido de referencia para revisiones posteriores⁽⁴⁾. La mayoría de los estudios realizados se basan en registros hospitalarios, y dado que en estos no figuran todos los casos que se producen, ello conduce a sesgos de selección, distorsionando su verdadera magnitud^{5,6)}.

En los últimos años, las condiciones culturales, socio-económicas y ambientales han cambiado mucho, por lo que debido a la gran lejanía en el tiempo de la mayoría de los trabajos publicados, cabe presuponer que la prevalencia de litiasis también sea distinta en la actualidad.

Bajo este marco nuestro equipo investigador inició en el año 2011 un estudio epidemiológico (estudio PreLiRenA) con el objetivo de estimar

la prevalencia de litiasis renal en la población andaluza y determinar qué factores de riesgo se hallan asociados a la misma. Consideramos de interés comunicar los resultados relacionados con el diseño y la ejecución de este estudio, así como el efecto que han tenido las medidas de control de calidad metodológica adoptadas, pues el conocerlas puede resultar de utilidad para otros investigadores que deseen emprender trabajos similares.

SUJETOS Y MÉTODOS

Se diseñó un estudio observacional, transversal, de ámbito poblacional. Los datos se obtuvieron de una muestra aleatoria, empleando como fuente de información la encuesta telefónica.

Los criterios de inclusión fueron: ser residente en Andalucía, y tener entre 40 y 65 años de edad. Los criterios de exclusión fueron: presentar incapacidad para comprender las preguntas de la entrevista, problemas de salud que impidieran la recogida de la información, no hablar español, y negativa a participar en el estudio.

Para la estimación del tamaño muestral se tuvo en cuenta una proporción esperada de litiasis renal del 5,0% (prevalencia del estudio de Sánchez-Martín⁽⁵⁾), nivel de confianza del 95%, y una precisión de $\pm 1,1\%$; para una tasa de no respuestas del 25%, el tamaño estimado fue de 2432 sujetos.

Se empleó un muestreo aleatorio, estratificado por provincia, sexo y grupos quinquenales de edad.

Los sujetos de la muestra se obtuvieron de la Base de Datos de Usuarios del Servicio Andaluz de Salud. Para comprobar si la muestra era representativa de la población de estudio, tomamos de referencia la registrada en el Censo de la población española (INE: http://www.ine.es/inebmenu/mnu_cifraspop.htm).

Las variables del estudio fueron: litiasis renal (se empleó un lenguaje coloquial: "piedras en el riñón"), año del diagnóstico, profesional que le diagnosticó el proceso, tratamiento recibido, expulsión espontánea del cálculo; variables

sociodemográficas (edad, sexo, nacionalidad, provincia de residencia, nivel de estudios, y clase social basada en la ocupación⁽⁷⁾), morbilidad percibida (hipertensión arterial, diabetes, hipercolesterolemia, gota, antecedentes familiares de litiasis renal), peso, talla, e Índice de Masa Corporal (IMC).

Actualmente el estudio se encuentra en la fase de análisis de los datos, que comprende una estadística descriptiva de las variables, seguido de un análisis bivariado a fin comprobar la relación entre las variables independientes y la presencia de litiasis renal mediante la aplicación de los respectivos test de hipótesis acordes al tipo de variable (pruebas Ji-cuadrado, test exacto de Fisher, T test de Student o ANOVA para contrastes bilaterales, $p \leq 0,05$). Se estimarán las Razones de Prevalencia. Para comprobar que factores que se hallan asociados de manera independiente a la existencia de litiasis renal, se realizará un análisis de regresión logística múltiple.

Se han calculado las tasas de aceptación/rechazo del consentimiento informado y elegibilidad (con sus respectivos Intervalos de Confianza para el 95% -IC 95%-), comparándose estas en función de la nacionalidad o el sexo mediante la prueba ji-cuadrado. Para comprobar la fiabilidad de la información recogida en la encuesta se han comparado los resultados de la entrevista original con los verificados por un especialista en urología, tras contactar este en una segunda ocasión con una submuestra de 40 sujetos que manifestaron haber tenido al menos un episodio de litiasis renal. Para el análisis estadístico se emplean los programas SPSS (versión 13.0 para Windows) y EPIDAT 3.1.

RESULTADOS

En las tablas 1 y 2 se pueden observar las características según la edad y el sexo por un lado, y la provincia de residencia y el sexo por otro, comparándose la población de Andalucía con la muestra estudiada.

El trabajo de campo se realizó durante 6 meses de manera ininterrumpida. Se contactó telefónicamente con 2858 sujetos. El 95% (IC 95%:94,2-95,8), aceptó responder a la encuesta, otorgando el consentimiento informado.

La proporción de sujetos que cumplieron criterios de inclusión fue del 85,3% (IC 95%:84,0-86,6), representando el 14,7% los no elegibles. Las causas más frecuentes de exclusión fueron la falta de comprensión por idioma (29,8%), traslado del domicilio fuera de Andalucía (24,6%), y llevar menos de un año residiendo en esta Comunidad (19,1%).

La tasa de no respuesta a la encuesta fue significativamente mayor ($X^2=34,035$; $p < 0,001$) en los extranjeros (8,9%) que en los españoles (3,5%). La proporción de "no elegibles" también fue superior en personas extranjeras que en españoles (31,5% vs. 8,1%; $X^2=266,173$; $p < 0,001$). No se encontraron diferencias significativas en las tasas de rechazo a la encuesta ni por sexo ni por edad.

La prevalencia de urolitiasis declarada fue del 16,3% (IC 95%:14,79-17,74). La coincidencia del diagnóstico de litiasis renal se constató en el 93,1% (IC 95%:79,6-98,4) de los sujetos.

DISCUSIÓN

Tras la realización del trabajo de campo, y en el momento de interpretar los resultados, es preciso analizar qué posibles problemas y errores sistemáticos se han podido cometer, y en qué grado fueron eficaces las medidas emprendidas para controlarlos. Pasamos a continuación a discutirlos:

-Sesgos de selección. Con el empleo del muestreo aleatorio estratificado según las variables socio-demográficas se trató de contrarrestar dicho sesgo. Al comparar la edad y el sexo de los datos muestrales con los de la población de procedencia, no se apreciaron diferencias sustanciales, salvo en el grupo etario superior, debido a que la población censal correspondía al quinquenio de 60 a 64 años, mientras que la muestra abarcaba también a sujetos de 65 años.

El uso del teléfono como modo de contacto puede conducir también a sesgos de selección. El número de personas que en la actualidad carece de teléfono en nuestra sociedad es ínfimo; de hecho, en el listado proporcionado, todos los usuarios disponían de un número de contacto.

Otro problema con el que nos enfrentamos al realizar entrevistas telefónicas estriba en que el

usuario no responda a la llamada. En nuestro estudio, se intentó contactar al menos en tres ocasiones, tras lo cual, fueron considerados como “no localizables”, pasando a ser reemplazados por otros sujetos de características socio-demográficas similares. Es preciso, pues, contar con un listado de reserva, dado que este motivo y otros (negativa a participar, teléfonos erróneos, fallecidos, etc.), suelen ser habituales.

El porcentaje de sujetos elegibles no suele ser comunicado en los estudios publicados, salvo excepciones, como en el Proyecto ANCO⁽⁸⁾; en el que fue del 75,2%, inferior al obtenido por nosotros (85,3%). La tasa de respuesta en nuestro estudio fue alta (95%), siendo superior en sujetos de nacionalidad española que en extranjeros, y mayor a la lograda en otros trabajos⁽⁹⁾.

Por otro lado, la entrevista tenía una duración media corta (10 minutos), aspecto del que era informado el sujeto al inicio de la entrevista, lo que facilitaba que este no se desmotivase por un “efecto cansancio”, abandonando la misma sin responder a todas las preguntas, no perdiéndose ninguna encuesta por este motivo.

-Sesgos de información: el método por entrevista telefónica puede dar problemas relacionados con la veracidad de los datos (por dificultades de memoria, falsedad al no saberse con seguridad quien es la persona que responde, sinceridad en las respuestas, etc.), dado que nos basamos en la opinión subjetiva del entrevistado. La probabilidad de que se declare un evento depende directamente de la importancia que le dé la persona a este e inversamente al tiempo transcurrido desde que se produjo⁽¹⁰⁾. La litiasis renal es una patología que cuando se manifiesta lo hace de forma aguda y con una sintomatología bastante incapacitante, lo que hace que cuando se le pregunta al sujeto sobre su padecimiento, este lo recuerde sin apenas dificultad en la mayoría de las ocasiones. La encuesta de salud constituye un procedimiento ampliamente utilizado en el campo de la Epidemiología, y suficientemente contrastado desde el punto de vista de su validez como método para conocer los problemas de salud percibidos por la población.

Con el fin de detectar dificultades en la fase de recogida de los datos se hizo un estudio piloto

en una submuestra de sujetos. Las entrevistas fueron realizadas por dos personas, previamente adiestradas, altamente cualificadas, y con experiencia previa en la realización de otras encuestas a usuarios del Servicio Andaluz de Salud.

Por otra parte, evaluamos la fiabilidad del diagnóstico de litiasis renal comprobando la concordancia entre lo declarado por el paciente a la entrevistadora y el obtenido por un urólogo, también mediante entrevista telefónica, obteniendo un resultado satisfactorio (93% de coincidencia). No hemos encontrado ningún estudio en el que se haya validado la prevalencia auto-referida de litiasis renal, aunque sí de otros parámetros como el IMC auto-referido en la Encuesta Nacional de Salud Española (el índice Kappa fue 0,76⁽¹¹⁾), o el Síndrome Metabólico, donde se encontró una aceptable correlación entre los datos medidos objetivamente y los auto-declarados por los sujetos⁽¹²⁾.

-Efectos de confusión e interacción: serán controlados mediante técnicas de análisis multivariante.

Podemos concluir que a pesar de las lógicas dificultades que presentan la implementación de este tipo de estudios epidemiológicos, el proyecto PreLiRenA ha sido ejecutado dentro de unos parámetros que podríamos catalogar de aceptables desde el punto de vista de la calidad metodológica, y por consiguiente, de la validez y confiabilidad de los resultados del estudio.

Becas y ayudas recibidas: El estudio ha recibido la beca “Pedro Cifuentes Díaz” otorgada en la convocatoria de la Fundación para la Investigación en Urología del año 2012

Conflictos de intereses: Todos los autores se encuentran en acuerdo con el contenido del manuscrito, cumplen los requisitos de autoría y declaran la ausencia de conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alapont Pérez FM, Gálvez Calderón J, Varea Herrero J, Colome G, Olaso A, Sánchez JR. Epidemiología de la litiasis urinaria. *Actas Urológicas*. 2001; 25: 341-9.

2. Somacarrera E. Generalidades en Litiasis renal. En: Libro de Ponencias al XLII Congreso nacional de urología. Santander, España: Actas Esp Urol. 1977; 7-11.
3. Rousaud A, Pedrajas A. Estudio sobre la urolitiasis en España. Centro de estudios Welcome España. CP Inmark SA de Estudios y Estrategias; 1986.
4. Arrabal M. Aspectos históricos, epidemiológicos y terapéuticos de la litiasis urinaria. Arch Esp Urol. 2001; 54: 845-50.
5. Sánchez-Martín FM, Millán Rodríguez F, Esquena Fernández S, Rousauda F, Villavicencia H. Incidence and prevalence of urolithiasis in Spain: Review of currently available original data. Actas Urol Esp. 2007; 31:511-20.
6. Hesse A, Brandle E, Wilbert D, Köhrmann KU, Alken P. Study on the prevalence and incidence of urolithiasis in Germany comparing the years 1979 vs. 2000. Eur Urol. 2003; 44: 709-13.
7. Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria. Una propuesta de medida de clase social. Aten Primaria. 2000; 25:350-63.
8. Martínez J, Pérula LA, Espejo J, Rubio V, Aranda JM, Fonseca FJ, et al. Proyecto ANCO: un estudio sociosanitario de la población mayor de la ciudad de Córdoba. Diseño y ejecución. Rev Esp Geriatr Gerontol. 1997; 7: 82-91.
9. Perula de Torres LA, Martínez de la Iglesia J, Espejo Espejo. [Health status of the over 60 years of age population and its relationship with sociodemographic factors (ANCO Project)]. Aten Primaria. 1997; 20: 425-34.
10. Borrell C, Rodriguez-Sanz M. Aspectos metodológicos de las encuestas de salud por entrevista: aportaciones de la Encuesta de Salud de Barcelona 2006. Rev Bras Epidemiol. 2008; 11 (suppl1): 46-57.
11. Basterra-Gortari FJ, Bes-Rastrollo M, Forga L, Martinez JA, Martinez-Gonzalez MA. [Validity of self-reported body mass index in the National Health Survey]. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. 2007; 30: 373-81.
12. Fernandez-Montero A, Beunza JJ, Bes-Rastrollo M. [Validity of self-reported metabolic syndrome components in a cohort study]. Gac Sanit. 2011; 25: 303-7.

Tabla 1. Comparación entre la población de estudio y la muestra según la edad y el sexo.

Edad (años)	Varones		Mujeres		Total	
	Población	Muestra	Población	Muestra	Población	Muestra
40-44	265.927 (26,5)	323 (27,2)	265.842 (25,7)	306 (24,5)	531.769 (26,0)	306 (25,8)
45-49	218.855 (21,8)	272 (22,9)	219.577 (21,2)	262 (20,9)	438.432 (21,6)	262 (21,9)
50-54	194.249 (19,3)	200 (16,8)	198.527 (19,1)	219 (17,5)	392.776 (19,2)	219 (17,2)
55-59	177.416 (17,7)	178 (15,0)	186.301 (18,0)	225 (18,0)	363.717 (17,8)	225 (16,5)
60-65	147.812 (14,7)	216 (18,2)	163.927 (15,9)	239 (19,1)	311.739 (15,3)	239 (18,6)
Total	1.004.259 (100)	1.189 (100)	1.034.174 (100)	1.251 (100)	2.038.433 (100)	2.440 (100)

Datos expresados en números absolutos y en porcentaje (entre paréntesis)
 Fuente: Población de Andalucía por edad y sexo. Instituto Nacional de Estadística (INE). Censo de la población española. Año 2001 (http://www.ine.es/censo_accesible).

Tabla 2. Comparación entre la población de estudio y la muestra según la provincia.

Provincia	Varones		Mujeres		Total	
	Población	Muestra	Población	Muestra	Población	Muestra
Almería	93.149 (9,0)	91 (7,7)	85.369 (8,1)	80 (6,4)	178.518 (8,6)	171 (7,0)
Cádiz	154.822 (15,1)	202 (17,0)	157.194 (14,9)	185 (14,8)	312.016 (15,0)	387 (15,9)
Córdoba	102.508 (10,0)	119 (10,0)	106.228 (10,1)	128 (10,2)	208.736 (10,1)	247 (10,1)
Granada	109.604 (10,7)	134 (11,3)	115.077 (11,0)	145 (11,6)	224.681 (10,8)	279 (11,4)
Huelva	63.493 (6,2)	88 (7,4)	62.989 (6,0)	80 (6,4)	126.482 (6,1)	168 (6,9)
Jaén	84.405 (8,2)	97 (8,2)	86.943 (8,3)	105 (8,4)	171.348 (8,3)	202 (8,3)
Málaga	182.745 (17,8)	231 (19,4)	190.701 (18,1)	201 (16,1)	373.446 (18,0)	432 (17,7)
Sevilla	234.986 (22,9)	227 (19,1)	244.232 (23,3)	327 (26,2)	479.218 (23,1)	554 (22,7)
Total	1.025.712 (100)	1.189 (100)	1.048.733 (100)	1.251 (100)	2.074.445 (100)	2440 (100)

Datos expresados en números absolutos y en porcentaje (entre paréntesis)

Fuente: Población de Andalucía por provincias. Instituto Nacional de Estadística (INE). Censo de la población española. Año 2001 (http://www.ine.es/censo_accesible).

ARTÍCULO ESPECIAL

El cambio médico: una opción o un juego

Rojas Bruno IM^a

Auxiliar Administrativo/Técnico especialista en la rama administrativa y comercial (administrativo). UGC Algeciras-Sur. Algeciras (Cádiz)

INTRODUCCIÓN

El cambio médico se realiza en el Centro de Salud o Unidad de Gestión Clínica de Atención Primaria, donde el paciente puede ejercer su elección médica entre los facultativos que tienen la lista abierta, sin necesidad de exponer o justificar razón alguna, aunque puede ser denegado por cupo máximo. Por ello, el Centro de Salud estipula en función al cupo existente, los facultativos con la lista abierta, según establece el Real Decreto 1575/1993, de 10 de septiembre en su artículo 6, es recomendado por médico 1250 pacientes, pudiendo llegar a 2000. La libre elección de médico y pediatra se regula en el Decreto 60/99, de 9 de marzo (BOJA 13/4/99, nº 43) [1].

Hay que tener en cuenta que para realizar este proceso debe haber transcurrido un plazo de tres meses desde la última asignación de facultativo, además de tener su lista abierta. Pueden darse casos excepcionales para cambiar y no cumplir las condiciones anteriores, pero necesitan la correspondiente autorización médica y del director del centro.

En este procedimiento el administrativo es el encargado de gestionar la primera elección o las sustituciones posteriores, a través de la Base de Datos del Usuario (BDU), donde el paciente debe identificarse mediante DNI, o NIE, y tarjeta sanitaria; además de firmar un justificante, que es archivado. Si estudiamos los motivos que

llevan a realizar estos cambios, encontramos que el criterio de los usuarios pueden ir desde una elección al azar, o directa, argumentando claramente sus razones. Por ello es interesante estudiar las causas que llevan a reemplazar un médico [2] por otro, ya que el cambio forma parte de la vida cotidiana, pero en el caso de no existir esta opción, ¿qué ocurriría? ¿se buscaría alguna solución médico-paciente para zanjar los motivos que impulsan a la sustitución?. Cambiar por cambiar no es correcto. Eso conlleva una serie de riesgos para ambas partes que tienen que estudiarse antes de realizarse a la ligera.

SUJETOS Y MÉTODOS

Se ha llevado a cabo un muestreo estratificado con una afijación proporcional. La población que acudió a la Unidad de Gestión Clínica se dividió en los siguientes estratos: la edad del usuario (el campo edad se dividió en cuatro tramos de 20 años aproximadamente, comenzando en 18 y terminando en 89 años), el género del paciente, el motivo del cambio (por qué se cambia), y el perfil del facultativo elegido (motivo de la elección).

Los cambios médicos en el Centro de Salud no suelen ser demandados a diario, por lo tanto, los datos para su estudio fueron anotados durante cuatro meses: desde el 01 de marzo al 29 de junio de 2012, utilizando cuadrantes divididos en los estratos anteriormente nombrados. Además se elaboró una tabla independiente donde se analizó la población femenina por nacionalidades en un muestreo por conglomerados, desglosada en motivos del cambio y de la nueva elección; tomando como muestra aquellas que eran las mayoritarias de la zona Algeciras-Sur "Saladillo", seleccionando tres grupos: española, marroquí, y

Correspondencia: Isabel M^a Rojas Bruno
UGC Algeciras-Sur "Saladillo"
C/. Santo Domingo de Guzmán, s/n.
11207 Algeciras (Cádiz)
E-mail: isabelmariarojasbru@hotmail.com

Recibido el 01-04-2013; aceptado para publicación el 15-05-2013
Med fam Andal. 2013; 3: 280-284

el tercero que contenía la italiana, inglesa, china y alemana, como minoritarias, pero existentes en el área estudiada. Además se recogieron los comentarios más significativos de los usuarios referidos a los cambios y se fueron anotando, oscilando entre una media de 3 a 5 cambios diarios.

Se analizaron 330 muestras de los pacientes que acudieron durante los cuatro meses del estudio a cambiar de facultativo, no incluyendo en ella a menores, aunque sí a desplazados que renovaron su situación. Del total analizado, 264 sujetos eran mujeres, cuya muestra se utilizó para la segunda parte del estudio: las nacionalidades.

RESULTADOS

Del estudio de elección o cambio de médico, destacan los siguientes resultados, plasmados en una tabla, dos diagramas y un cuadro, así tenemos:

Los cambios de facultativo (**Tabla**) obtuvieron estos datos:

- Un 20% de las personas que solicitan nuevo médico, es decir 66 tienen entre 18 a 35 años.
- 132 usuarios representan un 40%, con edades entre 36 a 53 años.
- Un 30%, 99 pacientes, tienen entre 54 a 71 años.
- Y el resto, 33 personas, un 10% de la muestra, oscilan entre 72 a 89 años.

En el **Diagrama 1** se reflejó el resultado del **motivo del cambio**, donde 165 pacientes, un 50% mostró falta de entendimiento, empatía e incompatibilidad médico-paciente, un 30%, 99 usuarios se quejaron ante la falta de asiduidad por parte del médico a la consulta, mientras que 66, un 20% lo hicieron por el género del médico [3].

En el **Diagrama 2** se estudió el **perfil del médico solicitado**, sobre la muestra de 330 usuarios, donde un 40%, 132 sujetos hicieron su elección por el trato al paciente, que comprueban ante alguna visita a urgencias, o bien, a consulta, ante la ausencia de su médico. Un 30%, 99 usuarios eligen por recomendación de un familiar, amigo

o conocido; un 15%, 50 personas prefieren que el facultativo sea hombre o mujer, el 10%, 33 usuarios deciden que el médico es joven o mayor como opción para solicitar el cambio, y por último un 5%, 16 usuarios opta por una elección al azar, sin motivo aparente.

En el campo "género" 264 son mujeres, un 80%, frente al 20% de hombres, 66 usuarios.

Además estudiamos la combinación sobre la muestra del sector femenino (264 mujeres): la nacionalidad del paciente, el motivo del cambio y de la nueva elección (**Figura**). Las usuarias españolas (140), son las que en su mayoría se deciden a solicitar el cambio en un 53% por falta de entendimiento, y eligen al nuevo médico teniendo muy presente el trato al paciente. Las usuarias marroquíes (106), en un 40% modifican al facultativo por desacuerdo con el género, eligiendo en un mayor porcentaje a mujeres como su médico de Atención Primaria.

En otras nacionalidades que incluyen la inglesa, italiana, alemana y china, 18 usuarias, en un bajo porcentaje el 7% (debido a que son una minoría en la zona), reemplazan al igual que las pacientes españolas por incompatibilidad con el facultativo, realizando la nueva elección sin motivación alguna, al azar.

DISCUSIÓN

Los porcentajes indicaron que las mujeres realizaron en mayor medida los cambios médicos [4] frente a los hombres. Son ellas las más exigentes a la hora de establecer la conexión médico-paciente y también para decidir una nueva elección.

Se desprendió que en el intervalo de edad 36 a 53 años fue cuando se realizó la mayor parte de las modificaciones, es decir se tendió a elegir con mayor asiduidad. El motivo fue la falta de entendimiento entre el médico y el paciente.

Los usuarios seleccionaron en primer lugar al médico por la actuación del facultativo, referida al trato al paciente.

En el estudio por "nacionalidades" hay que destacar el alto porcentaje de mujeres marroquíes

que prefieren a facultativos femeninos, (pudo ser motivado por "sus costumbres"), en oposición a las españolas que seleccionan el "trato al paciente" en un porcentaje considerable, sin tener en cuenta el "género" del médico.

La opción del "motivo del cambio" "por incompatibilidad", según el médico de Atención Primaria, se entiende generalmente como el interés del paciente al intentar "hacer de médico", es decir que el médico prescriba lo que este desea tomar. Desde el punto de vista del paciente "el médico se equivoca, no prescribe lo que debe, es decir lo que él toma desde hace tiempo y le sienta bien, y por contra receta otro medicamento que no precisa".

Destaca por su porcentaje la elección "por recomendación". El usuario tiene en cuenta la opinión de alguien cercano a él que ya conoce al facultativo, y le va bien.

Existieron razones consistentes, establecidas por el usuario para reemplazar al médico de Atención Primaria, que quedaron establecidas en porcentajes, pero pueden existir otras causas que desconocemos. ¿Por qué se elige al azar? ¿Por qué se dejan influir los usuarios ante una elección tan personal?

La "profesionalidad" se recoge en un porcentaje insignificante tanto para el cambio como para la elección. Son causas pendientes de estudio. Podemos apreciar en los **diagramas 1 y 2 los motivos y perfiles** preferentes de los usuarios.

Existe la posibilidad de escoger un nuevo facultativo entre aquellos que tengan el cupo abierto en el centro de salud, siempre que hayan transcurrido tres meses desde la última variación; aunque argumentos excepcionales pueden adelantar el tiempo de permanencia. Este tema lo gestiona el administrativo y requiere aprobación, ya que el médico puede incorporar a pacientes ocasio-

nalmente en su cupo. Esta solicitud debe ser firmada por el director del centro, y cumplimentada por el usuario para que el administrativo la gestione, dentro de sus funciones, quien la remitirá al Servicio de Atención al Ciudadano para que procedan al cambio; comunicándolo posteriormente el administrativo al paciente. Es lógico pensar que exista un cupo por facultativo, ya que es necesario tener los cupos igualados y así evitar la masificación de pacientes en determinadas consultas.

BIBLIOGRAFÍA

[1] Decreto 60/1999, de 9 de marzo, por el que se regula la libre elección de médico general y pediatra en la Comunidad Autónoma de Andalucía. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía 1999; 43: 4338-39.

URL: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/derechos/LibreEleccion/D60_99_GyP.pdf

[2] Leal Hernández M, Abellán Alemán J, Gómez Jara P, Martín-Sacristán Martín B. ¿Por qué se cambian de médico nuestros pacientes? ¿Qué opinamos los médicos de familia? Aten Primaria. 2007; 39:575-6.

[3] Ruiz R. La relación médico-paciente: una vindicación del acto clínico. Aten. Primaria. 2001; 28 Supl 1:69-70.

[4] ORDEN de 9 de junio de 1999, por la que se regula el procedimiento de libre elección y se establecen las normas de asignación de médico general y pediatra en la Comunidad Autónoma de Andalucía. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía 1999; 69.

URL: <http://www.juntadeandalucia.es/boja/1999/69/4>

Tabla.

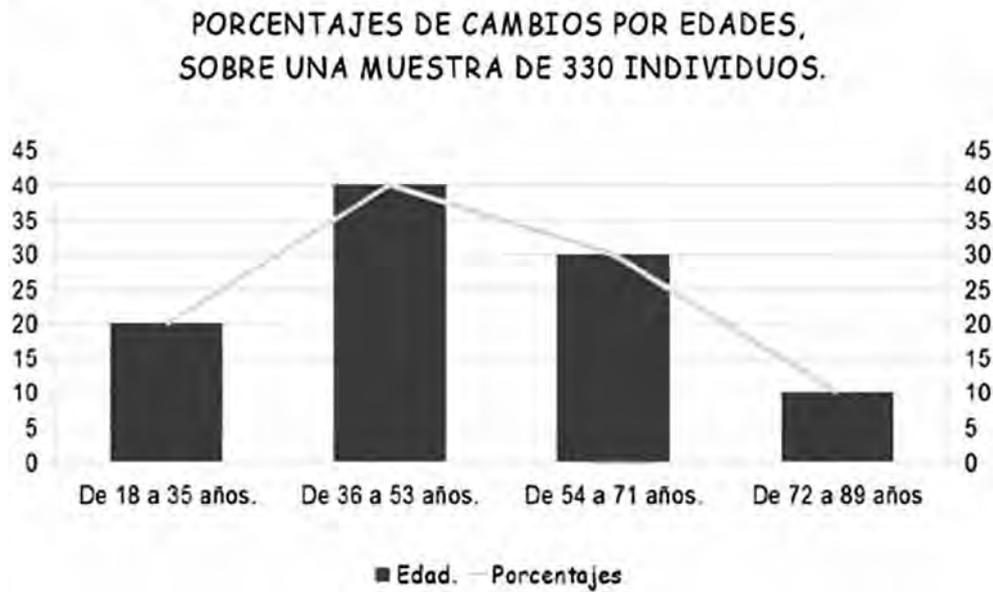


Diagrama 1.

**MOTIVOS PARA EL CAMBIO DE MÉDICO.
RESULTADOS SOBRE 330 USUARIOS.**

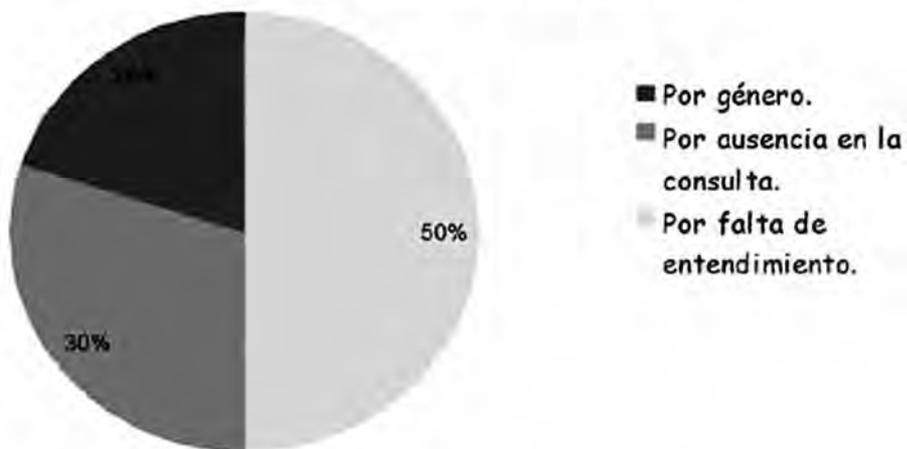


Diagrama 2.

**PERFIL DEL MÉDICO SOLICITADO.
MUESTRA DE 330 USUARIOS.**

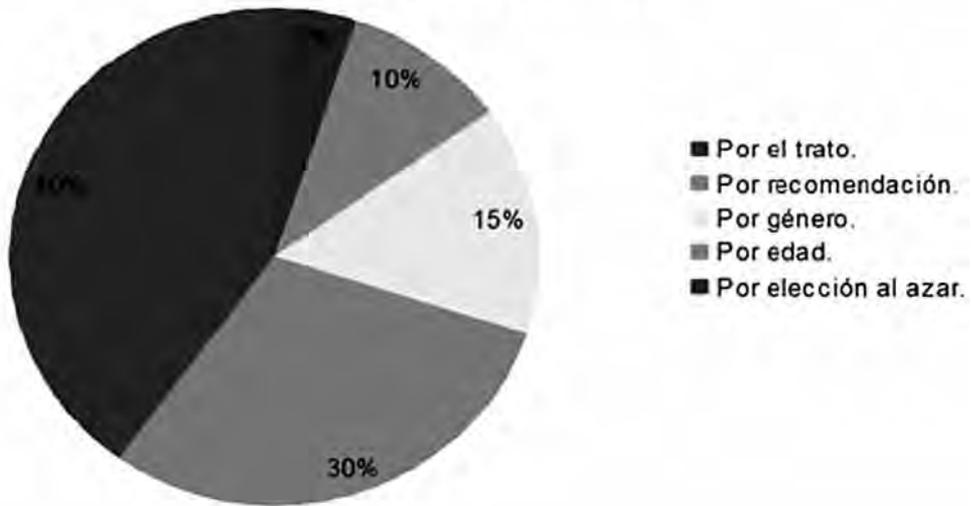
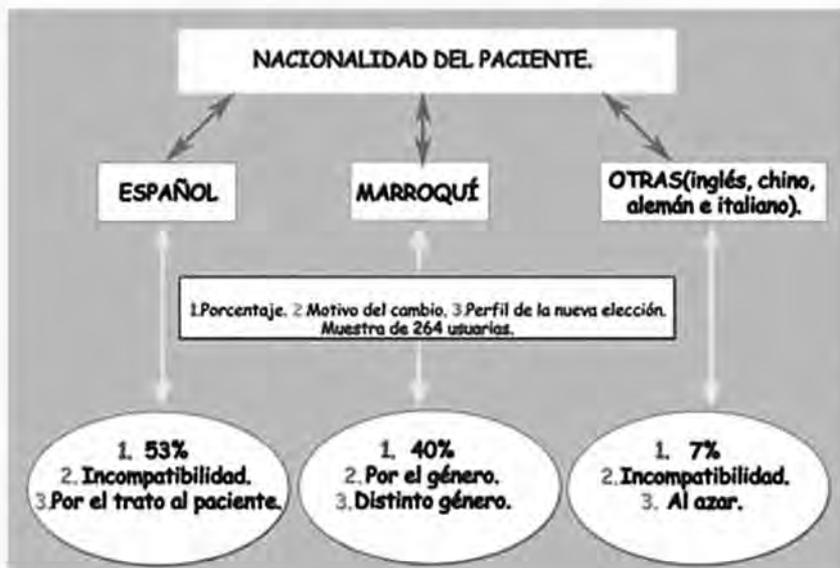


Figura. Nacionalidad del paciente.



ARTÍCULO ESPECIAL

Facultativos y administrativos, un trabajo en común: el bienestar del usuario

Rojas Bruno IM^a

Auxiliar Administrativo/Técnico especialista en la rama administrativa y comercial (administrativo). UGC Algeciras-Sur. Algeciras (Cádiz)

INTRODUCCIÓN

Los trabajos realizados por los profesionales en el centro de salud[1], en la mayoría de ocasiones van relacionados entre sí.

Personal sanitario y de gestión y servicios[2] consiguen con sus esfuerzos la eficacia del servicio prestado al usuario. La relación profesional administrativo y facultativo, en la unidad de gestión clínica incluye, entre otras, la coordinación de estas gestiones:

- **La receta visada[3], electrónica o tradicional**, ésta última en desuso, salvo situaciones concretas y/o excepcionales. El facultativo la prescribe y el administrativo la visa, es decir, remite la documentación y/o soluciona cualquier incidencia con el servicio de farmacia del distrito de atención primaria, además cumplimenta la información sobre el tratamiento en el programa de visados "Gevi", dando de alta o modificando el medicamento.
- **Las citas de especialistas**. El facultativo deriva al usuario para la especialidad concreta, y el administrativo asigna cita o difiere, en el caso de agenda cerrada la solicitud del usuario.
- **La base de datos del usuario (BDU)**. El usuario procedente de la consulta del médico de atención primaria acude a la unidad adminis-

trativa donde realiza diferentes trámites que el facultativo le ha recomendado, como peticiones de tarjetas sanitarias, cambios médicos, modificaciones de datos, actualización de asistencia sanitaria, desplazamientos, pasivos, etc.

- **Otras gestiones** demandadas por los facultativos y desarrolladas por los administrativos, entre ellas, citas para retinopatías, mamografías, tac, densitometrías, libre elección del especialista, ambulancias, etc.
- **La atención al usuario en el punto de información**, es la comunicación directa y diaria del administrativo y facultativo que efectúan de forma de forma habitual y continua.

SUJETOS Y MÉTODOS

Se analizaron mediante un muestreo aleatorio simple todas las actividades que relacionaron en el centro de salud al administrativo con el facultativo[4], encontrando un volumen considerable de cometidos coordinados.

El estudio se dividió en dos trayectorias, la primera recogió las derivaciones que realizó el facultativo, en las que el paciente realizó los oportunos trámites en la unidad administrativa, y la segunda agrupó aquellas relaciones directas entre el administrativo y el facultativo, personal o telefónicamente que se originó como conclusión del primer análisis, para contrastar, o dar solución a las diferentes gestiones.

El muestreo se desarrolló durante el mes de septiembre de 2012, en horario de mañana, contando con el trabajo contrastado de equipo de ocho médicos y dos administrativos, en la unidad de

Correspondencia: Isabel M^a Rojas Bruno
UGC Algeciras-Sur "Saladillo"
C/. Santo Domingo de Guzmán, s/n.
11207 Algeciras (Cádiz)
E-mail: isabelmariarojasbru@hotmail.com

Recibido el 19-06-2013; aceptado para publicación el 16-09-2013
Med fam Andal. 2013; 3: 285-288

gestión clínica Algeciras-Sur, recogándose un volumen total de 417 trámites, que posteriormente se dividieron en los dos ejes del análisis.

Se contabilizaron aquellos trámites que fueron directamente derivados por los facultativos a los administrativos, ya que otros usuarios gestionaron sus asuntos de manera autónoma como por ejemplo solicitar la tarjeta por pérdida, cambiar de médico por decisión personal, y/o modificar el día de una cita para especialista[5].

RESULTADOS

Del análisis elaborado en el centro de salud, se extrajeron estas conclusiones (**Figura**):

Los cuatros primeros trámites realizados por los usuarios, donde los profesionales actuaron conjuntamente, sobre una muestra de 417 gestiones, el 100%, originaron estos resultados (**Tabla 1**):

- Las recetas visadas con un 42%, correspondieron a 175 trámites.
- Las citas para especialistas derivadas por los facultativos significó 154 gestiones, el 37% del muestreo.
- Las solicitudes de tarjetas sanitarias con un 12%, entrañaron 50 procedimientos.
- El 9% implicó 38 gestiones de modificaciones de datos, cambios médicos y desplazamientos.

El segundo eje o trayectoria del estudio recogió 209 relaciones de equipo administrativo y facultativo, que de manera detallada surgieron como fruto de los trámites anteriormente citados en la primera trayectoria, y que desprendió estos datos (**Tabla 2**):

- Por la falta de protocolos, variaciones, cambios de posologías, duración del tratamiento, medicamentos no prescritos o modificables, en las recetas visadas se produjeron 87 comunicaciones administrativo y facultativo, con un 42% de la muestra.
- Las modificaciones de datos personales, teléfonos, direcciones, pasivos en la base de

datos, y la falta de asistencia sanitaria descubiertas por los facultativos, y solventadas por los administrativos, sumaron 61 consultas con el 29%.

- 36 comunicaciones por modificaciones en derivaciones a especialistas se reflejaron con el 17% muestreado.
- La renovación de 15 desplazamientos caducados, suponen el 7%.
- El 5% se apoyó en 10 consultas del administrativo con facultativo para despejar dudas sobre las derivaciones del médico de atención primaria a libre elección de especialista.

DISCUSIÓN

La relación laboral entre el facultativo y el administrativo en la unidad de gestión clínica es diaria y habitual. Ambos profesionales unen sus trabajos y esfuerzos en la consecución de un fin, la atención al paciente/usuario[6].

En la mayoría de ocasiones son temas solucionados fácilmente, cambios, modificaciones de poca importancia, pero otras pueden originar complicaciones que provocan la implicación de terceros profesionales.

El punto de información no fue muestreado, aunque es una de las zonas donde las relaciones administrativo y facultativo son continuas en el centro de salud[7], quedando este sector pendiente de estudio. El análisis recogió las actividades gestionadas y tramitadas en la unidad administrativa.

La tarjeta sanitaria[8] fue uno de los trámites que más solicitaron los usuarios, siendo sugerida la petición por los facultativos en las consultas médicas, al detectarse errores en las tarjetas, necesarias para la prescripción de la receta electrónica, el acceso a los datos personales y médicos, etc. No por ello obtienen un alto porcentaje en los resultados, porque las recetas visadas y las derivaciones a especialistas suponen el mayor volumen de procesos derivados por los facultativos a los administrativos, formando estas materias, una importante parcela del trabajo de ambas categorías profesionales.

La comunicación conjunta en el trabajo implica desde el comienzo de la tarea que les une, hasta la finalización, una “dependencia”. En ocasiones es el facultativo quien contacta con el administrativo para cualquier consulta relacionada con un tema concreto que va a desarrollar: formato de solicitud correcto, vía para tramitar, especialistas con agenda abierta, entre otros. En estos casos, cambia el sentido, la trayectoria habitual, “la labor comienza en el administrativo”.

Para los profesionales del centro de salud, el trabajo en equipo, la comunicación y el compañerismo son vínculos fundamentales para la consecución de los objetivos deseados, eficacia y eficiencia en la unidad de gestión clínica de atención primaria.

BIBLIOGRAFÍA

- [1] El Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios. Boletín oficial del estado 2003; 254: 37893-902.
URL: <http://www.boe.es/boe/dias/2003/10/23/pdfs/A37893-37902.pdf>
- [2] Ley de Salud de Andalucía 2/1998 de 15 de junio. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía 1998; 74: iv.
URL: <http://www.juntadeandalucia.es/boja/1998/74/boletin.74.pdf>
- [3] Ley del Medicamento 25/1990 de 20 de diciembre [Disposición derogada]. Boletín Oficial del Estado 1990; 306: 38233 [art. 22] y 38242 [art. 94].
URL: <http://www.boe.es/boe/dias/1990/12/22/pdfs/A38228-38246.pdf>
- [4] Decreto 60/99, de 9 de marzo, por el que se regula la libre elección de médico general y pediatra en la Comunidad Autónoma de Andalucía. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía 1999; 43: 4338-39.
URL: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/derechos/DATA/SAS_DyD_ES.pdf
- [5] Decreto 128/97 de 6 de mayo, de libre elección de médico especialista y de hospital en el Sistema Sanitario Público Andaluz. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía 1997; 60:6253-54.
URL: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=/contenidos/derechos/LibreEleccion/D128_97_MEyH.pdf
- [6] Ley de Salud de Andalucía 2/1998 de 15 de junio. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía 1998; 74:8302-8315//Boletín Oficial del Estado 1998; 185:26392-26407.
URL: <http://www.juntadeandalucia.es/boja/boletines/1998/74/d/updf/d1.pdf>
- [7] Decreto 197/2007 de 3 de julio que regula la estructura, organización y funcionamiento de los servicios de atención primaria. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía 2007; 140:10-18.
URL: <http://www.juntadeandalucia.es/boja/2007/140/boletin.140.pdf>
- [8] Real Decreto 183/2004 de 30 de enero por el que se regula la tarjeta sanitaria individual. Boletín Oficial del Estado 37: 6386-88.
URL: <http://www.boe.es/boe/dias/2004/02/12/pdfs/A06386-06388.pdf>

Tabla 1.



Tabla 2.

Comunicación administrativo/facultativo. Muestra 209 consultas.

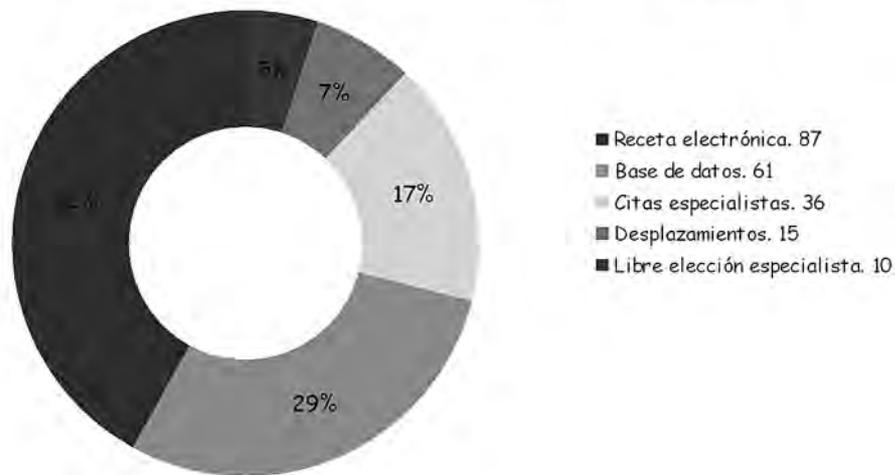


Figura: Recetas visadas, citas para especialistas, solicitudes de tarjetas sanitarias, gestiones de modificaciones de datos, cambios médicos, y desplazamientos, por este orden supusieron los mayores trámites en los que facultativos y administrativos actuaron conjuntamente.

CARTAS AL DIRECTOR

Cirugía menor en centro de salud urbano: técnica de winograd para onicocriptosis

Sr. Director:

La onicocriptosis es una patología común de la uña. Está causada por el traumatismo que desencadena la lámina ungueal al crecer, incrustándose y lesionando el rodete periungueal del dedo afecto. Esta patología produce dolor, inflamación y limitación funcional. Principalmente se localiza en el primer dedo del pie.

En la sala de cirugía menor del centro de salud Valdepeñas II (Ciudad Real), se intervino mediante la técnica Winograd a un paciente con onicocriptosis en estadio III.

Es una técnica quirúrgica indicada para la exéresis del rodete o mamelón periungueal hipertrófico (estadios IIB y III de onicocriptosis). También puede ser una técnica de elección para el abordaje en los casos de granulomas periungueales o quistes de inclusión.

El instrumental necesario para realizar esta técnica consta de: mango bisturí nº 3 y hoja bisturí nº 15, mosquito, pinza de Adson con dientes, escoplo, alicate inglés, gubia nº3, cucharilla de Wolkman, lima ósea, cizalla gubia, tijeras de Mayo y unas pinzas de cangrejo.

El paciente firma el consentimiento informado previa facilitación de la información sobre el procedimiento de la técnica Winograd y posibles complicaciones. La intervención se realiza bajo la asepsia del campo quirúrgico.

A continuación, tiene lugar el bloqueo anestésico del primer dedo y se prosigue a conseguir la hemostasia mediante un anillo hemostático que nos libere del sangrado que se pueda producir durante la intervención quirúrgica.

El primer paso del procedimiento consiste en realizar una separación, mediante el escoplo, de la lámina ungueal de las partes blandas circundantes, tanto de la zona lateral, debajo del eponiquio y por el hiponiquio (separando la placa ungueal

del lecho ungueal). Seguidamente, con el alicate inglés, se da un corte longitudinal y paralelo al canal ungueal de la espícula que está provocando el daño, desde la zona distal hasta la proximal, llegando al hiponiquio. Para finalizar el corte y llegar hasta la meseta de la falange (cuidando no lesionar la inserción del tendón extensor largo del dedo) emplearemos la gubia siguiendo el recorrido marcado por el alicate inglés.

Para el despegue del trozo ungueal, mediante la utilización de un mosquito, se debe realizar una flexión dorsal y rotación hacia la región medial del dedo, después se tracciona y se comprueba que ha salido toda la espícula, evitando que hayan quedado restos en la zona matricial. Posteriormente, se legra de forma muy minuciosa todo el canal ungueal y de la zona matricial, dificultando de esta manera recidivas. Para el legrado se emplea la cucharilla de Wolkman, cuidando la limpieza de la misma cada vez que extraemos restos de matriz (impidiendo introducir o esparcirlos por su interior). Luego, se lima todo el canal, lecho ungueal y periostio, sin dejar irregularidades ni restos.

Se hace una incisión profunda hasta llegar al periostio de la falange, que discurre desde el eponiquio hasta la zona distal del dedo; y una segunda incisión que se unirá con la primera incisión desde inicio hasta el final. Pero esta segunda incisión tendrá un carácter semielíptico, rodeando todo el tejido hipertrófico. El corte semielíptico se deberá de hacer de modo que controlemos el trazo del bisturí en los tejidos afectados, y para ello, se dará el corte en forma de sierra introduciendo y sacando el bisturí constantemente hasta finalizar la incisión.

Como variante de otras técnicas similares, se dejará un triángulo distal en la incisión para prevenir la posibilidad de recidivas de espículas, contribuyendo a la creación de un canal preparado para ello.

Una vez retirada la cuña de partes blandas, se legra nuevamente con cucharilla y después con lima

ósea, todo el nuevo canal preformado incluyendo el periostio, evitando dejar restos e irregularidades en el nuevo canal. Siempre se dirigen estos movimientos de limpieza desde la zona distal hasta la proximal, según la posición del profesional respecto al dedo. Una vez limpiado mediante suero fisiológico en abundancia, se procede a secar y aplicar unas gotas de corticoide (siempre y cuando no esté contraindicado para el paciente).

Por último, se coaptan los bordes mediante unos puntos simples con monofilamento en región distal y proximal de la uña, desde el mamelón hasta la zona central. Se depositan unas tiras de aproximación que abordan todo el dedo sin cerrar totalmente la circunferencia del dedo (Figura 1). Una vez suturada la herida, se libera la hemostasia para comprobar el sangrado y asegurarnos de que hay una adecuada perfusión postquirúrgica de los tejidos.

Aplicamos Povidona yodada, tul graso, gasas y un vendaje semicompresivo del dedo. Se le indicarán al paciente las siguientes recomendaciones: elevar el miembro, aplicación de frío local, deambulación precoz, curas locales a las 48 horas, a los 5 días y a los 13-15 días. Se aconseja retirar los puntos a los 7-10 días de la intervención. A partir de la retirada de puntos, dar baños o sumergir el pie en agua fría con sal y aplicar posteriormente Povidona yodada en la zona.



Bibliografía:

1. Álvarez-Calderón Iglesias O, Becerro de Ben goa R, Losa Iglesias M, Sánchez Gómez R, López López D. Técnica Winograd. A propósito de un caso. *Revista Internacional de Ciencias Podológicas*. 2008; 2 (2): 49-56.
2. Joel J. Heidelbaugh, Hobart Lee. Management of the ingrown toenail. *Am Fam Physician*. 2009; 79 (4): 303-308.
3. Martínez-Nova A, Sánchez-Rodríguez R, Alonso-Peña D. A new onychocryptosis classification and treatment plan. *J Am Podiatr Med Assoc*. 2007; 97:389-393.
4. Noel B. Surgery for ingrowing toenails. *Rev Med Suisse*. 2006; 2(63):1104-6, 1109-11.
5. Kovich OI, Soldano AC. Clinical pathologic correlations for diagnosis and treatment of nail disorders. *Dermatologic therapy*. 2007; 20:11-16.
6. Vázquez Maldonado B. Revisión de 680 uñas encarnadas intervenidas con técnica de Winograd. *Podol Clin*. 2004; 5: 58-60.

Juárez Jiménez MV

Médico de familia

Centro de Salud Valdepeñas II (Ciudad Real)

Baena Bravo AJ

De La Cruz Villamayor JA

Enfermero de Atención Primaria

Centro de Salud Valdepeñas II (Ciudad Real)

Estudiante 4º Grado de Podología

Universidad de Málaga

mariavillajuarezjimenez@gmail.com

Figura 1. Puntos de sutura y tiras de aproximación en primer dedo del pie izquierdo. Retirada de anillo hemostático. Ausencia de sangrado activo y correcta perfusión del primer dedo.

CARTAS AL DIRECTOR

Abordaje integral y multidisciplinar de la epidermólisis ampollosa como enfermedad crónica incurable y de mal pronóstico

Sr. Director:

La epidermólisis ampollosa o bullosa engloba un grupo heterogéneo de enfermedades hereditarias raras de la piel. Se caracteriza por una erupción de ampollas en la piel de forma espontánea o por traumatismos mínimos. Se asocia a menudo a manifestaciones extracutáneas. Se produce por defectos asociados a los queratinocitos basales y a la zona de la epidermis-membrana basal-dermis subyacente (mutaciones de los genes que codifican las proteínas: plectina, BP-230, colágeno XVII, integrina $\alpha 6 \beta 4$, colágeno VII y las placas de anclaje del sistema de anclaje de la epidermis a la dermis). Existen cuatro tipos de epidermólisis ampollosa: distrófica, simple, hemidesmosómica, de la unión y adquirida (trastorno autoinmunitario). Son generalmente hereditarias, pudiendo ser de carácter dominante o recesivo (3).

La atención primaria es el nivel asistencial ideal para ayudar a los pacientes con enfermedades crónicas, incurables y con mal pronóstico (5). Los cuidados en atención primaria se definen como: integrales (biológicos, psicológicos, sociales y espirituales); accesibles (es la puerta de entrada del sistema sanitario); coordinados (resuelve los problemas o los deriva a otros niveles asistenciales); longitudinales en el tiempo y esenciales (basados en técnicas psicoemocionales básicas).

Con el reconocimiento del derecho a la autonomía del paciente, la relación profesionales sanitarios-enfermo se establece en un modelo centrado en el paciente (respetando sus valores y permitiendo que participe en su proceso) (1).

La ética clínica nos obliga a un ejercicio continuo de responsabilidad (buscar la decisión correcta) basándonos en cuatro principios: no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia.

La comunicación es un "proceso" bi-direccional y se construye a partir de una buena relación

profesionales sanitarios-enfermo fundamentada en la confianza mutua (considerada uno de los aspectos más importantes del tratamiento del enfermo crónico). Ayuda al paciente a explorar sus propios sentimientos, pensamientos y comportamientos, para que en base a sus propios recursos, pueda lograr una situación de ajuste que le permita enfrentarse más equilibradamente a cada etapa de su enfermedad.

Esta enfermedad es un acontecimiento vital estresante de primer orden y un proceso dinámico, variable de persona a persona y entre familias, culturas... A pesar del mal pronóstico, el conocimiento que hay sobre su fisiopatología y su tratamiento nos permite recomendar unas medidas de autocuidado y tratamiento farmacológico (2).

La paciente recibe el protocolo de curas cada 48 horas de: limpieza con suero fisiológico, pomadas con acción antibiótica, poder antiinflamatorio y antifúngico y apósitos. Se cubre con tul-graso, gasas y compresas estériles. El modo de sujeción es mediante vendaje tubular del número 5 para las extremidades y del número 7 para el tórax y abdomen.

Se le aplica: la escala de Lawton para averiguar el grado de independencia según su nivel funcional (detecta el deterioro funcional más tempranamente), el Índice de Barthel como instrumento que evalúa 10 actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y permite conocer la evolución, el resultado del plan de cuidados y de los objetivos asistenciales y la escala de Braden que nos sirve para hacer una correcta valoración del riesgo de úlceras por presión, tomar las medidas necesarias para planificar y llevar a cabo un tratamiento.

Fue clave fundamental el crear una relación de confianza entre los profesionales, la paciente y la cuidadora principal (madre). La madre es el soporte emocional y físico de esta paciente y con la que se estableció una alianza terapéutica. La

madre aprendió habilidades en el cuidado personal y a comunicarse con la paciente. Se estimuló la expresión de sentimientos familia-enferma para que la paciente se sienta acompañada y una actitud de escucha hacia la paciente, dándole importancia al contacto físico. Además se exploró la salud psicofísica de la madre, se le asesoró en el cuidado de la hija, tratando que reparta la responsabilidad del cuidado y que busque períodos diarios de liberación de sus tareas. Se le preguntó regularmente cómo se encontraba y se le facilitaba y normalizaba la expresión de sentimientos.

Para identificar una posible "claudicación familiar", el equipo sanitario tiene el deber de comprender esta situación, intensificar los cuidados y aumentar nuestra disponibilidad (4). El médico de familia juega un papel primordial en la identificación de los problemas del cuidador; para proporcionar una atención útil se requiere un trabajo multidisciplinar: en el equipo de trabajo de Atención Primaria (donde resulta fundamental la actuación de la enfermería en la consulta ambulatoria y la domiciliaria) con los Servicios Sociales y con el equipo de Salud Mental si hay necesidad de una interconsulta o colaboración. El cuidador es una persona especialmente vulnerable para una amplia variedad de problemas de orden físico, psíquico y socio-familiar. En la detección precoz de la situación de sobrecarga de la cuidadora se usó dos instrumentos de medida: el Índice de Esfuerzo del Cuidador (Caregiver Burden Scale) y la Escala de Zarit reducida (versiones reducidas del Zarit Burden Interview) (6).

Para una adecuada actuación con la cuidadora se requirió un trabajo preventivo en tres niveles: en el primario identificando los factores de riesgo de la cuidadora, en el secundario detectando precozmente la aparición de la sobrecarga y en el terciario, una vez detectada la situación de sobrecarga; interviniendo para intentar evitar la progresión de los síntomas y retrasar la institucionalización. El bienestar de la cuidadora depende de: su propia salud, la información que posee sobre la enfermedad, la propia tarea de cuidar, su forma de enfrentarse a la situación de cuidado, la capacidad para superar momentos complicados, la ayuda que reciba de su familia (apoyo emocional y reconocimiento) y la capacidad de las instituciones para proporcionarle apoyo adecuado.

Se hizo el genograma para obtener información de la composición familiar, recursos de la familia para el cuidado, pérdidas anteriores, miembros que viven en el domicilio, edad de los hijos, posibles conflictos familiares... Se movilizaron todas las fuentes posibles de apoyo familiar y social para garantizar la continuidad de los cuidados (a la familia se le inculcó la idea de colaboración y trabajo en equipo). Se le informó sobre el diagnóstico y pronóstico. Se entrevistó a miembros de la familia para hacer un planteamiento general de la situación, dudas, recursos, plan de cuidados, disponibilidad de recursos y hablar de la comunicación de la familia con la paciente. Se estableció una asiduidad en la comunicación telefónica como herramienta de apoyo y seguimiento puntual. Se instruyó al paciente a identificar los habituales pensamientos automáticos que evocan sentimientos negativos y se le enseñó a frenarlos mediante detención de pensamiento e inocular ideas positivas (reestructuración cognitiva).

Las técnicas de intervención generales que desarrollamos se resumen con el acrónimo REFINO: relación, escucha, facilitación, informar, normalizar y orientar.

Si existe: falta de soporte personal, falta de trabajo en equipo de algunos profesionales, riesgo de "burnt out" (síndrome de agotamiento laboral o fatiga laboral crónica), representa mayor dificultad en el abordaje de estos pacientes.

Bibliografía:

1. Arboniés Ortiz JC. La comunicación en medicina paliativa: Hablar con el paciente terminal, descubrir sus necesidades y las de su familia. En: Astudillo W. edit. Alivio de las situaciones difíciles y del sufrimiento en la terminalidad. San Sebastián: SOVPAL; 2005. Capítulo I.
2. Ayarra M, Lizarraga S. Malas noticias y apoyo emocional. *Anales Sis San Navarra*. 2001; 24: 55-63.
3. Fine JD, Eady RA, Bauer EA, Bauer JW, Bruckner-Tuderman L, Heagerty A, et al. The classification of inherited epidermolysis bullosa (EA): Report of the Third International Consensus Meeting on Diagnosis and Classification of EA. *J Am Acad Dermatol*. 2008; 58: 931-50.

4. Fürst CJ, Doyle D. The terminal phase. En: Doyle D, Hanks G, Cherny N, Claman K, editors. Oxford Textbook of Palliative Medicine. 3rd ed. New York: Oxford University Press; 2004. p. 1119-33.

5. Prigerson HG, Vanderwerker LC, Maciejewski PK. A case for inclusion of prolonged grief disorder in DSM-5". In: Stroebe MS, Hansson RO, Schut H. Handbook of Bereavement Research and Practice: Advances in Theory and intervention. Washington DC: American Psychological Association; 2008; p. 165-86.

6. Regueiro Martínez AA, Pérez-Vázquez A, Gómara Villabona SM, Ferreiro Cruz MC. Escala de Zarit reducida para la sobrecarga del cuidador en atención primaria. Aten Primaria. 2007; 39(4): 185-8.

Juárez Jiménez MV

Médico de familia

Centro de Salud Valdepeñas II (Ciudad Real)

Baena Bravo AJ

Enfermero de Atención Primaria

Centro de Salud Valdepeñas II (Ciudad Real)

mariavillajuarezjimenez@gmail.com

¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO?

Dificultad miccional en varón joven

Sánchez Linares LM¹, Quesada Fernández TM¹, Vega Jiménez MA², Fernández-Figares Montes C², Muñoz Galán MD³, Domínguez Santaella M³

¹Residentes de tercer año de la Unidad Docente de MFyC de Málaga

²Residentes de cuarto año de la Unidad Docente de MFyC de Málaga

³Médicos adjuntos de MFyC de Distrito Sanitario Málaga

Varón de 31 años que acude a consulta refiriendo dificultad miccional, chorro entrecortado y de poco calibre, esfuerzo para iniciar la micción, tenesmo vesical, disuria al inicio de la micción y nicturia (2-3 veces), de 6 meses de evolución. No fiebre. No otros síntomas asociados.

Antecedentes personales: No alergia medicamentosa conocida. No enfermedades conocidas. No tratamiento habitual. Cirugías previas: fimosis. No hábitos tóxicos.

Exploración física: consciente y orientado, buen estado general, bien hidratado y perfundido, eupneico en reposo. Pulsos carotídeos palpables y simétricos, no adenopatías, tonos cardíacos rítmicos, sin soplos ni roces, murmullo vesicular conservado y simétrico en ambos campos pulmonares, abdomen blando y depresible, sin masas ni megalias, no doloroso a la palpación, puñopercusión renal bilateral negativa, extremidades sin edemas, ni signos de trombosis venosa.

Pruebas complementarias realizadas desde atención primaria:

- Analítica de sangre: con hemograma, bioquímica con PCR (proteína C reactiva) y coagulación con TP (tiempo de protrombina) y TPTA (tiempo parcial de tromboplastina activada) dentro de la normalidad.
- Analítica de orina con sistemático (Nitritos, leucocitos y hemoglobina) y sedimento de orina negativos.
- Cultivo de orina negativo.

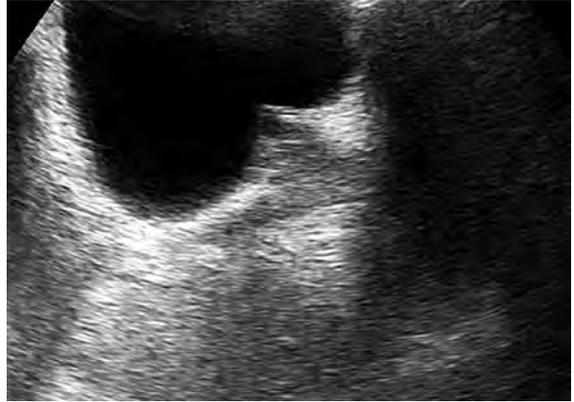
- Ante el estudio preliminar negativo, decidimos derivación a consulta de urología, para estudio más completo.

Pruebas complementarias realizadas en urología:

- Ecografía abdominal (realizada en consulta de urología): sistema urinario sin alteraciones.
- Uretrografía retrógrada con una uretra anterior de calibre y morfología normal.
- Flujometría con una Q_{máx.} (flujo máximo) de 5 ml/seg para volumen de 161 cc sin residuo.
- Estudio urodinámico (presión-flujo) con conclusión final de inestabilidad vesical y obstrucción urinaria.

Evolución: tras estos resultados, se inicia tratamiento con alfabloqueantes (tamsulosina 0.4mg 1 comprimido al día) y con revisión a los 6 meses. Tras 3 meses de tratamiento y sin presentar mejoría clínica con tratamiento prescrito desde consulta especializada, el paciente acude de nuevo a atención primaria refiriendo no presentar mejoría de los síntomas a pesar del tratamiento. También refiere desde hace 2 meses molestias en hipocondrio derecho tipo cólico biliar. Para descartar litiasis biliar, decidimos ampliar el estudio con una nueva ecografía abdominal programada.

En resultado ecográfico se detecta crecimiento de lóbulo prostático medio, y se vuelve a derivar a consulta de urología ante tal hallazgo. A continuación se muestran las imágenes ecográficas:



A. ¿Cuál es su diagnóstico?

- 1.- Hiperplasia Benigna de próstata
- 2.- Cáncer de próstata.
- 3.- Quiste de utrículo prostático.
- 4.- Infección urinaria en el varón.
- 5.- Prostatitis aguda.
- 6.- Prostatitis crónica.

B. ¿Cuál es el tratamiento más adecuado para su diagnóstico?

- 1.- Tratamiento antibiótico durante 7 días.
- 2.- Resección transuretral (RTU) programada.
- 3.- No hacer nada.
- 4.- Prostatectomía total.
- 5.- Prostatectomía parcial.

¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO?

Doctor, ¿qué son estas manchas?

Páez Sánchez L¹, Guerrero Ponce JP², Granados López B¹, Valle Gallardo V³

¹MFyC-R4. CS la Merced Cádiz

²MFyC. CS La Merced, Cádiz

³MFyC-R2. CS la Merced Cádiz

Acude a nuestra consulta de atención primaria un varón de 23 años, refiriendo la aparición de unas manchas blancas que localiza en el tórax y en la espalda. La primera lesión apareció hace 3 años, coincidiendo con el periodo estival y, progresivamente, han ido apareciendo otras, de características similares en otras áreas del tronco.

El paciente describe una hipopigmentación alrededor de unos nevus melanocíticos preexistentes, con posterior desaparición de los nevus, en algunos casos, y persistencia de la lesión hipopigmentada.

No ha presentado prurito, ni sangrado, aunque si describe un eritema precediendo a la despigmentación en una de las lesiones.

Interrogamos al paciente sobre sus antecedentes familiares y personales, destacando vitiligo en

una abuela paterna, ya fallecida. El paciente no presenta otros antecedentes médicos personales o familiares de interés.

La madre, que acompaña al paciente, expresa su preocupación por si se tratará de la misma patología que presentó la abuela del joven.

A la exploración se observan cinco lesiones en el tronco de características similares. Macroscópicamente, se visualiza, en todas ellas, un halo leucodérmico de despigmentación con un nevus melanocítico central. En dos de las lesiones, el nevus tiene un color marrón oscuro, pero tres de ellas presentan un color rosado pálido. La Macula acrómica que rodea a los nevus está bien definida, es simétrica y uniforme, presentando un diámetro máximo de 2 cms. En la región lumbar podemos observar otra macula acrómica sin nevus central de 1 cm de diámetro.



Figura 1. Región dorsolumbar del paciente con tres máculas acrómicas, en dos de ellas se observa nevus central. La lesión más caudal no presenta nevus.

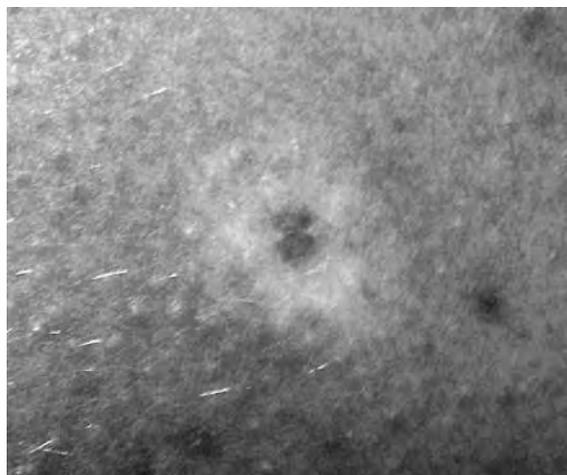


Figura 2. Halo hipocrómico uniforme con mácula central rosada.

1. ¿Cuál es tu diagnóstico?

- a) Tiña corporis.
- b) Halo nevus.
- c) Vitíligo.
- d) Nevus de Meyerson.
- e) Melanoma.

2. ¿Cuál sería el manejo terapéutico?

- a) Cirugía.
- b) Corticoide tópico durante 5 días.
- c) Antimicótico tópico durante 10 días.
- d) Crioterapia.
- e) Revisión periódica de las lesiones.

Comentarios a CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO (del Vol. 14, Núm. 2) (Med fam Andal 2013; 14:196-197)

Respuestas razonadas

Juárez Jiménez M^aV¹, Simão Aiex L², Ramírez Picó A¹, Pérez Milena A³

¹Médico de Familia

²Médico Interno Residente. Centro de Salud El Valle (Jaén)

³Médico de Familia. Centro de Salud El Valle (Jaén)

Diagnóstico

1-d) Respuesta correcta: La *acalasia* es un trastorno motor esofágico primario de origen idiopático, que se desarrolla independientemente de otras patologías. Cursa con trastorno de hipermotilidad. Es la más frecuente. Existe una hipertoniá del EEI, hipertrofia muscular y alteración del peristaltismo (aperistalsis). La causa es desconocida aunque se conoce que estos pacientes presentan degeneración de neuronas inhibitorias cuyos neurotransmisores (óxido nítrico y péptido intestinal vasoactivo) son responsables de la relajación del músculo liso y de la peristalsis. Aparece entre la tercera y quinta décadas de la vida, afectando a ambos sexos por igual, con una incidencia de 1-2 casos por 100.000 habitantes/año.

El síntoma clave es la disfagia que suele ser de larga evolución, intermitente, generalmente para sólidos y líquidos. Además puede aparecer pirosis, dolor torácico (64% casos, en ocasiones intenso), salivación intensa, regurgitación de alimentos y tos de predominio nocturno. Puede haber desnutrición y pérdida ponderal si la disfagia es importante (1).

El diagnóstico se confirma con manometría esofágica (técnica "patrón oro") cuyo patrón es la falta de relajación del EEI asociado a ausencia de peristalsis del cuerpo esofágico (acalasia clásica). También serían diagnósticas las ondas simultáneas de gran amplitud, hablaríamos en este caso de *acalasia vigorosa*. Se suele acompañar de la realización de una endoscopia digestiva alta para descartar otra patología (cáncer, linfoma, espasmo esofágico difuso) y valorar esofagitis acompañante. En la radiografía esofagoduodenal

seriada se objetiva la imagen característica en "cola de ratón" (2).

1-a) Respuesta incorrecta: *cáncer esofágico*: son carcinomas, que se presentan en el epitelio, o en la superficie que recubre el esófago. Se clasifican en *carcinoma de células escamosas*, la neoplasia maligna más común en el esófago que se presenta en hombres adultos de más de 50 años con mayor incidencia en la raza negra y generalmente asociado a la ingesta de alcohol y tabaco, y *adenocarcinomas*, asociados a pacientes con antecedentes de reflujo gastroesofágico y esófago de Barrett.

La disfagia es el primer síntoma en la mayoría de los pacientes, aunque también puede estar acompañado de odinofagia. Los líquidos y la comida blanda usualmente son bien tolerados y no presentan problemas al momento de la deglución, mientras las sustancias sólidas o más voluminosas les presentan más dificultad a los pacientes. La pérdida de peso está relacionada a la pobre nutrición, por la odinofagia, y a la progresión del cáncer. El dolor (quemante) puede ser severo o inclusive agravarse por la deglución. Un signo prematuro es el cambio de voz, que conforme progresa la enfermedad se va volviendo más ronca y rasposa.

Se altera la peristalsis normal y da lugar a náuseas, vómitos, regurgitación de la comida y tos, e incluso neumonía (complicación frecuente). Algunas veces la superficie del tumor puede ser frágil y origina hematemesis. El crecimiento progresivo del tumor puede comprimir estructuras locales derivando en síndrome de la vena cava

superior. Además se puede desarrollar una fístula entre el esófago y la tráquea, incrementando el riesgo de neumonía. En fases avanzadas, puede existir metástasis en hígado y aparece ictericia, ascitis y metástasis en pulmón provocando disnea, derrame pleural.

Factores de riesgo para el cáncer de esófago: edad mayores de 60 años, sexo hombre, antecedentes familiares, tabaquismo e ingesta de alcohol, nitrosamina (sustancia dietética), Síndrome de Plummer-Vinson, Tilosis y Síndrome de Howel-Evans, radioterapia por enfermedades en mediastino, enfermedad celíaca predispone el carcinoma de células escamosas, Enfermedad de reflujo gastroesofágico y el esófago de Barrett incrementan el riesgo de cáncer de esófago, debido a la irritación crónica de la mucosa (el adenocarcinoma es más común en esta condición, mientras que todos los demás factores de riesgo predisponen más para el carcinoma de células escamosas) y la obesidad (3). Su incidencia en Europa occidental es de 5 casos por cada 100,000 habitantes, mientras que en el sudeste de África y en otras áreas como Irán o China las tasas de incidencia superan los 100 casos por cada 100,000 habitantes. Predomina en varones, con una relación hombre/mujer de 4:1, aunque en algunas zonas esta relación se reduce. En radiografía con contraste se demuestra la presencia de un tumor en aproximadamente el 80% de los casos. Sin embargo, la mejor forma de hacer el diagnóstico es con la esofagogastroscoopia, ya que permite la toma de biopsia. La realización de nuevos análisis se hace para estimar el estado del tumor. La Tomografía computarizada (TC) de tórax, abdomen y pelvis, puede estadiar el tumor). La sensibilidad de la TC se ve limitada por su capacidad para detectar masas (por ejemplo, ganglios linfáticos agrandados o de órganos involucrados) en general, de más de 1 cm. La exploración por FDG-PET (tomografía por emisión de positrones) se utiliza también para estimar las masas de tumor que son metabólicamente activas.

La mayoría de los tumores del esófago son malignos. Menos del 10% son leiomiomas (tumor de músculo liso) o tumores del estroma gastrointestinal. Los tumores malignos son en general los adenocarcinomas, carcinomas de células escamosas, y, en ocasiones, carcinomas de células pequeñas.

El tratamiento está determinado por el tipo celular de cáncer (adenocarcinoma o carcinoma de células escamosas *vs* otros tipos), la fase de la enfermedad, el estado general del paciente y otras enfermedades presentes en el paciente. La cirugía (esofagectomía) es posible si la enfermedad es localizada, que es el caso en el 20-30% de todos los pacientes. La quimioterapia depende del tipo del tumor, pero el tratamiento suele ser con Cisplatino (Carboplatino u Oxaliplatino) cada tres semanas y con Fluorouracilo (5-FU) de manera continua o cada tres semanas. En estudios más recientes, la adición de Epirrubicina (ECF) fue mejor comparado con otros regímenes en cáncer avanzado no extirpable (4). La quimioterapia puede darse después de la cirugía (como adyuvante para reducir el riesgo de reincidencia), antes de la cirugía (neoadyuvante) o si la cirugía no es posible, se usa cisplatino y 5-FU.

La radioterapia se da antes, durante o después de la quimioterapia o la cirugía, y, a veces, de forma independiente para controlar los síntomas. En los pacientes con enfermedad localizada pero con contraindicaciones para cirugía, la "radioterapia radical" puede ser utilizada con finalidad curativa.

El pronóstico del cáncer de esófago es bastante malo, porque una gran parte de los pacientes se diagnostican en estados avanzados: la tasa global de supervivencia a los 5 años (TS5A) es menor del 5%. El pronóstico individualizado depende mayoritariamente del estadio del cáncer. Aquellos pacientes con un cáncer restringido a la mucosa tienen aproximadamente una TS5A del 80%, pero se reduce a menos del 50% cuando alcanza la submucosa. La extensión a la capa muscular propia del esófago representa una supervivencia a los 5 años del 20%, y la extensión a las estructuras adyacentes al esófago representa un 7% de TS5A. Los pacientes con metástasis a distancia (en los que no está indicada la resección quirúrgica) tienen una supervivencia a los 5 años por debajo del 3%. De todos los pacientes a los que se les somete a cirugía con intención curativa, la TS5A es solamente de alrededor del 25%.

1-b) Respuesta incorrecta: *Linfoma*: el linfoma MALT es un Linfoma no Hodgkin de células B, extranodal, encuadrado dentro del grupo de los *linfomas de la zona marginal* (junto a los Lin-

fomas B Esplénico y Linfoma B Ganglionar *de la zona marginal*). Es un Linfoma que predomina en la edad adulta, más frecuente en mujeres y que constituye el 5-10 % de las neoplasias gástricas. A pesar de representar tan solo el 2-3% de los linfomas, la localización gástrica supone el 70% de los extra-ganglionares.

Otras localizaciones del Linfoma tipo MALT son el pulmón, cabeza y cuello, anexos oculares, tiroides, piel, mama y resto del tracto gastrointestinal. La biopsia se realiza mediante endoscopia (5) y es la única forma de establecer el diagnóstico permitiendo clasificarlo histológicamente en Linfoma Malt de bajo grado y de alto grado. La TAC proporciona el estado de diseminación del Linfoma y contribuyendo a otra clasificación (Ann Arbor para los linfomas extra ganglionares): Estadio IE, IIE, IIIE, IVE. Etiológicamente suele existir antecedente de enfermedad autoinmune o inflamatoria, en concreto al linfoma MALT se le asocia con el Síndrome de Sjögren, tiroiditis de Hashimoto y gastritis asociada a *Helicobacter pylori* (6). En la clínica, merece mención síntomas como dolor abdominal, pérdida de peso, fatiga, sensación de plenitud, náuseas y vómitos y hasta en un 10-20% de casos, según algunos autores es posible palpar masa abdominal. Para marcar la pauta de tratamiento y ofrecer un pronóstico es fundamental establecer: la histología del tumor, el grado de infiltración, el estadio en el que se encuentra diseminado el tumor.

1-c) Respuesta incorrecta: *espasmo esofágico difuso*: Es el segundo trastorno motor más frecuente ubicado en los trastornos motores esofágicos primarios. Afecta a mayores de 50 años, en ambos sexos por igual. Se caracteriza por ondas peristálticas simultáneas asociadas a ondas de características normales (existen criterios manométricos establecidos para el diagnóstico de esta entidad). Cursa con dolor torácico y a menudo con disfagia que se desencadena con estrés, líquidos calientes o la ingesta rápida de alimentos. Es importante comprobar su asociación con ERGE, en cuyo caso se beneficiarían del tratamiento con IBPs a dosis doble, aunque no suele ser suficiente. Se han utilizado en estos casos los calcioantagonistas y nitratos, en dosis iguales a las de acalasia. Otra línea de tratamiento son los ansiolíticos y antidepresivos, pues hay estudios que afirman que hasta el 82% de los pacientes tienen asociado algún trastorno

psiquiátrico. Cirugía, dilataciones y toxina botulínica tienen resultados muy pobres (2).

1-e) Respuesta incorrecta: *enfermedad de Chagas ó tripanosomiasis americana o Mal de Chagas-Mazza*, es una enfermedad parasitaria tropical, generalmente crónica, causada por el protozoo flagelado *Trypanosoma cruzi* es transmitido por varias especies de insectos hematófagos de triatominos. Estos vectores se encuentran en grandes cantidades en la naturaleza, donde se transmiten al parásito entre otras muchas especies de mamíferos que constituyen el reservorio natural (armadillos, marsupiales, roedores, murciélagos y primates, perros, gatos), y en las zonas endémicas que viven en los rincones y grietas de viviendas precarias, reconocida por la OPS (Organización Panamericana de la Salud) como una enfermedad de la pobreza. Los insectos se infectan al chupar la sangre de los seres humanos u otros mamíferos que han tripomastigotes circulantes (7). Es endémica de América. Tiene una mayor prevalencia en las regiones rurales más pobres de América Latina (8).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que la enfermedad de Chagas afecta entre 16 y 18 millones de personas en el mundo, y que hay alrededor de unos 35 millones de personas infectadas con unos 100 millones (25% de la población de Latinoamérica) de personas que estarían en riesgo de contraer la enfermedad, matando anualmente a cerca de 50 mil personas. La enfermedad presenta tres estados: la fase aguda, poco después de la infección, la fase indeterminada y la fase crónica que puede desarrollarse incluso pasados diez años después de la infección inicial. Aparecen síntomas de demencia, miocardiopatía y algunas veces la dilatación del tracto digestivo (megacolon y megaesófago) así como también puede haber pérdida de peso. Problemas de deglución pueden desembocar en la desnutrición del paciente. Después de pasar varios años en un estado asintomático, 27% de aquellos infectados desarrollarán daños cardíacos, 6% tendrán daños digestivos y un 3% presentarán con trastornos del sistema nervioso periférico. Sin tratamiento, la enfermedad de Chagas puede ser mortal, por lo general debido al componente de miocardiopatía. La primera consideración en el diagnóstico de enfermedad de Chagas aguda es una historia coherente con la exposición a *T. cruzi*.

El diagnóstico de la enfermedad de Chagas aguda se realiza mediante la detección de parásitos. En muchos casos, los parásitos también se puede ver en los frotis de Giemsa. La infección crónica *T. cruzi* suele diagnosticarse mediante la detección de anticuerpos Ig G que se unen específicamente a antígenos del parásito. El tratamiento consiste en administración Nifurtimox, y Benznidazol, En la fase aguda, la administración de estos medicamentos ayuda a controlar la enfermedad y disminuyen la probabilidad de cronicidad en más de un 90% de los casos. Actualmente, existe otro fármaco, Posaconazol, que aumenta su efectividad al ser combinado con Amiodarona y su mecanismo de acción es inhibir la síntesis del Ergosterol y así el parásito (*Tripanosoma cruzi*) no puede sobrevivir.

Tratamiento

2-c) Respuesta correcta: dilatación esofágica.

A grandes rasgos, el planteamiento terapéutico consiste en:

- tratamiento farmacológico o toxina botulínica, en pacientes de alto riesgo quirúrgico.
- dilataciones neumáticas (al menos 2, es la opción costoefectiva) y si fracasa cirugía, en pacientes bajo riesgo quirúrgico.

Es el tratamiento endoscópico, el tratamiento más efectivo a largo plazo (9). **Las dilataciones neumáticas** tienen riesgo de microperforaciones y suelen producir reflujo gastroesofágico que responde bien a inhibidores de la bomba de protones (IBPs).

Otras respuestas:

Si se opta por el **tratamiento farmacológico** cabe resaltar que es poco eficaz y estaría indicado en pacientes no susceptibles de otro tratamiento. Incluye: Calciontagonistas (Nifedipino: 10 mg oral o sublingual antes de la ingesta) o, si el paciente refiere dolor torácico, Dinitrato de isosorbide (5mg oral o sublingual antes de las comidas ó 20mg retard cada 12 horas).

En la práctica, con los pacientes jóvenes se prefiere comenzar directamente por la cirugía (10). El tratamiento **quirúrgico** mediante miotomía

anterior de fibras del EEI que suele asociarse a funduplicatura para evitar el reflujo gastroesofágico tiene una eficacia a los 10 años del 85% y a los 20 del 65%.

La administración de **toxina botulínica** se trata de una técnica muy segura y sin apenas complicaciones de interés, se realiza por vía endoscópica. El principal inconveniente es que su eficacia va disminuyendo a partir de los 3-4 meses, por lo que se precisan inyecciones de repetición. Tiene mayor éxito terapéutico en mayores de 50 años y en la acalasia vigorosa (éxito del 100%). Las inyecciones de repetición no contraindican ni dificultan la cirugía posteriormente (11).

Bibliografía

1. Eckardt VF, Stauf B, Bernhard G. Chest pain in achalasia: patient characteristics and clinical course. *Gastroenterology*. 1999; 116:1300-4
2. Mittal RK, Bhalla V. Oesophageal motor functions and its disorders. *Gut*. 2004; 53: 1536-42
3. Wong A, Fitzgerald RC. Epidemiologic risk factors for Barrett's esophagus and associated adenocarcinoma. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2005; 3:1-10
4. Ross P, Nicolson M, Cunningham D, Valle J, Seymour M, Harper P, et al. Prospective randomized trial comparing mitomycin, cisplatin, and protracted venous-infusion fluorouracil (PVI 5-FU) with epirubicin, cisplatin, and PVI 5-FU in advanced esophagogastric cancer. *J Clin Oncol*. 2002; 20:1996-2004
5. Byrne MF, Jowell PS. Gastrointestinal imaging: endoscopic ultrasound. *Gastroenterology*. 2002; 122:1631-48.
6. Alpen B, Neubauer A, Dierlamm J, Marynen P, Thiede C, Bayerdorfer E, et al. Translocation t (11;18) absent in early gastric marginal zone B-cell lymphoma of MALT type responding to eradication of Helicobacter pylori infection. *Blood*. 2000; 95:4014-5.
7. Tartarotti E, Azeredo-Oliveira MT, Ceron CR. Phylogenetic approach to the study of Triatomines (Triatominae, Heteroptera). *Braz J Biol*. 2006; 66(2B):703-708

8. Lennox HA, Karcz DA, Tales H, El Masri M. Chagas Disease: clinical overview and implications for nursing. *Medsurg Nurs*. 2007.

9. Leyden JE, Moss AC, MacMathuna P. Dilatación neumática endoscópica versus inyección de toxina botulínica en el tratamiento de la acalasia primaria (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*,

2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd.

10. Zaninotto G, Costantini M, Rizzetto C, Ancona E. Acalasia: estrategias terapéuticas. *Cir Esp*. 2004; 75: 117-22.

11. Annese V, Bassotti G. Non-surgical treatment of esophageal achalasia. *World J Gastroenterol*. 2006; 12: 5763-6.



Figura 1. El esofagograma con papilla de bario muestra el típico aspecto de «pico de ave y/o cola de ratón» del esófago distal.

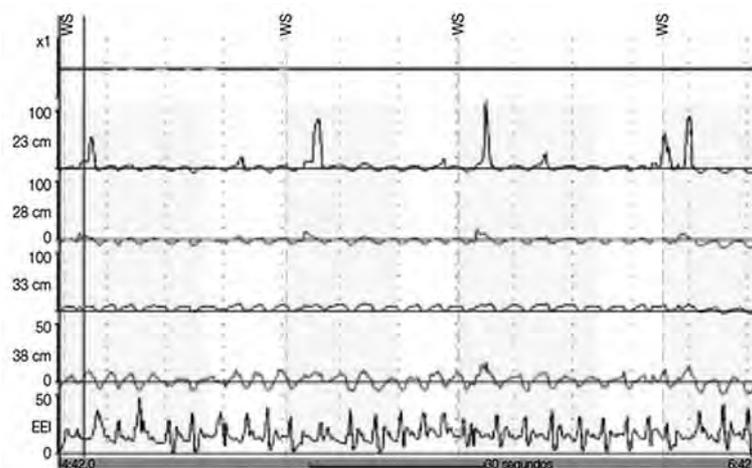


Figura 2. Trazado manométrico demuestra la ausencia de peristaltismo (contracciones aperistálticas) a lo largo del cuerpo esofágico, un aumento de la presión intraesofágica y la falta de relajación del esfínter esofágico inferior.

PUBLICACIONES DE INTERÉS / ALERTA BIBLIOGRÁFICA

(1 de Mayo a 31 de Agosto de 2013)

Manteca González A

Médico de Familia. Centro de Salud El Palo

Los artículos publicados entre el 1 de Mayo de 2013 a 31 de Agosto 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

MAYO

ANNALS OF INTERNAL MEDICINE

Raman G, Moorthy D, Hadar N, Dahabreh IJ, O'Donnell TF, Thaler DE, et al. Management strategies for asymptomatic

carotid stenosis: a systematic review and meta-analysis. *Ann Intern Med.* 2013; 158:676-685 [M,II]

23648949
ESTRATEGIAS DE MANEJO DE LA ESTENOSIS CAROTÍDEA ASINTOMÁTICA: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y META-ANÁLISIS

Moyer VA; U.S. Preventive Services Task Force*. Vitamin D and calcium supplementation to prevent fractures in adults: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med.* 2013; 158:691-696 [M,III]

23440163
SUPLEMENTOS DE CALCIO Y VITAMINA D PARA PREVENIR FRACTURAS EN ADULTOS: DECLARACIÓN DE RECOMENDACIÓN DEL US PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE

Nestle M, Nesheim MC. To supplement or not to supplement: the U.S. Preventive Services Task Force recommendations on calcium and vitamin D. *Ann Intern Med.* 2013; 158:701-702 [M,III]

23440174
SUPLEMENTAR O NO SUPLEMENTAR: RECOMENDACIONES DEL US PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE SOBRE EL CALCIO Y LA VITAMINA D

Kao D, Bucher Bartelson B, Khatri V, Dart R, Mehler PS, Katz D, et al. Trends in reporting methadone-associated cardiac arrhythmia, 1997-2011: an analysis of registry data. *Ann Intern Med.* 2013; 158:735-740 [T,II]

23689766
TENDENCIAS EN LOS INFORMES SOBRE ARRITMIA CARDIACA ASOCIADA A METADONA, 1997-2011: ANÁLISIS DE DATOS DE LOS REGISTROS

O'Connor E, Gaynes BN, Burda BU, Soh C, Whitlock EP. Screening for and treatment of suicide risk relevant to primary care: a systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2013; 158:741-754 [M,II]

23609101
CRIBAJE Y TRATAMIENTO DEL RIESGO RELEVANTE DE SUICIDIO EN ATENCIÓN PRIMARIA: REVISIÓN SISTEMÁTICA PARA EL US PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE

Qaseem A, Barry MJ, Denberg TD, Owens DK, Shekelle P; Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians*. Screening for prostate cancer: a guidance statement from the Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. *Ann Intern Med.* 2013; 158:761-769 [M,III]

23567643
CRIBAJE DEL CÁNCER DE PRÓSTATA: DECLARACIÓN DE ORIENTACIÓN DEL COMITÉ DE GUÍAS CLÍNICAS DEL AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS

Repetto L, Abbatecola AM, Paolisso G. "The older, the wiser" in prostate cancer treatment choices? *Ann Intern Med.* 2013; 158:772-773 [AO,I]

23689767

¿"LO MÁS ANTIGUO, LO MÁS SABIO" EN LAS ELECCIONES DE TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA?

ATENCIÓN PRIMARIA

Fernández-Liz E ¿Cómo revisar la medicación en los pacientes pluripatológicos? *Aten Primaria*. 2013; 45:233-234 [AO,I] 23684377
¿CÓMO REVISAR LA MEDICACIÓN EN LOS PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS?

Galván-Banqueri M, González-Méndez AI, Alfaro-Lara ER, Nieto-Martín MD, Pérez-Guerrero C, Santos-Ramos B. Evaluación de la adecuación del tratamiento farmacológico en pacientes pluripatológicos. *Aten Primaria*. 2013; 45:235-243 [T,I] 23337466
EVALUACIÓN DE LA ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS

Brenes FJ, Cozar JM, Esteban M, Fernández-Pro A, Molero JM. Criterios de derivación en incontinencia urinaria para atención primaria. *Aten Primaria*. 2013; 45:263-273 [R,II] 23623519
CRITERIOS DE DERIVACIÓN EN INCONTINENCIA URINARIA PARA ATENCIÓN PRIMARIA

Segura A, Giner V. El consumo sanitario inapropiado y la trivialización de la medicina. *Aten Primaria*. 2013; 45:274-277 [AO,II] 23218832
EL CONSUMO SANITARIO INAPROPIADO Y LA TRIVIALIZACIÓN DE LA MEDICINA

BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY

Baldwin DS, Foong T. Antidepressant drugs and sexual dysfunction. *Br J Psychiatry*. 2013; 202:396-397 [AO,I] 23732933
ANTIDEPRESIVOS Y DISFUNCIÓN SEXUAL

Rajyaguru P, Cooper M. Role of dietary supplementation in attention-deficit hyperactivity disorder. *Br J Psychiatry*. 2013; 202:398-399 [AO,I] 23732934
PAPEL DE LOS SUPLEMENTOS DIETÉTICOS EN EL TRASTORNO DE HIPERACTIVIDAD Y DÉFICIT DE ATENCIÓN

Strech D, Mertz M, Knüppel H, Neitzke G, Schmidhuber M. The full spectrum of ethical issues in dementia care: systematic qualitative review. *Br J Psychiatry*. 2013; 202:400-406 [M,II] 23732935
ESPECTRO COMPLETO DE ASPECTOS ÉTICOS DE LA ATENCIÓN A LA DEMENCIA: REVISIÓN SISTEMÁTICA CUALITATIVA

BRITISH MEDICAL JOURNAL

Reid IC. Are antidepressants overprescribed? No. *BMJ*. 2013; 346:f190 [AO,I] 23341567
¿SE PRESCRIBEN EN EXCESO LOS ANTIDEPRESIVOS? NO

Spence D. Are antidepressants overprescribed? Yes. *BMJ*. 2013; 346:f191 [AO,I] 23341568
¿SE PRESCRIBEN EN EXCESO LOS ANTIDEPRESIVOS? SÍ

Vickers AJ, Ulmert D, Sjöberg DD, Bennette CJ, Björk T, Gerdtson A, et al. Strategy for detection of prostate cancer based on relation between prostate specific antigen at age 40-55 and long term risk of metastasis: case-control study. *BMJ*. 2013; 346:f2023 [CC,II] 23596126

ESTRATEGIA PARA LA DETECCIÓN DEL CÁNCER DE PRÓSTATA BASADA EN LA RELACIÓN ENTRE EL PSA A LOS 40-55 AÑOS DE EDAD Y EL RIESGO DE METÁSTASIS A LARGO PLAZO: ESTUDIO DE CASO-CONTROL

Toren P, Margel D, Kulkarni G, Finelli A, Zlotta A, Fleshner N. Effect of dutasteride on clinical progression of benign prostatic hyperplasia in asymptomatic men with enlarged prostate: a post hoc analysis of the REDUCE study. *BMJ*. 2013; 346:f2109 [EC,I] 23587564

EFEECTO DEL DUTASTERIDE SOBRE LA PROGRESIÓN CLÍNICA DE LA HIPERPLASIA BENIGNA DE PRÓSTATA EN HOMBRES ASINTOMÁTICOS CON PRÓSTATA AGRANDADA: ANÁLISIS POST HOC DEL ESTUDIO REDUCE

Eurich DT, Simpson S, Senthilselvan A, Asche CV, Sandhu-Minhas JK, McAlister FA. Comparative safety and effectiveness of sitagliptin in patients with type 2 diabetes: retrospective population based cohort study. *BMJ*. 2013; 346:f2267 [S,II] 23618722

SEGURIDAD Y EFECTIVIDAD COMPARADAS DE LA SITA-GLIPTINA EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2: ESTUDIO RETROSPECTIVO DE COHORTE POBLACIONAL

Mathews JD, Forsythe AV, Brady Z, Butler MW, Goergen SK, Byrnes GB, et al. Cancer risk in 680 000 people exposed to computed tomography scans in childhood or adolescence: data linkage study of 11 million Australians. *BMJ*. 2013; 346:f2360 [S,II] 23694687

RIESGO DE CÁNCER EN 680.000 PERSONAS EXPUESTAS A TAC EN LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA: ESTUDIO DE DATOS ENLAZADOS DE 11 MILLONES DE AUSTRALIANOS

Lavigne E, Holowaty EJ, Pan SY, Villeneuve PJ, Johnson KC, Fergusson DA, et al. Breast cancer detection and survival among women with cosmetic breast implants: systematic review and meta-analysis of observational studies. *BMJ*. 2013; 346:f2399 [M,II] 23637132

DETECCIÓN DE CÁNCER DE MAMA Y SUPERVIVENCIA ENTRE MUJERES CON IMPLANTES DE MAMA COSMÉTICOS: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS DE ESTUDIOS OBSERVACIONALES

Van Vugt SF, Broekhuizen BD, Lammens C, Zuithoff NP, de Jong PA, Coenen S, et al; GRACE consortium. Use of serum C reactive protein and procalcitonin concentrations in addition to symptoms and signs to predict pneumonia in patients presenting to primary care with acute cough: diagnostic study. *BMJ*. 2013; 346:f2450 [T,I] 23633005

USO DE LAS CONCENTRACIONES DE PCR SÉRICO Y PROCALCITONINA ADEMÁS DE LOS SÍNTOMAS Y SIGNOS PARA PREDECIR NEUMONÍA EN PACIENTES QUE ACUDEN CON TOS A LA ATENCIÓN PRIMARIA: ESTUDIO DIAGNÓSTICO

Schouten HJ, Geersing GJ, Koek HL, Zuithoff NP, Janssen KJ, Douma RA, et al. Diagnostic accuracy of conventional or age adjusted D-dimer cut-off values in older patients with suspected venous thromboembolism: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2013; 346:f2492 [M,II] 23645857

- EXACTITUD DIAGNÓSTICA DE LOS VALORES DE CORTE DEL DÍMERO D, TANTO CONVENCIONAL COMO AJUSTADO A LA EDAD, EN PACIENTES MAYORES CON SOSPECHA DE TROMBOEMBOLISMO VENOSO: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS
- Edmiston R, Mitchell C. Hearing loss in adults. *BMJ*. 2013; 346:f2496 [R,I]
23618723
PÉRDIDA DE AUDICIÓN EN ADULTOS
- Roland M, Paddison C. Better management of patients with multimorbidity. *BMJ*. 2013; 346:f2510 [AO,I]
23641032
UN MEJOR MANEJO DE LOS PACIENTES CON PLURIMORBILIDAD
- Pilling S, Mayo-Wilson E, Mavranzouli I, Kew K, Taylor C, Clark DM; Guideline Development Group. Recognition, assessment and treatment of social anxiety disorder: summary of NICE guidance. *BMJ*. 2013; 346:f2541 [M,II]
23697669
RECONOCIMIENTO, VALORACIÓN Y TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD SOCIAL: RESUMEN DE LA GUÍA NICE
- Hippisley-Cox J, Coupland C, Brindle P. Derivation and validation of QStroke score for predicting risk of ischaemic stroke in primary care and comparison with other risk scores: a prospective open cohort study. *BMJ*. 2013; 346:f2573 [M,II]
23641033
DERIVACIÓN Y VALIDACIÓN DE LA TABLA QSCORE PARA PREDECIR EL RIESGO DE ICTUS ISQUÉMICO EN ATENCIÓN PRIMARIA Y COMPARACIÓN CON OTRAS TABLAS DE RIESGO: ESTUDIO DE COHORTE PROSPECTIVA ABIERTA
- Carter AA, Gomes T, Camacho X, Juurlink DN, Shah BR, Mamdani MM. Risk of incident diabetes among patients treated with statins: population based study. *BMJ*. 2013; 346:f2610 [S,II]
23704171
RIESGO DE INCIDENCIA DE DIABETES ENTRE PACIENTES TRATADOS CON ESTATINAS: ESTUDIO POBLACIONAL
- Dawson AL, Dellavalle RP. Acne vulgaris. *BMJ*. 2013; 346:f2634 [R,I]
23657180
ACNÉ VULGAR
- Dennis J, Ramsay T, Turgeon AF, Zarychanski R. Helmet legislation and admissions to hospital for cycling related head injuries in Canadian provinces and territories: interrupted time series analysis. *BMJ*. 2013; 346:f2674 [T,I]
23674137
LEGISLACIÓN SOBRE EL CASCO E INGRESOS EN EL HOSPITAL POR HERIDAS EN LA CABEZA RELACIONADAS CON EL CICLISMO EN LAS PROVINCIAS Y TERRITORIOS DE CANADÁ: ANÁLISIS DE SERIE TEMPORAL INTERRUPTIDA
- Bird J, Biggs T, Thomas M, Salib R. Adult acute rhinosinusitis. *BMJ*. 2013; 346:f2687 [R,I]
23667070
RINOSINUSITIS AGUDA EN EL ADULTO
- Stone S, Kontowski G, Gallagher R, Storr J, Teare L. Keeping hand hygiene high on the patient safety agenda. *BMJ*. 2013; 346:f2699 [AO,I]
23635917
MANTENER LA HIGIENE DE MANOS EN LO ALTO DE LOS PLANES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE
- Moynihan R. The future of medicine lies in truly shared decision making. *BMJ*. 2013; 346:f2789 [AO,I]
23674138
EL FUTURO DE LA MEDICINA DESCANSA SOBRE LA VERDADERA TOMA DE DECISIONES COMPARTIDA
- Tiefer L, Witzak K, Heath I. A call to challenge the "Selling of Sickness". *BMJ*. 2013; 346:f2809 [AO,II]
23674139
LLAMAMIENTO A DESAFIAR A LA "VENTA DE ENFERMEDADES"
- Fields E, Chard J, Murphy MS, Richardson M; on behalf of the Guideline Development Group and technical team. Assessment and initial management of feverish illness in children younger than 5 years: summary of updated NICE guidance. *BMJ*. 2013; 346:f2866 [M,II]
23697671
VALORACIÓN Y TRATAMIENTO INICIAL DE LA ENFERMEDAD FEBRIL EN LOS NIÑOS DE MENOS DE 5 AÑOS: RESUMEN DE LA GUÍA NICE ACTUALIZADO
- Davies E. Will MOOCs transform medicine? *BMJ*. 2013; 346:f2877 [AO,I]
¿VAN A TRANSFORMAR LA MEDICINA LOS MOOC?
- Kennedy A, Bower P, Reeves D, Blakeman T, Bowen R, Chew-Graham C, et al; Salford National Institute for Health Research Gastrointestinal programme Grant Research Group. Implementation of self management support for long term conditions in routine primary care settings: cluster randomised controlled trial. *BMJ*. 2013; 346:f2882 [EC,II]
23670660
PUESTA EN MARCHA DE LA AYUDA EN EL AUTOMANEJO DE ENFERMEDADES DE LARGA DURACIÓN EN LOS DISPOSITIVOS HABITUALES DE ATENCIÓN PRIMARIA: ENSAYO CONTROLADO ALEATORIZADO AGRUPADO
- Sugarman J. Implications of universal screening for HIV infection. *BMJ*. 2013; 346:f2957 [AO,I]
23657191
IMPLICACIONES DEL CRIBAJE UNIVERSAL DE LA INFECCIÓN POR VIH
- Maffulli N. Autologous blood products in musculoskeletal medicine. *BMJ*. 2013; 346:f2979 [AO,I]
23667073
PRODUCTOS AUTÓLOGOS DE LA SANGRE EN LA MEDICINA OSTEOMUSCULAR
- McKinstry B, Hanley J, Wild S, Pagliari C, Paterson M, Lewis S et al. Telemonitoring based service redesign for the management of uncontrolled hypertension: multicentre randomised controlled trial. *BMJ*. 2013; 346:f3030 [EC,I]
REDISEÑO DEL SERVICIO BASADO EN LA TELEMONITORIZACIÓN PARA EL MANEJO DE LA HIPERTENSIÓN NO CONTROLADA: ENSAYO CONTROLADO ALEATORIZADO MULTICÉNTRICO
- Segal J. Should we be reassured about sitagliptin? *BMJ*. 2013; 346:f3051 [AO,I]
23674336
¿DEBERÍAMOS REASEGURARNOS RESPECTO A LA SITA-GLIPTINA?
- Sodickson A. CT radiation risks coming into clearer focus. *BMJ*. 2013; 346:f3102 [AO,I]
23694689
TRAER LOS RIESGOS DE LA RADIACIÓN POR TAC A LA CLARIDAD DE LOS FOCOS

McCartney M. Antibiotics for back pain: hope or hype? *BMJ*. 2013; 346:f3122 [AO,I]

23674340

ANTIBIÓTICOS PARA EL DOLOR DE ESPALDA: ¿ESPERANZA O EXAGERACIÓN?

Gupta K, Trautner BW. Diagnosis and management of recurrent urinary tract infections in non-pregnant women. *BMJ*. 2013; 346:f3140 [R,I]

23719637

DIANÓSTICO Y MANEJO DE LAS INFECCIONES RECURREN-
TES DE VÍAS URINARIAS EN MUJERES NO EMBARA-
ZADAS

Huupponen R, Viikari J. Statins and the risk of developing dia-
betes. *BMJ*. 2013; 346:f3156 [AO,I]

ESTATINAS Y RIESGO DE DESARROLLAR DIABETES

D'Souza S, Guptha S. Preventing admission of older people to
hospital. *BMJ*. 2013; 346:f3186 [AO,I]

23690461

PREVENIR EL INGRESO DE LOS ANCIANOS EN EL HOS-
PITAL

Sedgwick P. Statistical question: P values or confidence intervals?
BMJ. 2013; 346:f3212 [AO,I]

PREGUNTA ESTADÍSTICA: ¿VALORES P O INTERVALOS DE
CONFIANZA?

CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION JOURNAL

Fletcher J. Exemplary medicine: why doctors should practise
what they preach. *CMAJ*. 2013; 185:635 [AO,I]

23670866

MEDICINA EJEMPLARIZANTE: ¿POR QUÉ LOS MÉDICOS
DEBERÍAN PRACTICAR LO QUE PREDICAN?

Gardam M, Lemieux C. Mandatory influenza vaccination?
First we need a better vaccine. *CMAJ*. 2013; 185:639-640
[AO,I]

23529962

¿VACUNA ANTIGRIPIAL OBLIGATORIA? PRIMERO SE
NECESITA UNA VACUNA MEJOR

Gandell D, Straus SE, Bundookwala M, Tsui V, Alibhai SM.
Treatment of constipation in older people. *CMAJ*. 2013;
185:663-670 [R,I]

23359042

TRATAMIENTO DEL ESTREÑIMIENTO EN LAS PERSONAS
MAYORES

Kuwert P, Pietrzak RH, Glaesmer H. Trauma and posttraumatic
stress disorder in older adults. *CMAJ*. 2013; 185:685 [R,I]

23339159

TRAUMA Y TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN
ANCIANOS

Koskenkorva T, Koivunen P, Koskela M, Niemela O, Kristo A,
Alho OP. Short-term outcomes of tonsillectomy in adult
patients with recurrent pharyngitis: a randomized controlled
trial. *CMAJ*. 2013; 185:E331-E336 [EC,II]

23549975

RESULTADOS A CORTO PLAZO DE LA TONSILECTOMÍA EN
PACIENTES ADULTOS CON FARINGITIS RECURRENTE:
ENSAYO CONTROLADO ALEATORIZADO

Young JW, Juurlink DN. Tramadol. *CMAJ*. 2013; 185:E352 [R,I]

23509136

TRAMADOL

CIRCULATION

Gold DR, Mittleman MA. New insights into pollution and the
cardiovascular system: 2010 to 2012. *Circulation*. 2013;
127:1903-1913 [R,II]

23648681

NUEVAS REFLEXIONES SOBRE CONTAMINACIÓN Y SISTE-
MA CARDIOVASCULAR: 2010 A 2012

Anderson JL, Halperin JL, Albert NM, Bozkurt B, Brindis RG,
Curtis LH, et al. Management of patients with atrial fibril-
lation (Compilation of 2006 ACCF/AHA/ESC and 2011
ACCF/AHA/HRS Recommendations): a report of the
American College of Cardiology/American Heart Associa-
tion Task Force on Practice Guidelines. *Circulation*. 2013;
127:1916-1926 [M,III]

23545139

MANEJO DE PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR
(COMPILACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES ACCF/AHA/
ESC 2006 Y ACCF/AHA/HRS 2011): INFORME DEL ACC/
AHA TASK FORCE SOBRE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Jackson R, Kerr A, Wells S. Vascular risk calculators: essential but
flawed clinical tools? *Circulation*. 2013; 127:1929-1931 [AO,I]

23580778

CALCULADORES DE RIESGO VASCULAR: ¿HERRAMIENTAS
CLÍNICAS ESENCIALES PERO DEFECTUOSAS?

Allan GM, Nouri F, Korownyk C, Kolber MR, Vandermeer B,
McCormack J. Agreement among cardiovascular disease risk
calculators. *Circulation*. 2013; 127:1948-1956 [T,II]

23575355

CONCORDANCIA ENTRE LOS CALCULADORES DE RIESGO
DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

Rutherford JD. Digital clubbing. *Circulation*. 2013; 127:1997-
1999 [AO,I]

23671180

DEDOS EN PALILLO DE TAMBOR

DIABETES CARE

Arjona JC, Marre M, Barzilai N, Guo H, Golm GT, Sisk CM, et al.
Efficacy and safety of sitagliptin versus glipizide in patients
with type 2 diabetes and moderate-to-severe chronic renal
insufficiency. *Diabetes Care*. 2013; 36:1067-1073 [EC,I]

23248197

EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA SITAGLIPTINA FRENTE A LA
GLIPIZIDA EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 E INSU-
FICIENCIA RENAL CRÓNICA DE MODERADA A GRAVE

Rubin RR, Peyrot M, Gaussoin SA, Espeland MA, Williamson D,
Faulconbridge LF, et al; Look AHEAD Research Group. Four-
year analysis of cardiovascular disease risk factors, depres-
sion symptoms, and antidepressant medicine use in the Look
AHEAD (Action for Health in Diabetes) clinical trial of weight
loss in diabetes. *Diabetes Care*. 2013; 36:1088-1094 [EC,II]

23359362

ANÁLISIS DE CUATRO AÑOS DE FACTORES DE RIESGO
DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR, SÍNTOMAS DE
DEPRESIÓN Y USO DE MEDICAMENTOS ANTIDEPRESI-
VOS EN EL ENSAYO CLÍNICO LOOK AHEAD DE PÉRDIDA
DE PESO EN LA DIABETES

Morrison F, Shubina M, Goldberg SI, Turchin A. Performance of
primary care physicians and other providers on key process
measures in the treatment of diabetes. *Diabetes Care*. 2013;
36:1147-1152 [S,II]

23230095

RENDIMIENTO DE LOS MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA Y DE OTROS PROFESIONALES SOBRE MEDIDAS CLAVE DE PROCESO EN EL TRATAMIENTO DE LA DIABETES

Tanaka S, Tanaka S, Iimuro S, Yamashita H, Katayama S, Akanuma Y, et al; Japan Diabetes Complications Study Group and the Japanese Elderly Diabetes Intervention Trial Group. Predicting macro- and microvascular complications in type 2 diabetes: the Japan Diabetes Complications Study/ the Japanese Elderly Diabetes Intervention Trial risk engine. *Diabetes Care*. 2013; 36:1193-1199 [M,II]

23404305

PREDECIR COMPLICACIONES MACRO Y MICROVASCULARES EN LA DIABETES TIPO 2: CALCULADOR DE RIESGO DEL JAPAN DIABETES COMPLICATIONS STUDY/THE JAPANESE ELDERLY DIABETES INTERVENTION TRIAL

Danaei G, García LA, Fernandez O, Hernán MA. Statins and risk of diabetes: an analysis of electronic medical records to evaluate possible bias due to differential survival. *Diabetes Care*. 2013; 36:1236-1240 [T,II]

23248196

ESTATINAS Y RIESGO DE DIABETES: ANÁLISIS DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS ELECTRÓNICAS PARA EVALUAR POSIBLE SESGO DEBIDO A DIFERENCIAL DE SUPERVIVENCIA

Reis JP, Hankinson AL, Loria CM, Lewis CE, Powell-Wiley T, Wei GS, et al. Duration of abdominal obesity beginning in young adulthood and incident diabetes through middle age: the CARDIA study. *Diabetes Care*. 2013; 36:1241-1247 [S,II]

23248193

DURACIÓN DEL COMIENZO DE LA OBESIDAD ABDOMINAL EN LA JUVENTUD E INCIDENCIA DE DIABETES DURANTE LA EDAD MEDIANA: ESTUDIO CARDIA

Gerstein HC, Ambrosius WT, Danis R, Ismail-Beigi F, Cushman W, Calles J, et L; ACCORD Study Group. Diabetic retinopathy, its progression, and incident cardiovascular events in the ACCORD trial. *Diabetes Care*. 2013; 36:1266-1271 [EC,II]

23238658

RETINOPATÍA DIABÉTICA, SU PROGRESIÓN E INCIDENCIA DE ACONTECIMIENTOS CARDIOVASCULARES EN EL ENSAYO ACCORD

Jakicic JM, Egan CM, Fabricatore AN, Gaussoin SA, Glasser SP, Hesson LA, et al; Look AHEAD Research Group. Four-year change in cardiorespiratory fitness and influence on glycemic control in adults with type 2 diabetes in a randomized trial: the Look AHEAD trial. *Diabetes Care*. 2013; 36:1297-1303 [EC,II]

23223405

CAMBIO EN CUATRO AÑOS EN LA APTITUD CARDIORRESPIRATORIA E INFLUENCIA SOBRE EL CONTROL GLUCÉMICO EN ADULTOS CON DIABETES TIPO 2 EN UN ENSAYO ALEATORIZADO: ENSAYO LOOK AHEAD

Hong J, Zhang Y, Lai S, Lv A, Su Q, Dong Y, et al; SPREAD-DIMCAD Investigators. Effects of metformin versus glipizide on cardiovascular outcomes in patients with type 2 diabetes and coronary artery disease. *Diabetes Care*. 2013; 36:1304-1311 [EC,I]

23230096

EFFECTOS DE LA METFORMINA FRENTE A LA GLIPIZIDA SOBRE LOS RESULTADOS CARDIOVASCULARES EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 Y ENFERMEDAD ARTERIAL CORONARIA

Tsur A, Feldman BS, Feldhammer I, Hoshen MB, Leibowitz G, Balicer RD. Decreased serum concentrations of 25-hydroxy-

cholecalciferol are associated with increased risk of progression to impaired fasting glucose and diabetes. *Diabetes Care*. 2013; 36:1361-1367 [S,I]

23393216

LAS CONCENTRACIONES SÉRICAS DISMINUIDAS DE 25-HIDROXICOLECALCIFEROL SE ASOCIAN CON AUMENTO DEL RIESGO DE PROGRESIÓN HACIA GLUCEMIA BASAL ALTERADA Y DIABETES

Seaquist ER, Anderson J, Childs B, Cryer P, Dagogo-Jack S, Fish L, et al. Hypoglycemia and diabetes: a report of a workgroup of the American Diabetes Association and the Endocrine Society. *Diabetes Care*. 2013; 36:1384-1395 [M,III]

23589542

HIPOGLUCEMIA Y DIABETES: INFORME DE UN GRUPO DE TRABAJO DE LA AMERICAN DIABETES ASSOCIATION Y LA ENDOCRINE SOCIETY

Song Y, Wang L, Pittas AG, Del Gobbo LC, Zhang C, Manson JE, et al. Blood 25-hydroxy vitamin D levels and incident type 2 diabetes: a meta-analysis of prospective studies. *Diabetes Care*. 2013; 36:1422-1428 [M,II]

23613602

NIVELES SANGUÍNEOS DE 25-HIDROXI-VITAMINA D E INCIDENCIA DE DIABETES TIPO 2: METAANÁLISIS DE ESTUDIOS PROSPECTIVOS

Leal J, Hayes AJ, Gray AM, Holman RR, Clarke PM. Temporal validation of the UKPDS outcomes model using 10-year posttrial monitoring data. *Diabetes Care*. 2013; 36:1541-1546 [EC,II]

23275370

VALIDACIÓN TEMPORAL DEL MODELO DE RESULTADOS DEL UKPDS USANDO DATOS DE MONITORIZACIÓN POST-ENSAYO A LOS 10 AÑOS

Preis SR, Pencina MJ, Mann DM, D'Agostino RB Sr, Savage PJ, Fox CS. Early-adulthood cardiovascular disease risk factor profiles among individuals with and without diabetes in the Framingham Heart study. *Diabetes Care*. 2013; 36:1590-1596 [S,II]

23340887

PERFILES DE RIESGO DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN LA VIDA ADULTA TEMPRANA ENTRE INDIVIDUOS CON Y SIN DIABETES EN EL ESTUDIO FRAMINGHAM HEART

Katon JG, Reiber GE, Nelson KM. Peripheral neuropathy defined by monofilament insensitivity and diabetes status: NHANES 1999-2004. *Diabetes Care*. 2013; 36:1604-1606 [T,II]

23275365

NEUROPATÍA PERIFÉRICA DEFINIDA POR LA INSENSIBILIDAD AL MONOFILAMENTO EN EL ESTADO DE DIABETES: NHANES 1999-2004

TODAY Study Group. Rapid rise in hypertension and nephropathy in youth with type 2 diabetes: the TODAY clinical trial. *Diabetes Care*. 2013; 36:1735-1741 [EC,II]

23704672

RÁPIDO AUMENTO DE LA HIPERTENSIÓN Y LA NEFROPATÍA EN LOS JÓVENES CON DIABETES TIPO 2: ENSAYO CLÍNICO TODAY

Linder BL, Fradkin JE, Rodgers GP. The TODAY study: an NIH perspective on its implications for research. *Diabetes Care*. 2013; 36:1775-1776 [AO,I]

23704678

ESTUDIO TODAY: PERSPECTIVA DE LOS NIH SOBRE SUS IMPLICACIONES PARA LA INVESTIGACIÓN

DRUGS

Keating GM. Insulin degludec and insulin degludec/insulin aspart: a review of their use in the management of diabetes mellitus. *Drugs*. 2013; 73:575-593 [R,II]

23620200

INSULINA DEGLUDEEC E INSULINA DEGLUDEEC/INSULINA ASPART: REVISIÓN DE SU USO EN EL TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS

Carter NJ, Plosker GL. Rivaroxaban: a review of its use in the prevention of stroke and systemic embolism in patients with atrial fibrillation. *Drugs*. 2013; 73:715-739 [R,II]

23677801

RIVAROXABÁN: REVISIÓN DE SU USO EN LA PREVENCIÓN DEL ICTUS Y EL EMBOLISMO SISTÉMICO EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR

Carter NJ. Inhaled glycopyrronium bromide: a review of its use in patients with moderate to severe chronic obstructive pulmonary disease. *Drugs*. 2013; 73:741-753 [R,II]

23677802

BROMURO DE GLUCOPIRRONIO INHALADO: REVISIÓN DE SU USO EN PACIENTES CON EPOC DE MODERADO A GRAVE

EUROPEAN HEART JOURNAL

Chapman MJ, Giral P, Barter PJ. The conundrum of C-reactive protein as a risk marker for cardiovascular risk assessment: insight from EPIC-Norfolk and JUPITER. *Eur Heart J*. 2013; 34:1318-1320 [AO,I]

23482520

EL ENIGMA DE LA PROTEÍNA C REACTIVA COMO MARCADOR DE RIESGO EN LA VALORACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR: REFLEXIÓN SOBRE EPIC-NORFOLK Y JUPITER

Sondermeijer BM, Boekholdt SM, Rana JS, Kastelein JJ, Wareham NJ, Khaw KT. Clinical implications of JUPITER in a contemporary European population: the EPIC-Norfolk prospective population study. *Eur Heart J*. 2013; 34:1350-1357 [S,II]

23449857

IMPLICACIONES CLÍNICAS DEL JUPITER EN UNA POBLACIÓN EUROPEA CONTEMPORÁNEA: ESTUDIO PROSPECTIVO DE POBLACIÓN EPIC-NORFOLK

Zittermann A, Kuhn J, Dreier J, Knabbe C, Gummert JF, Börgermann J. Vitamin D status and the risk of major adverse cardiac and cerebrovascular events in cardiac surgery. *Eur Heart J*. 2013; 34:1358-1364 [S,I]

23315905

ESTADO DE VITAMINA D Y RIESGO DE ACONTECIMIENTOS ADVERSOS IMPORTANTES CARDIACOS Y CEREBROVASCULARES EN CIRUGÍA CARDIACA

Tomson J, Emberson J, Hill M, Gordon A, Armitage J, Shipley M, et al. Vitamin D and risk of death from vascular and non-vascular causes in the Whitehall study and meta-analyses of 12 000 deaths. *Eur Heart J*. 2013; 34:1365-1374 [M,II]

23257953

VITAMINA D Y RIESGO DE MUERTE POR CAUSAS VASCULARES Y NO VASCULARES EN EL ESTUDIO WHITEHALL Y METAANÁLISIS DE 12.000 MUERTES

Braunwald E. Chronic heart failure: a look through the rear view mirror. *Eur Heart J*. 2013; 34:1391-1392 [AO,I]

23103661

INSUFICIENCIA CARDIACA CRÓNICA: MIRADA POR EL RETROVISOR

Pocock SJ, Ariti CA, McMurray JJ, Maggioni A, Køber L, Squire IB, et al; Meta-Analysis Global Group in Chronic Heart Failure (MAGGIC). Predicting survival in heart failure: a risk score based on 39 372 patients from 30 studies. *Eur Heart J*. 2013; 34:1404-1413 [M,II]

23095984

PREDECIR LA SUPERVIVENCIA EN LA INSUFICIENCIA CARDIACA: TABLA DE RIESGO BASADA EN 39.372 PACIENTES DE 30 ESTUDIOS

van Veldhuisen DJ, Van Gelder IC, Ahmed A, Gheorghiadu M. Digoxin for patients with atrial fibrillation and heart failure: paradise lost or not? *Eur Heart J*. 2013; 34:1468-1470 [AO,I]

23324547

DIGOXINA EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR E INSUFICIENCIA CARDIACA: ¿PARAÍSO PERDIDO O NO?

Kirchhof P, Curtis AB, Skanes AC, Gillis AM, Samuel Wann L, John Camm A. Atrial fibrillation guidelines across the Atlantic: a comparison of the current recommendations of the European Society of Cardiology/European Heart Rhythm Association/European Association of Cardiothoracic Surgeons, the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association/Heart Rhythm Society, and the Canadian Cardiovascular Society. *Eur Heart J*. 2013; 34:1471-1474 [M,III]

2335653

GUÍAS SOBRE FIBRILACIÓN AURICULAR A TRAVÉS DEL ATLÁNTICO: COMPARACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES ACTUALES DE LAS EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY/EUROPEAN HEART RHYTHM ASSOCIATION/EUROPEAN ASSOCIATION OF CARDIOTHORACIC SURGEONS, LAS AMERICAN COLLEGE OF CARDIOLOGY FOUNDATION/AMERICAN HEART ASSOCIATION/HEART RHYTHM SOCIETY, Y LA CANADIAN CARDIOVASCULAR SOCIETY

Hijazi Z, Oldgren J, Siegbahn A, Granger CB, Wallentin L. Biomarkers in atrial fibrillation: a clinical review. *Eur Heart J*. 2013; 34:1475-1480 [R,I]

23386711

BIOMARCADORES EN LA FIBRILACIÓN AURICULAR: REVISIÓN CLÍNICA

Whitbeck MG, Charnigo RJ, Khairy P, Ziada K, Bailey AL, Zegar MM, et al. Increased mortality among patients taking digoxin--analysis from the AFFIRM study. *Eur Heart J*. 2013; 34:1481-1488 [S,II]

23186806

AUMENTO DE MORTALIDAD ENTRE PACIENTES QUE TOMAN DIGOXINA-- ANÁLISIS DEL ESTUDIO AFFIRM

Gheorghiadu M, Fonarow GC, van Veldhuisen DJ, Cleland JG, Butler J, Epstein AE, et al. Lack of evidence of increased mortality among patients with atrial fibrillation taking digoxin: findings from post hoc propensity-matched analysis of the AFFIRM trial. *Eur Heart J*. 2013; 34:1489-1497 [S,II]

23592708

FALTA DE PRUEBAS DE AUMENTO DE MORTALIDAD ENTRE PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR QUE TOMAN DIGOXINA: HALLAZGOS DEL ANÁLISIS EMPAREJADO DE TENDENCIA POST-HOC DEL ENSAYO AFFIRM

Connolly SJ, Eikelboom J, Dorian P, Hohnloser SH, Gretler DD, Sinha U, et al. Betrixaban compared with warfarin in patients with atrial fibrillation: results of a phase 2, randomized, dose-ranging study (Explore-Xa). *Eur Heart J*. 2013; 34:1498-1505 [EC,II]

23487517

BETRIXABAN COMPARADO CON WARFARINA EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR: RESULTADOS DE

UN ESTUDIO DE AMPLITUD DE DOSIS, ALEATORIZADO, EN FASE 2 (EXPLORE-XA)

FAMILY MEDICINE

Kruse RL, Olsberg JE, Oliver DP, Shigaki CL, Vetter-Smith MJ, Lemaster JW. Patient-provider communication about diabetes self-care activities. *Fam Med.* 2013; 45:319-322 [C,I] 23681682

COMUNICACIÓN ENTRE EL PACIENTE Y EL PROFESIONAL SOBRE LAS ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO EN LA DIABETES

Young RA, Bayles B, Benold TB, Hill JH, Kumar KA, Burge S. Family physicians' perceptions on how they deliver cost-effective care: a qualitative study from the Residency Research Network of Texas (RRNeT). *Fam Med.* 2013; 45:311-318 [C,I] 23681681

PERCEPCIONES DE LOS MÉDICOS DE FAMILIA DE CÓMO PROPORCIONAN UNA ATENCIÓN RENTABLE: ESTUDIO CUALITATIVO DE LA RRNeT

Dai H, Fang L, Malouin RA, Huang L, Yokosawa KE, Liu G. Family medicine training in China. *Fam Med.* 2013; 45:341-344 [R,I] 23681686

FORMACIÓN EN MEDICINA DE FAMILIA EN CHINA

Scherger J. The inherent cost-effectiveness of family physicians. *Fam Med.* 2013; 45:309-310 [AO,II] 23681680

LA RENTABILIDAD INHERENTE DE LOS MÉDICOS DE FAMILIA

GACETA SANITARIA

Benavides FG, Ruiz-Forès N, Delclós J, Domingo-Salvany A. Consumo de alcohol y otras drogas en el medio laboral en España. *Gac Sanit.* 2013; 27:248-253 [T,I] 22840438

CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS EN EL MEDIO LABORAL EN ESPAÑA

Ortún V. Las encrucijadas de la atención primaria. *Gac Sanit.* 2013; 27:193-195 [AO,II] 23578523

LAS ENCRUCIJADAS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

Hoffmann R, Plug I, Khoshaba B, McKee M, Mackenbach JP; AMIEHS working group. Mortalidad tratable revisada: el estudio AMIEHS. *Gac Sanit.* 2013; 27:199-206 [T,II] 23207428

MORTALIDAD TRATABLE REVISADA: EL ESTUDIO AMIEHS

Román B, Ribas L, Ngo J, Serra L. Validación en población catalana del cuestionario internacional de actividad física. *Gac Sanit.* 2013; 27:254-257 [T,I] 23103093

VALIDACIÓN EN POBLACIÓN CATALANA DEL CUESTIONARIO INTERNACIONAL DE ACTIVIDAD FÍSICA

Fuentes-García A, Sánchez H, Lera L, Cea X, Albala C. Desigualdades socioeconómicas en el proceso de discapacidad en una cohorte de adultos mayores de Santiago de Chile. *Gac Sanit.* 2013; 27:226-232 [S,II] 23291031

DESIGUALDADES SOCIOECONÓMICAS EN EL PROCESO DE DISCAPACIDAD EN UNA COHORTE DE ADULTOS MAYORES DE SANTIAGO DE CHILE

Blanco A, Urbanos R, Thuissard IJ. Evolución de la prestación real media en España por edad y sexo (1998-2008) y su repercusión en las proyecciones de gasto sanitario público. *Gac Sanit.* 2013; 27:220-225 [CE,II] 23140979

EVOLUCIÓN DE LA PRESTACIÓN REAL MEDIA EN ESPAÑA POR EDAD Y SEXO (1998-2008) Y SU REPERCUSIÓN EN LAS PROYECCIONES DE GASTO SANITARIO PÚBLICO

Aller MB, Vargas I, Waibel S, Coderch-Lassaletta J, Sánchez-Pérez I, Llopart JR, et al. Factores asociados a la continuidad asistencial entre atención primaria y atención secundaria ambulatoria experimentada por los usuarios en el sistema de salud catalán. *Gac Sanit.* 2013; 27:207-213 [T,I] 22981418

FACTORES ASOCIADOS A LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y ATENCIÓN SECUNDARIA AMBULATORIA EXPERIMENTADA POR LOS USUARIOS EN EL SISTEMA DE SALUD CATALÁN

JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION

Gossett DR, Kiley JW, Hammond C. Contraception is a fundamental primary care service. *JAMA* 2013;309:1997-1998 [AO,II] 23677310

LA ANTICONCEPCIÓN ES UN SERVICIO FUNDAMENTAL DE ATENCIÓN PRIMARIA

Age-Related Eye Disease Study 2 Research Group. Lutein + zeaxanthin and omega-3 fatty acids for age-related macular degeneration: the Age-Related Eye Disease Study 2 (AREDS2) randomized clinical trial. *JAMA.* 2013; 309:2005-2015 [EC,I] 23644932

LUTEÍNA + ZEAXANTINA Y ÁCIDOS GRASOS OMEGA 3 EN LA DEGENERACIÓN MACULAR RELACIONADA CON LA EDAD: ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO AREDS2

JAMA INTERNAL MEDICINE

Widera E. What's to blame for falls and fractures? Poor sleep or the sleeping medication?: comment on "Nonbenzodiazepine sleep medication use and hip fractures in nursing home residents" *JAMA Intern Med.* 2013: 1-2 [Epub ahead of print] [AO,I] 23459766

¿A QUÉ HAY QUE ECHARLE LA CULPA DE LAS CAÍDAS Y FRACTURAS? ¿AL SUEÑO DE MALA CALIDAD O A LA MEDICACIÓN PARA DORMIR?: COMENTARIO SOBRE "USO DE MEDICACIÓN PARA DORMIR NO BENZODIAZEPÍNICA Y FRACTURAS DE CADERA EN RESIDENCIAS DE ANCIANOS"

Lautenschlager NT, Cox KL. Can participation in mental and physical activity protect cognition in old age? Comment on "The Mental Activity and eXercise (MAX) trial: a randomized controlled trial to enhance cognitive function in older adults" *JAMA Intern Med.* 2013: 1-2 [Epub ahead of print] [AO,I] 23545757

¿PUEDE LA PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES MENTALES Y FÍSICAS PROTEGER LA COGNICIÓN EN LOS ANCIANOS? COMENTARIO SOBRE "ENSAYO MAX: ENSAYO CONTROLADO ALEATORIZADO PARA REFORZAR LA FUNCIÓN COGNITIVA EN ANCIANOS"

Berry SD, Lee Y, Cai S, Dore DD. Nonbenzodiazepine sleep medication use and hip fractures in nursing home residents. *JAMA Intern Med.* 2013:1-8 [Epub ahead of print][CC,I] 23460413

USO DE MEDICACIÓN PARA DORMIR NO BENZODIAZEPÍNICA Y FRACTURAS DE CADERA EN RESIDENCIAS DE ANCIANOS

Barnes DE, Santos-Modesitt W, Poelke G, Kramer AF, Castro C, Middleton LE, et al. The Mental Activity and eXercise (MAX) trial: a randomized controlled trial to enhance cognitive function in older adults. *JAMA Intern Med.* 2013; 1-8 [Epub ahead of print][EC,I]

23545598

ENSAYO MAX: ENSAYO CONTROLADO ALEATORIZADO PARA REFORZAR LA FUNCIÓN COGNITIVA EN ANCIANOS

Kerlikowske K, Zhu W, Hubbard RA, Geller B, Dittus K, Braithwaite D, et al; for the Breast Cancer Surveillance Consortium. Outcomes of screening mammography by frequency, breast density, and postmenopausal hormone therapy. *JAMA Intern Med.* 2013; 1-10 [Epub ahead of print][S,I]

23552817

RESULTADOS DE LA MAMOGRAFÍA DE CRIBAJE POR FRECUENCIA, DENSIDAD MAMARIA Y TERAPIA HORMONAL POSTMENOPÁUSICA

JAMA PSYCHIATRY

Cinciripini PM, Robinson JD, Karam-Hage M, Minnix JA, Lam C, Versace F, et al. Effects of varenicline and bupropion sustained-release use plus intensive smoking cessation counseling on prolonged abstinence from smoking and on depression, negative affect, and other symptoms of nicotine withdrawal. *JAMA Psychiatry.* 2013; 70:522-533 [EC,I]

23536105

EFFECTOS DEL USO DE LA VARENICLINA Y EL BUPROPION DE LIBERACIÓN SOSTENIDA MÁS CONSEJO INTENSIVO SOBRE ABANDONO TABÁQUICO SOBRE LA ABSTINENCIA TABÁQUICA PROLONGADA Y SOBRE LA DEPRESIÓN, AFECTIVIDAD NEGATIVA Y OTROS SÍNTOMAS DE LA RETIRADA DE LA NICOTINA

MEDICINA CLÍNICA

Pascual-Figal DA. Amplitud de distribución eritrocitaria, mucha más información con solo mirar el hemograma. *Med Clin (Barc).* 2013; 140:449-450 [AO,I]

23332623

AMPLITUD DE DISTRIBUCIÓN ERITROCITARIA, MUCHA MÁS INFORMACIÓN CON SOLO MIRAR EL HEMOGRAMA

Gómez-Vaquero C, Roig-Vilaseca D, Bianchi M, Santo P, Narváez J, Nolla JM. Evaluación de una propuesta de criterios de indicación de densitometría ósea en mujeres posmenopáusicas españolas basados en la herramienta FRAX®. *Med Clin (Barc).* 2013; 140:439-443 [T,I]

22578993

EVALUACIÓN DE UNA PROPUESTA DE CRITERIOS DE INDICACIÓN DE DENSITOMETRÍA ÓSEA EN MUJERES POSMENOPÁUSICAS ESPAÑOLAS BASADOS EN LA HERRAMIENTA FRAX®

Ruiz F, Castellano Mdel M, Aparisi F. Papel de la radiología intervencionista en el diagnóstico y tratamiento de la columna vertebral dolorosa. *Med Clin (Barc).* 2013; 140:458-465 [R,I]

23177315

PAPEL DE LA RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA COLUMNA VERTEBRAL DOLOROSA

Olivares M, Santas E, Miñana G, Palau P, Merlos P, Sanchis J et al. Amplitud de distribución eritrocitaria y riesgo de mortalidad en pacientes con insuficiencia cardiaca aguda. *Med Clin (Barc).* 2013; 140:433-438 [T,I]

23337456

AMPLITUD DE DISTRIBUCIÓN ERITROCITARIA Y RIESGO DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA

THE LANCET

Hepatitis C in the USA and Europe: two problems, one solution. *Lancet.* 2013; 381:1688 [AO,I]

23683614

HEPATITIS C EN EE UU Y EUROPA: DOS PROBLEMAS, UNA SOLUCIÓN

Victoria CG, Barros FC. Participatory women's groups: ready for prime time? *Lancet.* 2013; 381:1693-1694 [AO,I]

23683618

GRUPOS DE PARTICIPACIÓN DE MUJERES: ¿PREPARADOS PARA LA MÁXIMA AUDIENCIA?

Hawkes S, Buse K. Gender and global health: evidence, policy, and inconvenient truths. *Lancet.* 2013; 381:1783-1787 [AO,I]

23683645

GÉNERO SEXUAL Y SALUD MUNDIAL: EVIDENCIAS, POLÍTICA Y VERDADES INCONVENIENTES

THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE

Blumenthal D, Abrams MK. Putting aside preconceptions--time for dialogue among primary care clinicians. *N Engl J Med.* 2013; 368:1933-1934 [AO,I]

23675662

PONER A UN LADO LOS PREJUICIOS--HORA DE DIALOGAR ENTRE LOS CLÍNICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Uyeki TM, Cox NJ. Global concerns regarding novel influenza A (H7N9) virus infections. *N Engl J Med.* 2013; 368:1862-1864 [AO,I]

23577629

PREOCUPACIONES MUNDIALES RESPECTO A LAS INFECCIONES POR EL NUEVO VIRUS DE LA GRIPE A (H7N9)

Frieden TR. Government's role in protecting health and safety. *N Engl J Med.* 2013; 368:1857-1859 [AO,I]

23593978

EL PAPEL DEL GOBIERNO EN LA PROTECCIÓN DE LA SALUD Y EN LA SEGURIDAD

Drenth JP. HCV treatment--no more room for interferonologists? *N Engl J Med.* 2013; 368:1931-1932 [AO,I]

23607592

TRATAMIENTO DEL VIRUS DE LA HEPATITIS C ¿YA NO HAY SITIO PARA LOS INTERFERONÓLOGOS?

Gao R, Cao B, Hu Y, Feng Z, Wang D, Hu W, et al. Human infection with a novel avian-origin influenza A (H7N9) virus. *N Engl J Med.* 2013; 368:1888-1897 [T,II]

23577628

INFECCIÓN HUMANA CON UN NUEVO VIRUS DE LA GRIPE A (H7N9) DE ORIGEN AVIAR

Donelan K, DesRoches CM, Dittus RS, Buerhaus P. Perspectives of physicians and nurse practitioners on primary care practice. *N Engl J Med.* 2013; 368:1898-1906 [T,I]

23675658

PERSPECTIVAS DE MÉDICOS Y ENFERMERAS SOBRE LA PRÁCTICA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

Rosenthal MB, Mello MM. Sunlight as disinfectant--new rules on disclosure of industry payments to physicians. *N Engl J Med.* 2013; 368:2052-2054 [AO,I]

23718162

LA LUZ DEL SOL COMO DESINFECTANTE -- NUEVAS REGLAS SOBRE LA DIVULGACIÓN DE LOS PAGOS DE LA INDUSTRIA A LOS MÉDICOS

Liang TJ, Ghany MG. Current and future therapies for hepatitis C virus infection. *N Engl J Med.* 2013; 368:1907-1917 [R,II]

23675659

TERAPIAS ACTUALES Y FUTURAS PARA LA INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA HEPATITIS C

Iglehart JK. Expanding the role of advanced nurse practitioners--risks and rewards. *N Engl J Med.* 2013; 368:1935-1941 [AO,I]

23675663

AMPLIAR EL PAPEL DE LAS ENFERMERAS AVANZADAS -- RIESGOS Y RECOMPENSAS

JUNIO

ACADEMIC MEDICINE

Tierney MJ, Pageler NM, Kahana M, Pantaleoni JL, Longhurst CA. Medical education in the Electronic Medical Record (EMR) era: benefits, challenges, and future directions. *Acad Med.* 2013; 88:748-752 [R,I]

23619078

FORMACIÓN MÉDICA EN LA ÉPOCA DE LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA: BENEFICIOS, RETOS Y DIRECCIONES FUTURAS

ANNALS OF INTERNAL MEDICINE

Hughes MC, Williams GM, Baker P, Green AC. Sunscreen and prevention of skin aging: a randomized trial. *Ann Intern Med.* 2013; 158:781-790 [EC,I]

23732711

PANTALLA SOLAR Y PREVENCIÓN DEL ENVEJECIMIENTO DE LA PIEL: ENSAYO ALEATORIZADO

Chou R, Wasson N. Blood tests to diagnose fibrosis or cirrhosis in patients with chronic hepatitis C virus infection: a systematic review. *Ann Intern Med.* 2013; 158:807-820 [M,II]

23732714

PRUEBAS SANGUÍNEAS PARA DIAGNOSTICAR FIBROSIS O CIRROSIS EN PACIENTES CON INFECCIÓN CRÓNICA POR EL VIRUS DE LA HEPATITIS C: REVISIÓN SISTEMÁTICA

Stevens PE, Levin A; Kidney Disease: Improving Global Outcomes Chronic Kidney Disease Guideline Development Work Group Members*. Evaluation and management of chronic kidney disease: synopsis of the kidney disease: improving global outcomes 2012 clinical practice guideline. *Ann Intern Med.* 2013; 158:825-830 [M,II]

23732715

EVALUACIÓN Y MANEJO DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA: SINOPSIS DE LA ENFERMEDAD RENAL: GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA 2012 PARA MEJORAR LOS RESULTADOS MUNDIALES

Hayes JH, Ollendorf DA, Pearson SD, Barry MJ, Kantoff PW, Lee PA, et al. Observation versus initial treatment for men with localized, low-risk prostate cancer: a cost-effectiveness analysis. *Ann Intern Med.* 2013; 158:853-860 [CE,II]

23778902

OBSERVACIÓN FRENTE A TRATAMIENTO DE INICIO EN HOMBRES CON CÁNCER DE PRÓSTATA LOCALIZADO DE BAJO RIESGO: ANÁLISIS DE RENTABILIDAD

Mahaffey KW, Wojdyla D, Hankey GJ, White HD, Nessel CC, Piccini JP, et al. Clinical outcomes with rivaroxaban in patients transitioned from vitamin k antagonist therapy: a subgroup analysis of a randomized trial. *Ann Intern Med.* 2013; 158:861-868 [EC,II]

23778903

RESULTADOS CLÍNICOS CON RIVAROXABAN EN PACIENTES EN TRANSICIÓN DESDE TERAPIA CON ANTAGONISTAS DE LA VITAMINA K: ANÁLISIS DE SUBGRUPO DE UN ENSAYO ALEATORIZADO

Patel AM, Shariff S, Bailey DG, Juurlink DN, Gandhi S, Mamdani M, et al. Statin toxicity from macrolide antibiotic coprescription: a population-based cohort study. *Ann Intern Med.* 2013; 158:869-876 [S,II]

23778904

TOXICIDAD CON ESTATINAS PRESCRITAS JUNTO CON ANTIBIÓTICOS MACRÓLIDOS: ESTUDIO DE COHORTE POBLACIONAL

ARCHIVOS DE BRONCONEUMOLOGÍA

Arnedillo A. El infradiagnóstico de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica en mujeres. ¿Otra tarea pendiente? *Arch Bronconeumol.* 2013; 49:221-222 [AO,I]

23562408

EL INFRADIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA EN MUJERES. ¿OTRA TAREA PENDIENTE?

Ancochea J, Miravittles M, García-Río F, Muñoz L, Sánchez G, Sobradillo V, et al. Infradiagnóstico de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica en mujeres: cuantificación del problema, determinantes y propuestas de acción. *Arch Bronconeumol.* 2013; 49:223-229 [T,I]

23317767

INFRADIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA EN MUJERES: CUANTIFICACIÓN DEL PROBLEMA, DETERMINANTES Y PROPUESTAS DE ACCIÓN

Julián-Jiménez A, Palomo MJ, Parejo R, Laín-Terés N, Cuenca-Boy R, Lozano-Ancín A. Mejora del manejo de la neumonía adquirida en la comunidad en el servicio de urgencias. *Arch Bronconeumol.* 2013; 49:230-240 [QE,I]

23477946

MEJORA DEL MANEJO DE LA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

ATENCIÓN PRIMARIA

Meléndez L, González C, Alvarez-Dardet C. Los funcionales a examen: ¿alimentos al servicio de la salud o nuevo negocio para la industria alimentaria? *Aten Primaria.* 2013; 45:287-289 [AO,I]

23481127

LOS FUNCIONALES A EXAMEN: ¿ALIMENTOS AL SERVICIO DE LA SALUD O NUEVO NEGOCIO PARA LA INDUSTRIA ALIMENTARIA?

BRITISH MEDICAL JOURNAL

Legido-Quigley H, Otero L, Parra DI, Alvarez-Dardet C, Martin-Moreno JM, McKee M. Will austerity cuts dismantle the Spanish healthcare system? *BMJ*. 2013; 346:f2363 [AO,I]
23766463

¿VAN A DESMANTELAR LOS RECORTES EL SISTEMA DE ATENCIÓN SANITARIA ESPAÑOL?

Gallo JJ, Morales KH, Bogner HR, Raue PJ, Zee J, Bruce ML, et al. Long term effect of depression care management on mortality in older adults: follow-up of cluster randomized clinical trial in primary care. *BMJ*. 2013; 346:f2570 [EC,I]
23738992

EFFECTO A LARGO PLAZO DE LA ATENCIÓN A LA DEPRESIÓN EN LOS ANCIANOS: SEGUIMIENTO DE UN ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO AGRUPADO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Pharoah PD, Sewell B, Fitzsimmons D, Bennett HS, Pashayan N. Cost effectiveness of the NHS breast screening programme: life table model. *BMJ*. 2013; 346:f2618 [CE,I]
23661112

RENTABILIDAD DEL PROGRAMA DE CRIBAJE DE CÁNCER DE MAMA DEL NHS: MODELO DE TABLA DE SUPERVIVENCIA

Parry SW, Finch T, Deary V. How should we manage fear of falling in older adults living in the community? *BMJ*. 2013; 346:f2933 [R,I]
23714190

¿CÓMO DEBERÍAMOS DE MANEJAR EL MIEDO A LAS CAÍDAS EN LOS ANCIANOS QUE VIVEN EN LA COMUNIDAD?

Freyenhagen R, Geisslinger G, Schug SA. Opioids for chronic non-cancer pain. *BMJ*. 2013; 346:f2937 [R,I]
23719636

OPIOIDES EN EL DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO

Sohal AH, James-Hanman D. Responding to intimate partner and sexual violence against women. *BMJ*. 2013; 346:f3100 [AO,I]
23788378

RESPONDER A LA VIOLENCIA DE PAREJA Y A LA VIOLENCIA SEXUAL CONTRA LA MUJER

Huupponen R, Viikari J. Statins and the risk of developing diabetes. *BMJ*. 2013; 346:f3156 [AO,I]
23709567

ESTATINAS Y RIESGO DE DESARROLLAR DIABETES

Lumsden MA, Gebbie A, Holland C. Managing unscheduled bleeding in non-pregnant premenopausal women. *BMJ*. 2013; 346:f3251 [R,I]
23737266

MANEJAR EL SANGRADO FUERA DE LA REGLA EN MUJERES PREMENOPÁUSICAS NO EMBARAZADAS

Robinson D, Garmo H, Bill-Axelsson A, Mucci L, Holmberg L, Stattin P. Use of 5 α -reductase inhibitors for lower urinary tract symptoms and risk of prostate cancer in Swedish men: nationwide, population based case-control study. *BMJ*. 2013; 346:f3406 [CC,I]
23778271

USO DE INHIBIDORES DE LA 5 ALFA REDUCTASA EN LOS SÍNTOMAS DE VÍAS URINARIAS BAJAS Y RIESGO DE CÁNCER DE PRÓSTATA EN HOMBRES SUECOS: ESTUDIO CASO-CONTROL POBLACIONAL DE ÁMBITO NACIONAL

Thachil J, Fitzmaurice D. Thrombocytopenia in an adult. *BMJ*. 2013; 346:f3407 [R,I]
23751903

TROMBOCITOPENIA EN UN ADULTO

Haider BA, Olofin I, Wang M, Spiegelman D, Ezzati M, Fawzi WW; Nutrition Impact Model Study Group (anaemia). Anaemia, prenatal iron use, and risk of adverse pregnancy outcomes: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2013; 346:f3443 [M,II]
23794316

ANEMIA, USO DE HIERRO PRENATAL Y RIESGO DE RESULTADOS ADVERSOS EN EL EMBARAZO: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS

King A, Azuara-Blanco A, Tuulonen A. Glaucoma. *BMJ*. 2013; 346:f3518 [R,I]
23757737

GLAUCOMA

Dworzynski K, Ritchie G, Fenu E, Macdermott K, Playford ED; Guideline Development Group. Rehabilitation after stroke: summary of NICE guidance. *BMJ*. 2013; 346:f3615 [M,II]
23760965

REHABILITACIÓN TRAS EL ICTUS: RESUMEN DE LA GUÍA NICE

Gale E. Incretin therapy: should adverse consequences have been anticipated? *BMJ*. 2013; 346:f3617 [AO,I]
23751905

TERAPIA CON INCRETINAS: ¿SE DEBERÍAN HABER PREVISTO LAS CONSECUENCIAS ADVERSAS?

Montori VM. Helping patients make sense of the risks of taking GLP-1 agonists. *BMJ*. 2013; 346:f3692 [AO,I]
23751906

AYUDAR A LOS PACIENTES A SER CONSCIENTES DE LOS RIESGOS DE TOMAR AGONISTAS DE GLP-1

Green R, Cornelsen L, Dangour AD, Turner R, Shankar B, Mazzocchi M, et al. The effect of rising food prices on food consumption: systematic review with meta-regression. *BMJ*. 2013; 346:f3703 [M,II]
23775799

EFFECTO DEL AUMENTO DE PRECIOS DE LOS ALIMENTOS SOBRE EL CONSUMO DE COMIDA: REVISIÓN SISTEMÁTICA CON METARREGRESIÓN

Bradley A, Sheridan P. Atrial fibrillation. *BMJ*. 2013; 346:f3719 [R,I]
23775800

FIBRILACIÓN AURICULAR

Arie S. Has austerity brought Europe to the brink of a health disaster? *BMJ*. 2013; 346:f3773 [AO,I]
23778577

¿HA LLEVADO LA AUSTERIDAD AL BORDE DE UN DESASTRE SANITARIO A EUROPA?

Haggerty JL, Lévesque JF, Hogg W, Wong S. The strength of primary care systems. *BMJ*. 2013; 346:f3777 [AO,I]
23766466

FORTALEZA DE LOS SISTEMAS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Goldacre B, Spiegelhalter D. Bicycle helmets and the law. *BMJ*. 2013; 346:f3817 [AO,I]
23760970

LOS CASCOS DE BICICLETA Y LA LEY

Evans DG, Graham J, O'Connell S, Arnold S, Fitzsimmons D. Familial breast cancer: summary of updated NICE guidance. *BMJ*. 2013; 346:f3829 [M,II]
23801680

CÁNCER DE MAMA FAMILIAR: RESUMEN DE LA GUÍA NICE ACTUALIZADA

Sun X, Guyatt GH. Interventions to enhance self management support. *BMJ*. 2013; 346:f3949 [AO,I]

23783357

INTERVENCIÓN PARA REFORZAR EL APOYO AL AUTOMANEJO

Sokol DK. Patients we don't like. *BMJ*. 2013; 346:f3956 [AO,I]

23783359

PACIENTES QUE NO NOS GUSTAN

Moynihan R. Australia moves closer to full disclosure of drug company payments to doctors. *BMJ*. 2013; 346:f3960 [AO,I]

23783360

AUSTRALIA SE ACERCA CADA VEZ MÁS A LA DIVULGACIÓN COMPLETA DE LOS PAGOS DE LAS COMPANÍAS FARMACÉUTICAS A LOS MÉDICOS

Saltman RB, Cahn Z. Restructuring health systems for an era of prolonged austerity: an essay by Richard B Saltman and Zachary Cahn. *BMJ*. 2013; 346:f3972 [R,II]

23783361

REESTRUCTURAR LOS SISTEMAS SANITARIOS PARA UNA ÉPOCA DE AUSTERIDAD PROLONGADA

Godlee F. In praise of informed scepticism. *BMJ*. 2013; 346:f3980 [AO,I]

23783362

ELOGIO DEL ESCEPTICISMO INFORMADO

Why we can't trust clinical guidelines. *BMJ*. 2013; 346:f3998 [AO,I]

23783363

POR QUÉ NO NOS PODEMOS FIAR DE LAS GUÍAS CLÍNICAS

Davies E. Can you trust your clinical guidelines? *BMJ*. 2013; 346:f4003 [AO,I]

23783364

¿PUEDE USTED CONFIAR EN SUS GUÍAS CLÍNICAS?

Pneumonia and pneumonia related mortality in patients with COPD treated with fixed combinations of inhaled corticosteroid and long acting β_2 agonist: observational matched cohort study (PATHOS). *BMJ*. 2013; 346:f4037 [S,II]

23788471

MORTALIDAD POR NEUMONÍA Y RELACIONADA CON LA NEUMONÍA EN PACIENTES CON EPOC TRATADOS CON COMBINACIONES FIJAS DE CORTICOIDES INHALADOS Y AGONISTAS BETA2 DE ACCIÓN PROLONGADA (LABA): ESTUDIO OBSERVACIONAL DE COHORTES EMPAREJADAS

CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION JOURNAL

Bland RC, Streiner DL. Why screening for depression in primary care is impractical. *CMAJ*. 2013; 185:753-754 [AO,I]

23670151

POR QUÉ NO ES PRÁCTICO EL CRIBAJE DE LA DEPRESIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

Kivimäki M, Nyberg ST, Fransson EI, Heikkilä K, Alfredsson L, Casini A, et al; IPD-Work Consortium. Associations of job strain and lifestyle risk factors with risk of coronary artery disease: a meta-analysis of individual participant data. *CMAJ*. 2013; 185:763-769 [M,II]

23670152

ASOCIACIONES DEL ESFUERZO LABORAL Y LOS FACTORES DE RIESGO DEL TIPO DE VIDA CON EL RIESGO DE ENFERMEDAD ARTERIAL CORONARIA: METAANÁLISIS DE DATOS DE PARTICIPANTES INDIVIDUALES

Canadian Task Force on Preventive Health Care, Joffres M, Jaramillo A, Dickinson J, Lewin G, Pottie K, Shaw E, et al.

Recommendations on screening for depression in adults. *CMAJ*. 2013; 185:775-782 [M,II]

23670157

RECOMENDACIONES SOBRE EL CRIBAJE DE LA DEPRESIÓN EN ADULTOS

CIRCULATION

Gallego P, Vilchez JA, Lane DA. Apixaban compared with warfarin for stroke prevention in atrial fibrillation: implications of time in therapeutic range. *Circulation*. 2013; 127:2163-2165 [AO,I]

23640972

APIXABAN COMPARADO CON WARFARINA EN LA PREVENCIÓN DEL ICTUS EN LA FIBRILACIÓN AURICULAR: IMPLICACIONES DEL TIEMPO EN RANGO TERAPÉUTICO

Wallentin L, Lopes RD, Hanna M, Thomas L, Hellkamp A, Nepal S, et al; Apixaban for Reduction in Stroke and Other Thromboembolic Events in Atrial Fibrillation (ARISTOTLE) Investigators. Efficacy and safety of apixaban compared with warfarin at different levels of predicted international normalized ratio control for stroke prevention in atrial fibrillation. *Circulation*. 2013; 127:2166-2176 [EC,II]

23640971

EFICACIA Y SEGURIDAD DEL APIXABAN COMPARADO CON WARFARINA A DIFERENTES NIVELES DE CONTROL DE INR PREDICHO PARA LA PREVENCIÓN DEL ICTUS EN LA FIBRILACIÓN AURICULAR

Zeller T, Trenk D. Cilostazol: the "Poor man's" replacement of drug-eluting stents and balloons? *Circulation*. 2013; 127:2261-2263 [AO,I]

23652862

CILOSTAZOL: ¿EL SUSTITUTIVO DEL "POBRE" DE LOS STENT LIBERADORES DE FÁRMACO Y DE LOS CATÉTERES DE BALÓN?

Kawahara T, Nishikawa M, Kawahara C, Inazu T, Sakai K, Suzuki G. Atorvastatin, etidronate, or both in patients at high risk for atherosclerotic aortic plaques: a randomized, controlled trial. *Circulation*. 2013; 127:2327-2335 [EC,I]

23658438

ATORVASTATINA, ETIDRONATO O AMBOS EN PACIENTES CON RIESGO ELEVADO DE PLACAS AÓRTICAS ATROSCLERÓTICAS: ENSAYO CONTROLADO ALEATORIZADO

Raj SR. Postural Tachycardia Syndrome (POTS). *Circulation*. 2013; 127:2336-2342 [R,I]

23753844

SÍNDROME DE TAQUICARDIA POSTURAL

Vardas PE, Simantirakis EN, Kanoupakis EM. New developments in cardiac pacemakers. *Circulation*. 2013; 127:2343-2350 [R,I]

23753845

NUEVOS DESARROLLOS EN MARCAPASOS CARDIACOS

Levine GN, Allen K, Braun LT, Christian HE, Friedmann E, Taubert KA, et al; American Heart Association Council on Clinical Cardiology and Council on Cardiovascular and Stroke Nursing. Pet ownership and cardiovascular risk: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2013; 127:2353-2363 [M,II]

23661721

POSESIÓN DE ANIMALES DOMÉSTICOS Y RIESGO CARDIOVASCULAR: DECLARACIÓN CIENTÍFICA DE LA AHA

2007 WRITING COMMITTEE MEMBERS; Presidents and Staff; American College of Cardiology Foundation; American

College of Cardiology Foundation/American Heart Association; American Heart Association. 2012 ACCF/AHA Focused Update Incorporated Into the ACCF/AHA 2007 Guidelines for the Management of Patients With Unstable Angina/Non-ST-Elevation Myocardial Infarction: A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation*. 2013; 127:e663-e828 [M,II]

23630129

ACTUALIZACIÓN FOCALIZADA DE 2012 LA ACCF/AHA INCORPORADA A LAS GUÍAS 2007 DE ACCF/AHA PARA EL MANEJO DE PACIENTES CON ANGINA INESTABLE/INFARTO DE MIOCARDIO SIN ELEVACIÓN DE ST: INFORME DEL GRUPO DE TRABAJO SOBRE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DE LA ACCF/AHA

DIABETES CARE

Sinkeler SJ, Kwakernaak AJ, Bakker SJ, Shahinfar S, Esmatjes E, de Zeeuw D, et al. Creatinine excretion rate and mortality in type 2 diabetes and nephropathy. *Diabetes Care*. 2013; 36:1489-1494 [EC,I]

23300289

TASA DE EXCRECIÓN DE CREATININA Y MORTALIDAD EN LA DIABETES TIPO 2 Y NEFROPATÍA

Beverly EA, Fitzgerald S, Sitnikov L, Ganda OP, Caballero AE, Weinger K. Do older adults aged 60-75 years benefit from diabetes behavioral interventions? *Diabetes Care*. 2013; 36:1501-1506 [QE,I]

23315603

¿SE BENEFICIAN LOS ADULTOS DE ENTRE 60 Y 75 AÑOS DE LAS INTERVENCIONES CONDUCTUALES EN LA DIABETES?

Harris Nwanyanwu K, Talwar N, Gardner TW, Wrobel JS, Herman WH, Stein JD. Predicting development of proliferative diabetic retinopathy. *Diabetes Care*. 2013; 36:1562-1568 [S,I]

23275374

PREDECIR EL DESARROLLO DE LA RETINOPATÍA DIABÉTICA PROLIFERATIVA

Lacroix M, Battista MC, Doyon M, Ménard J, Ardilouze JL, Peron P, et al. Lower adiponectin levels at first trimester of pregnancy are associated with increased insulin resistance and higher risk of developing gestational diabetes mellitus. *Diabetes Care*. 2013; 36:1577-1583 [T,I]

23300287

NIVELES MENORES DE ADIPONECTINA EN EL PRIMER TRIMESTRE DE EMBARAZO SE ASOCIAN CON MAYOR RESISTENCIA A LA INSULINA Y MAYOR RIESGO DE DESARROLLAR DIABETES MELLITUS GESTACIONAL

Ma WY, Yang CY, Shih SR, Hsieh HJ, Hung CS, Chiu FC, et al. Measurement of waist circumference: midabdominal or iliac crest? *Diabetes Care*. 2013; 36:1660-1666 [S,I]

23275359

MEDIDA DEL PERÍMETRO ABDOMINAL: ¿A MITAD DEL ABDOMEN O EN LAS CRESTAS ILÍACAS?

DRUGS

Casado-Arroyo R, Sostres C, Lanás A. Optimizing the use of aspirin for cardiovascular prevention. *Drugs*. 2013; 73:803-814 [R,I]

23677803

OPTIMIZAR EL USO DE LA ASPIRINA EN LA PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR

Kate V, Kalayarsan R, Ananthkrishnan N. Sequential therapy versus standard triple-drug therapy for *Helicobacter pylori* eradication: a systematic review of recent evidence. *Drugs*. 2013; 73:815-824 [M,II]

23625272

TERAPIA SECUENCIAL FRENTE A TERAPIA TRIPLE ESTÁNDAR PARA LA ERRADICACIÓN DEL *HELICOBACTER PYLORI*: REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LAS EVIDENCIAS RECIENTES

Keating GM. Apixaban: a review of its use for reducing the risk of stroke and systemic embolism in patients with nonvalvular atrial fibrillation. *Drugs*. 2013; 73:825-843 [R,I]

23677804

APIXABAN: REVISIÓN DE SU USO PARA REDUCIR EL RIESGO DE ICTUS Y EL EMBOLISMO SISTÉMICO EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR NO VALVULAR

EUROPEAN HEART JOURNAL

Collet JP, Montalescot G. Any room left for new antiplatelet agents in acute coronary syndrome? *Eur Heart J*. 2013; 34:1699-1701 [AO,I]

23585493

¿QUEDA SITIO PARA LOS NUEVOS AGENTES ANTIPLAQUETARIOS EN EL SÍNDROME AGUDO CORONARIO?

Meier P, Lansky AJ. Optimal duration of clopidogrel therapy: the shorter the longer? *Eur Heart J*. 2013; 34:1705-1707 [AO,I]

23136400

DURACIÓN ÓPTIMA DEL TRATAMIENTO CON CLOPIDOGREL: ¿MIENTRAS MÁS CORTO, MÁS LARGO?

Agewall S, Cattaneo M, Collet JP, Andreotti F, Lip GY, Verheugt FW, et al; ESC Working Group on Cardiovascular Pharmacology and Drug Therapy and ESC Working Group on Thrombosis. Expert position paper on the use of proton pump inhibitors in patients with cardiovascular disease and antithrombotic therapy. *Eur Heart J*. 2013; 34:1708-1713 [M,II]

23425521

DOCUMENTO DE POSICIÓN DE LOS EXPERTOS SOBRE EL USO DE LOS INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR Y TRATAMIENTO ANTITROMBÓTICO

Wanner C. Chronic kidney disease and statin therapy: to treat or not to treat? *Eur Heart J*. 2013; 34:1772-1774 [AO,I]

23604421

ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA Y TERAPIA CON ESTATINAS: ¿TRATAR O NO TRATAR?

Ray KK. Statin treatment and the risk of recurrent pulmonary embolism. *Eur Heart J*. 2013; 34:1775-1777 [AO,I]

23585491

TRATAMIENTO CON ESTATINAS Y RIESGO DE EMBOLISMO PULMONAR RECURRENTE

Thorsson B, Steingrimsdottir L, Halldorsdottir S, Andersen K, Sigurdsson G, Aspelund T, et al. Changes in total cholesterol levels in Western societies are not related to statin, but rather dietary factors: the example of the Icelandic population. *Eur Heart J*. 2013; 34:1778-1782 [AO,II]

23209261

LOS CAMBIOS EN LOS NIVELES DE COLESTEROL TOTAL EN LAS SOCIEDADES OCCIDENTALES NO ESTÁN RELACIONADOS CON LAS ESTATINAS, SINO MÁS BIEN CON FACTORES DIETÉTICOS: EL EJEMPLO DE LA POBLACIÓN ISLANDESA

Norata GD, Ballantyne CM, Catapano AL. New therapeutic principles in dyslipidaemia: focus on LDL and Lp(a) lowering drugs. *Eur Heart J.* 2013; 34:1783-1789 [R,I]

23509227

NUEVOS PRINCIPIOS TERAPÉUTICOS EN LAS DISLIPEMIAS: ENFOQUE SOBRE LOS FÁRMACOS QUE BAJAN EL LDL Y LA LP(A)

Schuler G, Adams V, Goto Y. Role of exercise in the prevention of cardiovascular disease: results, mechanisms, and new perspectives. *Eur Heart J.* 2013; 34:1790-1799 [R,I]

23569199

PAPEL DEL EJERCICIO EN LA PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR: RESULTADOS, MECANISMOS Y NUEVAS PERSPECTIVAS

FAMILY MEDICINE

Yates JE. Intern evaluation strategies in family medicine residency education: what is-and is not-being done. *Fam Med.* 2013; 45:387-391 [T,I]

23743938

ESTRATEGIAS DE EVALUACIÓN INTERNA EN LA FORMACIÓN EN LA RESIDENCIA EN MEDICINA DE FAMILIA: QUÉ SE ESTÁ HACIENDO Y QUÉ NO

Pensa M, Frew P, Gelmon SB. Integrating improvement learning into a family medicine residency curriculum. *Fam Med.* 2013; 45:409-416 [T,I]

23743941

INTEGRAR LA MEJORÍA DEL APRENDIZAJE EN EL CURRÍCULO DE UNA RESIDENCIA EN MEDICINA DE FAMILIA

FAMILY PRACTICE

Nderitu P, Doos L, Jones PW, Davies SJ, Kadam UT. Non-steroidal anti-inflammatory drugs and chronic kidney disease progression: a systematic review. *Fam Pract.* 2013; 30:247-255 [M,I]

23302818

AINE Y PROGRESIÓN DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA: REVISIÓN SISTEMÁTICA

Huntley AL, Thomas R, Mann M, Huws D, Elwyn G, Paranjthy S, et al. Is case management effective in reducing the risk of unplanned hospital admissions for older people? A systematic review and meta-analysis. *Fam Pract.* 2013; 30:266-275 [M,I]

23315222

¿ES EFECTIVA LA GESTIÓN DE CASOS PARA REDUCIR EL RIESGO DE INGRESOS HOSPITALARIOS NO PLANIFICADOS DE ANCIANOS? REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS

Marks A, Macleod C, McAteer A, Murchie P, Fluck N, Smith WC, et al. Chronic kidney disease, a useful trigger for proactive primary care? Mortality results from a large UK cohort. *Fam Pract.* 2013; 30:282-289 [S,I]

23248235

ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ¿DESENCADENANTE ÚTIL DE UNA ATENCIÓN PRIMARIA PROACTIVA? RESULTADOS DE MORTALIDAD DE UNA GRAN COHORTE EN EL RU

Kendall M, Mason B, Momen N, Barclay S, Munday D, Lovick R, et al. Proactive cancer care in primary care: a mixed-methods study. Proactive cancer care in primary care: a mixed-methods study. *Fam Pract.* 2013; 30:302-312 [R,C,I]

23382502

ATENCIÓN PROACTIVA AL CÁNCER EN ATENCIÓN PRIMARIA: ESTUDIO DE MÉTODOS MIXTOS

Koper D, Kamenski G, Flamm M, Böhmendorfer B, Sönnichsen A. Frequency of medication errors in primary care patients with polypharmacy. *Fam Pract.* 2013; 30:313-319 [T,I]

23132894

FRECUENCIA DE ERRORES DE MEDICACIÓN EN PACIENTES DE ATENCIÓN PRIMARIA CON POLIFARMACIA

Greiver M, Williamson T, Bennett TL, Drummond N, Savage C, Aliarzadeh B, et al; Canadian Primary Care Sentinel Surveillance Network (CPCSSN). Developing a method to estimate practice denominators for a national Canadian electronic medical record database. *Fam Pract.* 2013; 30:347-354 [T,I]

23307818

DESARROLLAR UN MÉTODO PARA CALCULAR DENOMINADORES PRÁCTICOS PARA UNA BASE DE DATOS DE REGISTROS MÉDICOS ELECTRÓNICOS NACIONAL CANADIENSE

JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION

Leuppi JD, Schuetz P, Bingisser R, Bodmer M, Briel M, Drescher T, et al. Short-term vs conventional glucocorticoid therapy in acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: the REDUCE randomized clinical trial. *JAMA.* 2013; 309:2223-2231 [EC,II]

23695200

TRATAMIENTO CORTICOIDEO A CORTO PLAZO FRENTE A CONVENCIONAL EN LAS EXACERBACIONES AGUDAS DE LA EPOC: ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO REDUCE

Sin DD, Park HY. Steroids for treatment of COPD exacerbations: less is clearly more. *JAMA.* 2013; 309:2272-2273 [AO,I]

23695265

CORTICOIDES EN EL TRATAMIENTO DE LAS EXACERBACIONES DE LA EPOC: MENOS ES CLARAMENTE MÁS

Wolfe BM, Purnell JQ, Belle SH. Treating diabetes with surgery. *JAMA.* 2013; 309:2274-2275 [AO,I]

23736737

TRATAR LA DIABETES CON CIRUGÍA

White A, Danis M. Enhancing patient-centered communication and collaboration by using the electronic health record in the examination room. *JAMA.* 2013; 309:2327-2328 [R,I]

23757080

REFORZAR LA COMUNICACIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE Y LA COLABORACIÓN MEDIANTE EL USO DE LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA EN LA SALA DE EXPLORACIONES

Thomsen M, Ingebrigtsen TS, Marott JL, Dahl M, Lange P, Vestbo J, et al. Inflammatory biomarkers and exacerbations in chronic obstructive pulmonary disease. *JAMA.* 2013; 309:2353-2361 [S,I]

23757083

BIOMARCADORES INFLAMATORIOS Y EXACERBACIONES DE LA EPOC

Mador MJ, Sethi S. Systemic inflammation in predicting COPD exacerbations. *JAMA.* 2013; 309:2390-2391 [AO,I]

23757089

INFLAMACIÓN SISTÉMICA PARA PREDECIR LAS EXACERBACIONES DE LA EPOC

Krogsbøll LT, Jørgensen KJ, Gøtzsche PC. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease. *JAMA.* 2013; 309:2489-2490 [R,I]

23780462

PRUEBAS DE SALUD GENERALES EN ADULTOS PARA REDUCIR LA MORBILIDAD Y LA MORTALIDAD POR ENFERMEDAD

Sox HC. The health checkup: was it ever effective? Could it be effective? JAMA. 2013; 309:2496-2497 [AO,I]
23780465

LA PRUEBA DE SALUD: ¿FUÉ ALGUNA VEZ EFECTIVA? ¿PODRÍA SER EFECTIVA?

Marmot MG. Sorting through the arguments on breast screening. JAMA. 2013; 309:2553-2554 [AO,I]
23722915

SORTEAR A TRAVÉS DE LOS ARGUMENTOS SOBRE EL CRIBAJE DE CÁNCER DE MAMA

Kachalia A, Mello MM. Breast cancer screening: conflicting guidelines and medicolegal risk. JAMA. 2013; 309:2555-2556 [AO,I]
23722969

CRIBAJE DEL CÁNCER DE MAMA: PAUTAS CONFLICTIVAS Y RIESGO MEDICOLEGAL

Goldberger JJ, Buxton AE. Personalized medicine vs guideline-based medicine. JAMA. 2013; 309:2559-2560 [AO,I]
23712449

MEDICINA PERSONALIZADA FRENTE A MEDICINA BASADA EN LAS GUÍAS

Pasche B. Differential effects of aspirin before and after diagnosis of colorectal cancer. JAMA. 2013; 309:2598-2599 [AO,I]
23800937

EFFECTOS DIFERENCIALES DE LA ASPIRINA ANTES Y DESPUÉS DEL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER COLORRECTAL

JAMA Internal Medicine

Katz MH. Can we stop ordering prostate-specific antigen screening tests? JAMA Intern Med. 2013; 173:847-848 [AO,I]
23588841

¿PODEMOS DEJAR DE PEDIR ANÁLISIS DE PSA?

Morioka-Douglas N, Adams Hillard PJ. No papanicolaou tests in women younger than 21 years or after hysterectomy for benign disease. JAMA Intern Med. 2013; 173:855-856 [R,I]
23568165

NO PEDIR PRUEBAS DE PAPANICOLAU EN MUJERES DE MENOS DE 21 AÑOS O TRAS HISTERECTOMÍA POR ENFERMEDAD BENIGNA

Lefevre ML. Swimming upstream: doing less in health care is hard: comment on "no papanicolaou tests in women younger than 21 years or after hysterectomy for benign disease" and "cervical cancer screening intervals, 2006 to 2009". JAMA Intern Med. 2013; 173:856-858 [AO,I]
23568453

NADAR CONTRACORRIENTE: HACER MENOS EN LA ATENCIÓN SANITARIA ES DURO: COMENTARIO SOBRE "NO PEDIR PRUEBAS DE PAPANICOLAU EN MUJERES DE MENOS DE 21 AÑOS O TRAS HISTERECTOMÍA POR ENFERMEDAD BENIGNA"

Walter LC, Fung KZ, Kirby KA, Shi Y, Espaldon R, O'Brien S, et al. Five-year downstream outcomes following prostate-specific antigen screening in older men. JAMA Intern Med. 2013; 173:866-873 [S,I]
23588999

RESULTADOS DE 5 AÑOS DE CRIBAJE CON PSA EN ANCIANOS

Pitkälä KH, Pöysti MM, Laakkonen ML, Tilvis RS, Savikko N, Kautiainen H, et al. Effects of the Finnish Alzheimer Disease Exercise Trial (FINALEX): a randomized controlled trial. JAMA Intern Med. 2013; 173:894-901 [EC,II]
23589097

EFFECTOS DEL ENSAYO FINALEX: ENSAYO CONTROLADO ALEATORIZADO

Clarfield AM, Dwoletzky T. Exercise in Alzheimer disease: comment on "Effects of the Finnish Alzheimer Disease Exercise Trial (FINALEX): a randomized controlled trial". JAMA Intern Med. 2013; 173:901-902 [AO,I]
23588877

EJERCICIO EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER: COMENTARIO SOBRE "EFFECTOS DEL ENSAYO FINALEX: ENSAYO CONTROLADO ALEATORIZADO"

Monod S. Promoting good clinical care to prevent elder abuse: comment on "elder abuse as a risk factor for hospitalization in older persons". JAMA Intern Med. 2013; 173:917-918 [AO,I]
23568092

PROMOVER LA BUENA ATENCIÓN CLÍNICA PARA PREVENIR EL MALTRATO AL ANCIANO: COMENTARIO SOBRE "MALTRATO A LOS MAYORES COMO FACTOR DE RIESGO DE HOSPITALIZACIÓN EN ANCIANOS"

Heath I. Waste and harm in the treatment of mild hypertension. JAMA Intern Med. 2013; 173:956-957 [AO,I]
23699902

DESPILFARRO Y PERJUICIOS EN EL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN LIGERA

Puetz TW, Morley CA, Herring MP. Effects of creative arts therapies on psychological symptoms and quality of life in patients with cancer. JAMA Intern Med. 2013; 173:960-969 [M,II]
23699646

EFFECTOS DE LAS TERAPIAS CON ARTES CREATIVAS SOBRE LOS SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS Y LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON CÁNCER

Bradt J, Goodill S. Creative arts therapies defined: comment on "effects of creative arts therapies on psychological symptoms and quality of life in patients with cancer". JAMA Intern Med. 2013; 173:969 [AO,I]
23699880

TERAPIAS CON ARTES CREATIVAS DEFINIDAS: COMENTARIO DE "EFFECTOS DE LAS TERAPIAS CON ARTES CREATIVAS SOBRE LOS SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS Y LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON CÁNCER"

Doshi P. Influenza vaccines: time for a rethink. JAMA Intern Med. 2013; 173:1014-1016 [AO,I]
23553143

VACUNAS DE LA GRIPE: HORA DE VOLVER A PENSAR

JAMA Psychiatry

Hardy J. Psychiatric genetics: are we there yet? JAMA Psychiatry. 2013; 70:569-570 [AO,I]
23571455

GENÉTICA PEDIÁTRICA: ¿ESTAMOS YA AHÍ?

REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGIA

Gutiérrez-Misis A, Sánchez-Santos MT, Banegas JR, Zunzunegui MV, Sánchez-Martínez M, Castell MV, et al. Asociación entre presión arterial y mortalidad en una cohorte de individuos

de edad igual o superior a 65 años de España: un modelo dinámico. *Rev Esp Cardiol.* 2013; 66:464-471 [S,I]

23490258

ASOCIACIÓN ENTRE PRESIÓN ARTERIAL Y MORTALIDAD EN UNA COHORTE DE INDIVIDUOS DE EDAD IGUAL O SUPERIOR A 65 AÑOS DE ESPAÑA: UN MODELO DINÁMICO

Dégano IR, Elosua R, Marrugat J. Epidemiología del síndrome coronario agudo en España: estimación del número de casos y la tendencia de 2005 a 2049. *Rev Esp Cardiol.* 2013; 66:472-481 [T,I]

23664322

EPIDEMIOLOGÍA DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN ESPAÑA: ESTIMACIÓN DEL NÚMERO DE CASOS Y LA TENDENCIA DE 2005 A 2049

SCANDINAVIAN JOURNAL OF PRIMARY HEALTH CARE

Kirkengen AL, Ekland TJ, Getz L, Hetlevik I, Schei E, Ulvestad E, et al. What constitutes competence? That depends on the task. *Scand J Prim Health Care.* 2013; 31:65-66 [AO,I]

23659707

¿QUÉ CONSTITUYE LA COMPETENCIA? ESO DEPENDE DE LA TAREA

Skoglund I, Björkelund C, Petzold M, Gunnarsson R, Möller M. A randomized controlled trial comparing two ways of providing evidence-based drug information to GPs. *Scand J Prim Health Care.* 2013; 31:67-72 [EC,I]

23465039

ENSAYO CONTROLADO ALEATORIZADO COMPARANDO DOS FORMAS DE PROPORCIONAR INFORMACIÓN FARMACOLÓGICA BASADA EN LA EVIDENCIA A LOS MÉDICOS GENERALES

Bjornsson S, Sigurdsson JA, Svavarsdottir AE, Gudmundsson GH. Gatekeeping and referrals to cardiologists: general practitioners' views on interactive communications. *Scand J Prim Health Care.* 2013; 31:79-82 [T,I]

23607368

REGULACIÓN DE LA ENTRADA Y DERIVACIONES A LOS CARDIÓLOGOS: PUNTOS DE VISTA DE LOS MÉDICOS GENERALES SOBRE LAS COMUNICACIONES INTERACTIVAS

Zielinski A, Borgquist L, Halling A. Distance to hospital and socioeconomic status influence secondary health care use. *Scand J Prim Health Care.* 2013; 31:83-88 [T,I]

23301541

LA DISTANCIA AL HOSPITAL Y EL ESTATUS SOCIOECONÓMICO INFLUYEN SOBRE EL USO DE LA ATENCIÓN SANITARIA SECUNDARIA

Holmberg S, Thelin A. High dairy fat intake related to less central obesity: a male cohort study with 12 years' follow-up. *Scand J Prim Health Care.* 2013; 31:89-94 [S,I]

23320900

LA INGESTA ELEVADA DE GRASA LÁCTEA SE RELACIONA CON MENOS OBESIDAD CENTRAL: ESTUDIO DE COHORTE MASCULINA CON 12 AÑOS DE SEGUIMIENTO

Aamland A, Werner EL, Malterud K. Sickness absence, marginality, and medically unexplained physical symptoms: a focus-group study of patients' experiences. *Scand J Prim Health Care.* 2013; 31:95-100 [C,I]

23659708

AUSENCIA DE ENFERMEDAD, MARGINALIDAD Y SÍNTOMAS FÍSICOS SIN EXPLICACIÓN MÉDICA: ESTUDIO

MEDIANTE GRUPO FOCAL DE LAS EXPERIENCIAS DE LOS PACIENTES

MEDICINA CLINICA

Andrés E, Cordero A, León M, Alcalde V, Laclaustra M, Casasnovas JA; en representación de los investigadores del estudio MESYAS (MEtabolic Syndrome Active Subjects). Escala para la predicción de la aparición de hipertensión arterial en población activa masculina. *Med Clin (Barc).* 2013; 140:487-492 [S,I]

23199830

ESCALA PARA LA PREDICCIÓN DE LA APARICIÓN DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN POBLACIÓN ACTIVA MASCULINA

Pariante E, Ramos C, Olmos JM, Hernández JL, García P, Nan D. Relación entre la concentración plasmática de tirotropina y enfermedad cardiovascular (Cohorte Camargo). *Med Clin (Barc).* 2013; 140:493-499 [T,I]

22717352

RELACIÓN ENTRE LA CONCENTRACIÓN PLASMÁTICA DE TIROTROPINA Y ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR (COHORTE CAMARGO)

Catalá-López F, Gènova-Maleras R. La prevención y el control de las enfermedades crónicas no transmisibles en España: una llamada para la acción. *Med Clin (Barc).* 2013; 140:502-503 [AO,I]

23294629

LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN ESPAÑA: UNA LLAMADA PARA LA ACCIÓN

Piqué JM ¿Dónde está y hacia dónde va nuestro sistema sanitario? *Med Clin (Barc).* 2013; 140:514-519 [AO,I]

23294630

¿DÓNDE ESTÁ Y HACIA DÓNDE VA NUESTRO SISTEMA SANITARIO?

MORBIDITY AND MORTALITY WEEKLY REPORT

Marshfield Clinic Research Foundation, Marshfield, Wisconsin. Prevention of measles, rubella, congenital rubella syndrome, and mumps, 2013: summary recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR Recomm Rep.* 2013; 62(RR-04):1-34 [M,II]

23760231

PREVENCIÓN DEL SARAMPIÓN, LA RUBEOLA, EL SÍNDROME DE RUBEOLA CONGÉNITA Y LAS PAPERAS, 2013: RESUMEN DE LAS RECOMENDACIONES DEL ACIP

THE LANCET

A revolution in psychiatry. *Lancet.* 2013; 381:1878 [AO,I]

23725715

UNA REVOLUCIÓN EN LA PSIQUIATRÍA

Ready, set, go for physical activity. *Lancet.* 2013; 381:1960 [AO,I]

23746881

PREPARADOS, LISTOS, YA PARA LA ACTIVIDAD FÍSICA

30 years of HIV: where next? *Lancet.* 2013; 381:2056 [AO,I]

23769214

30 AÑOS DE VIH: ¿DÓNDE ESTÁ LO SIGUIENTE?

Lewin SR. A cure for HIV: where we've been, and where we're headed. *Lancet.* 2013; 381:2057-2058 [AO,I]

23769215

CURA DEL VIH: DE DÓNDE VENIMOS, A DÓNDE NOS DIRIGIMOS

Karim SS. HIV pre-exposure prophylaxis in injecting drug users. Lancet. 2013; 381:2060-2062 [AO,I] 23769217

PROFILAXIS PREEXPOSICIÓN EN LOS USUARIOS DE DROGAS INYECTADAS

Violence against women: ending the global scourge. Lancet. 2013; 381:2135 [AO,I] 23791330

VIOLENCIA CONTRA LA MUJER: ACABAR CON EL AZOTE MUNDIAL

Steer PJ. Is vitamin D supplementation in pregnancy advisable? Lancet. 2013; 381:2143-2145 [AO,I] 23518315

¿SON ACONSEJABLES LOS SUPLEMENTOS DE VITAMINA D EN EL EMBARAZO?

Lawlor DA, Wills AK, Fraser A, Sayers A, Fraser WD, Tobias JH. Association of maternal vitamin D status during pregnancy with bone-mineral content in offspring: a prospective cohort study. Lancet. 2013; 381:2176-2183 [S,I] 23518316

ASOCIACIÓN DEL ESTATUS DE VITAMINA D MATERNA DURANTE EL EMBARAZO CON EL CONTENIDO MINERAL ÓSEO EN LA DESCENDENCIA: ESTUDIO PROSPECTIVO DE COHORTE

THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE

Piot P, Quinn TC. Response to the AIDS pandemic--a global health model. N Engl J Med. 2013; 368:2210-2218 [R,I] 23738546

RESPUESTA A LA PANDEMIA DE SIDA--UN MODELO MUNDIAL DE SALUD

Croskerry P. From mindless to mindful practice--cognitive bias and clinical decision making. N Engl J Med. 2013; 368:2445-2448 [AO,I] 23802513

DE LA PRÁCTICA SIN SENTIDO A LA PRÁCTICA CONSCIENTE--SESGO COGNITIVO Y TOMA DE DECISIONES CLÍNICAS

Smith AK, White DB, Arnold RM. Uncertainty--the other side of prognosis. N Engl J Med. 2013; 368:2448-2450 [AO,I] 23802514

INCERTIDUMBRE--LA OTRA CARA DEL PRONÓSTICO

Chen AH, Murphy EJ, Yee HF Jr. eReferral--a new model for integrated care. N Engl J Med. 2013; 368:2450-2453 [AO,I] 23802515

eDERIVACIÓN--UN NUEVO MODELO DE ATENCIÓN INTEGRADA

Wechsler ME. Inhibiting interleukin-4 and interleukin-13 in difficult-to-control asthma. N Engl J Med. 2013; 368:2511-2513 [AO,I] 23688322

INHIBICIÓN DE INTERLEUKINA 4 E INTERLEUKINA 13 EN EL ASMA DIFÍCIL DE CONTROLAR

THORAX

Cates C. Inhaled corticosteroids in COPD: quantifying risks and benefits. Thorax. 2013; 68:499-500 [AO,I] 23242950

CORTICOIDES INHALADOS EN LA EPOC: CUANTIFICAR RIESGOS Y BENEFICIOS

Suissa S. Number needed to treat in COPD: exacerbations versus pneumonias. Thorax. 2013; 68:540-543 [M,II] 23125170

NÚMERO NECESARIO DE TRATAR EN EPOC: EXACERBACIONES FRENTE A NEUMONIAS

JULIO

ANNALS OF INTERNAL MEDICINE

Chou R, Dana T, Bougatsos C, Blazina I, Starmer AJ, Reitel K, et al. Pressure ulcer risk assessment and prevention: a systematic comparative effectiveness review. Ann Intern Med. 2013; 159:28-38 [M,II] 23817702

VALORACIÓN Y PREVENCIÓN DEL RIESGO DE ÚLCERA POR PRESIÓN: REVISIÓN SISTEMÁTICA DE EFECTIVIDAD COMPARADA

Screening for HIV: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Ann Intern Med. 2013; 159:I-36 [M,II] 23817719

CRIBAJE DEL VIH: DECLARACIÓN DE RECOMENDACIÓN DEL US PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE

Smith ME, Totten A, Hickam DH, Fu R, Wasson N, Rahman B, et al. Pressure ulcer treatment strategies: a systematic comparative effectiveness review. Ann Intern Med. 2013; 159:39-50 [M,II] 23817703

ESTRATEGIAS DE TRATAMIENTO DE LA ÚLCERA POR PRESIÓN: REVISIÓN SISTEMÁTICA DE EFECTIVIDAD COMPARADA

Cook NR, Lee IM, Zhang SM, Moorthy MV, Buring JE. Alternate-day, low-dose aspirin and cancer risk: long-term observational follow-up of a randomized trial. Ann Intern Med. 2013; 159:77-85 [EC,II] 23856681

ASPIRINA EN BAJA DOSIS EN DÍAS ALTERNOS Y RIESGO DE CÁNCER: SEGUIMIENTO OBSERVACIONAL A LARGO PLAZO DE UN ENSAYO ALEATORIZADO

Donovan L, Hartling L, Muise M, Guthrie A, Vandermeer B, Dryden DM. Screening tests for gestational diabetes: a systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med. 2013; 159:115-122 [M,II] 23712349

PRUEBAS DE CRIBAJE DE LA DIABETES GESTACIONAL: REVISIÓN SISTEMÁTICA PARA EL US PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE

Hartling L, Dryden DM, Guthrie A, Muise M, Vandermeer B, Donovan L. Benefits and harms of treating gestational diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis for the U.S. Preventive Services Task Force and the National Institutes of Health Office of Medical Applications of Research. Ann Intern Med. 2013; 159:123-129 [M,II] 23712381

BENEFICIOS Y PERJUICIOS DE TRATAR LA DIABETES MELLITUS GESTACIONAL: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS PARA EL US PREVENTIVE SERVICES

TASK FORCE Y EL DEPARTAMENTO DE APLICACIONES MÉDICAS DE LA INVESTIGACIÓN DE LOS NIH

Rothwell PM. Alternate-day, low-dose aspirin and cancer risk. *Ann Intern Med.* 2013; 159:148-150 [AO,I]
23856684
ASPIRINA EN DOSIS BAJAS EN DÍAS ALTERNOS Y RIESGO DE CÁNCER

ARTHRITIS AND RHEUMATISM

Brown MT, Murphy FT, Radin DM, Davignon I, Smith MD, West CR. Tanezumab reduces osteoarthritic hip pain: results of a randomized, double-blind, placebo-controlled phase III trial. *Arthritis Rheum.* 2013; 65:1795-1803 [EC,I]
23553790
EL TANEXUMAB REDUCE EL DOLOR DE ARTROSIS DE CADEIRA: RESULTADOS DE UN ENSAYO ALEATORIZADO CONTROLADO CON PLACEBO A DOBLE CIEGO EN FASE III

Wenger A, Wirth W, Hudelmaier M, Noebauer-Huhmann I, Trattnig S, Bloecker K, et al. Meniscus body position, size, and shape in persons with and persons without radiographic knee osteoarthritis: quantitative analyses of knee magnetic resonance images from the osteoarthritis initiative. *Arthritis Rheum.* 2013; 65:1804-1811 [T,I]
23529645
POSICIÓN, TAMAÑO Y FORMA DEL CUERPO MENISCAL EN PERSONAS CON Y SIN ARTROSIS DE RODILLA RADIOGRÁFICA: ANÁLISIS CUANTITATIVO DE IMÁGENES DE RESONANCIA MAGNÉTICA DE RODILLA DE LA INICIATIVA DE ARTROSIS

Soni A, Batra RN, Gwilym SE, Spector TD, Hart DJ, Arden NK, et al. Neuropathic features of joint pain: a community-based study. *Arthritis Rheum.* 2013; 65:1942-1949 [T,I]
23553508
CARACTERÍSTICAS NEUROPÁTICAS DEL DOLOR ARTICULAR: ESTUDIO BASADO EN LA COMUNIDAD

BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY

Russ TC, Stamatakis E, Hamer M, Starr JM, Kivimäki M, Batty GD. Socioeconomic status as a risk factor for dementia death: individual participant meta-analysis of 86 508 men and women from the UK. *Br J Psychiatry.* 2013;203:10-17. doi [M,II]
23818534
ESTATUS SOCIOECONÓMICO COMO FACTOR DE RIESGO DE MUERTE POR DEMENCIA: METAANÁLISIS DE PARTICIPANTES INDIVIDUALES DE 86.508 HOMBRES Y MUJERES DEL RU

BRITISH MEDICAL JOURNAL

Vaz Jdos S, Kac G, Emmett P, Davis JM, Golding J, Hibbeln JR. Dietary patterns, n-3 fatty acids intake from seafood and high levels of anxiety symptoms during pregnancy: findings from the Avon longitudinal study of parents and children. *PLoS One.* 2013; 8:e67671 [T,I]
23874437
PAUTAS DIETÉTICAS, INGESTA DE ÁCIDOS GRASOS N3 DE PESCADO Y SÍNTOMAS DE NIVELES ELEVADOS DE ANSIEDAD DURANTE EL EMBARAZO: HALLAZGOS DEL ESTUDIO LONGITUDINAL DE PADRES Y NIÑOS AVON

Uprichard WO, Uprichard J. Investigating microcytic anaemia. *BMJ.* 2013; 346:f3154 [R,I]
23747966

INVESTIGAR LA ANEMIA MICROCÍTICA

Day RO, Graham GG. Non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs). *BMJ.* 2013; 346:f3195 [R,I]
23757736
AINE

Wiener RS, Schwartz LM, Woloshin S. When a test is too good: how CT pulmonary angiograms find pulmonary emboli that do not need to be found. *BMJ.* 2013; 347:f3368 [R,I]
23820021
CUANDO UNA PRUEBA ES DEMASIADO BUENA: CÓMO LOS ANGIOTAC PULMONARES HALLAN ÉMBOLOS PULMONARES QUE NO ES PRECISO HALLAR

Thachil J, Fitzmaurice D. Thrombocytopenia in an adult. *BMJ.* 2013; 346:f3407 [R,I]
23751903
TROMBOCITOPENIA EN UN ADULTO

Hull SC, Colloca L, Avins A, Gordon NP, Somkin CP, Kaptchuk TJ, et al. Patients' attitudes about the use of placebo treatments: telephone survey. *BMJ.* 2013; 347:f3757 [T,I]
23819963
ACTITUDES DE LOS PACIENTES RESPECTO LOS TRATAMIENTOS CON PLACEBO: ENCUESTA TELEFÓNICA

Sarri G, Westby M, Bermingham S, Hill-Cawthorne G, Thomas H; Guideline Development Group. Diagnosis and management of chronic hepatitis B in children, young people, and adults: summary of NICE guidance. *BMJ.* 2013; 346:f3893 [M,III]
23804177
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS B EN NIÑOS, JÓVENES Y ADULTOS: RESUMEN DE LA GUÍA NICE

Bay B, Mortensen EL, Hvidtjørn D, Kesmodel US. Fertility treatment and risk of childhood and adolescent mental disorders: register based cohort study. *BMJ.* 2013; 347:f3978 [S,I]
23833075
TRATAMIENTO DE FERTILIDAD Y RIESGO DE TRASTORNOS MENTALES EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA: ESTUDIO DE COHORTE BASADA EN REGISTRO

Carville S, Harker M, Henderson R, Gray H; Guideline Development Group. Acute management of myocardial infarction with ST-segment elevation: summary of NICE guidance. *BMJ.* 2013; 347:f4006 [M,III]
23843545
TRATAMIENTO AGUDO DEL INFARTO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST: RESUMEN DE LA GUÍA NICE

Collis E, Al-Qurainy R. Care of the dying patient in the community. *BMJ.* 2013; 347:f4085 [R,II]
23823993
ATENCIÓN AL PACIENTE MORIBUNDO EN LA COMUNIDAD

Drug and Therapeutics Bulletin. Management of infantile colic. *BMJ.* 2013; 347:f4102 [R,I]
23843563
TRATAMIENTO DEL CÓLICO INFANTIL

Glasziou P, Moynihan R, Richards T, Godlee F. Too much medicine; too little care. *BMJ.* 2013; 347:f4247 [AO,I]
23820022
DEMASIADA MEDICINA; DEMASIADOS POCOS CUIDADOS

Baxter R, Bartlett J, Rowhani-Rahbar A, Fireman B, Klein NP. Effectiveness of pertussis vaccines for adolescents and adults: case-control study. *BMJ.* 2013; 347:f4249 [CC,I]
23873919

EFFECTIVIDAD DE LA VACUNA DE LA TOS FERINA EN ADOLESCENTES Y ADULTOS: ESTUDIO CASO CONTROL

Marsden G, Perry M, Kelley K, Davies AH; Guideline Development Group. Diagnosis and management of varicose veins in the legs: summary of NICE guidance. *BMJ*. 2013; 347:f4279 [M,III]

23884969

DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LAS VENAS VARICOSAS EN LAS PIERNAS: RESUMEN DE LA GUÍA NICE

Moynihan R, Glasscock R, Doust J. Chronic kidney disease controversy: how expanding definitions are unnecessarily labelling many people as diseased. *BMJ*. 2013; 347:f4298 [AO,II]

23900313

LA CONTROVERSA DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA: CÓMO EL EXPANDIR LAS DEFINICIONES ESTÁ ETIQUETANDO INNECESARIAMENTE COMO ENFERMAS A MUCHAS PERSONAS

Krafft A. Iron supplementation in pregnancy. *BMJ*. 2013; 347:f4399 [AO,I]

23843551

SUPLEMENTOS DE HIERRO EN EL EMBARAZO

Bridgewater B, Irvine D, Keogh B. NHS transparency. *BMJ*. 2013; 347:f4402 [AO,I]

23836717

TRANSPARENCIA DEL NHS

Gjelstad S, Høye S, Straand J, Brekke M, Dalen I, Lindbæk M. Improving antibiotic prescribing in acute respiratory tract infections: cluster randomised trial from Norwegian general practice (prescription peer academic detailing (Rx-PAD) study) *BMJ*. 2013; 347:f4403 [EC,II]

MEJORAR LA PRESCRIPCIÓN DE ANTIBIÓTICOS EN LAS INFECCIONES AGUDAS DE VÍAS RESPIRATORIAS: ENSAYO ALEATORIZADO POR GRUPOS EN LA MEDICINA GENERAL NORUEGA (Rx-PAD)

Lawlor DA, Pearce N. The Vienna declaration on nutrition and non-communicable diseases. *BMJ*. 2013; 347:f4417 [AO,I]

23857985

DECLARACIÓN DE VIENA SOBRE NUTRICIÓN Y ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Berghöfer A. Lithium and suicide. *BMJ*. 2013; 347:f4449 [AO,I]

23843554

LITIO Y SUICIDIO

Siontis KC, Hernandez-Boussard T, Ioannidis JPA. Overlapping meta-analyses on the same topic: survey of published studies. *BMJ*. 2013; 347:f4501 [T,I]

METAANÁLISIS SOLAPADO SOBRE EL MISMO TEMA: ENCUESTA DE ESTUDIOS PUBLICADOS

Khaw KT. Dietary fats and breast cancer risk. *BMJ*. 2013; 347:f4518 [AO,I]

23861431

GRASAS EN LA DIETA Y RIESGO DE CÁNCER DE MAMA

CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION JOURNAL

Swanson SA, Colman I. Association between exposure to suicide and suicidality outcomes in youth. *CMAJ*. 2013; 185:870-877 [S,I]

23695600

ASOCIACIÓN ENTRE EXPOSICIÓN AL SUICIDIO E INTENTOS EFECTIVOS DE SUICIDIO EN LA JUVENTUD

Naqvi R, Liberman D, Rosenberg J, Alston J, Straus S. Preventing cognitive decline in healthy older adults. *CMAJ*. 2013; 185:881-885 [AO,I]

23589432

PREVENIR EL DETERIORO COGNITIVO EN ANCIANOS SANOS

Bird ST, Etminan M, Brophy JM, Hartzema AG, Delaney JA. Risk of acute kidney injury associated with the use of fluoroquinolones. *CMAJ*. 2013; 185:E475-E482 [S,I]

23734036

RIESGO DE DAÑO RENAL AGUDO ASOCIADO CON EL USO DE FLUORQUINOLONAS

Coldman A, Phillips N. Incidence of breast cancer and estimates of overdiagnosis after the initiation of a population-based mammography screening program. *CMAJ*. 2013; 185:E492-E498 [T,I]

23754101

INCIDENCIA DE CÁNCER DE MAMA Y SOBREDIAGNÓSTICO TRAS EL INICIO DE UN PROGRAMA DE CRIBAJE MAMOGRAFICO POBLACIONAL

CIRCULATION

Egan BM, Li J, Qanungo S, Wolfman TE. Blood pressure and cholesterol control in hypertensive hypercholesterolemic patients: National Health and Nutrition Examination Surveys 1988-2010. *Circulation*. 2013; 128:29-41 [T,II]

23817481

CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL Y DEL COLESTEROL EN LOS PACIENTES HIPERTENSOS HIPERCOLESTEROLÉMICOS: ENCUESTAS EXAMEN NACIONALES DE SALUD Y NUTRICIÓN 1988-2010

Khera AV, Plutzky J. Management of low levels of high-density lipoprotein-cholesterol. *Circulation*. 2013; 128:72-78 [R,I]

23817482

MANEJO DE LOS NIVELES BAJOS DE COLESTEROL HDL

Yong CM, Froelicher V, Wagner G. The electrocardiogram at a crossroads. *Circulation*. 2013; 128:79-82 [AO,I]

23817483

EL ELECTROCARDIOGRAMA EN LA ENCRUCIJADA

Mahfoud F, Ukena C, Schmieder RE, Cremers B, Rump LC, Vonend O, et al. Ambulatory blood pressure changes after renal sympathetic denervation in patients with resistant hypertension. *Circulation*. 2013; 128:132-140 [QE,II]

23780578

CAMBIOS EN LA PRESIÓN ARTERIAL AMBULATORIA TRAS DENERVACIÓN SIMPÁTICA RENAL EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN RESISTENTE

Zachariah JP. Improving blood pressure in children is protective over the long term. *Circulation*. 2013; 128:198-199 [AO,I]

23780576

LA MEJORA DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN NIÑOS PROTEGE A LARGO PLAZO

Verheugt FW. New oral anticoagulants in atrial fibrillation forever? *Circulation*. 2013; 128:200-202 [AO,I]

23770746

¿NUEVOS ANTICOAGULANTES ORALES EN LA FIBRILACIÓN AURICULAR PARA SIEMPRE?

Juhola J, Magnussen CG, Berenson GS, Venn A, Burns TL, Sabin MA, et al. Combined effects of child and adult elevated blood pressure on subclinical atherosclerosis: the International

Childhood Cardiovascular Cohort Consortium. *Circulation*. 2013; 128:217-224 [S,II]

23780579

EFFECTOS COMBINADOS DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN NIÑOS Y ADULTOS SOBRE LA ATROSCLEROSIS SUBCLÍNICA: CONSORCIO INTERNACIONAL COHORTE CARDIOVASCULAR INFANTIL

Connolly SJ, Wallentin L, Ezekowitz MD, Eikelboom J, Oldgren J, Reilly PA, et al. The long-term multicenter observational study of dabigatran treatment in patients with atrial fibrillation (RELY-ABLE) study. *Circulation*. 2013; 128:237-243 [S,II]

23770747

ESTUDIO OBSERVACIONAL MULTICÉNTRICO DE TRATAMIENTO A LARGO PLAZO CON DABIGATRÁN EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR (RELY-ABLE)

Parati G, Ochoa JE, Bilo G. Renal sympathetic denervation and daily life blood pressure in resistant hypertension: simplicity or complexity? *Circulation*. 2013; 128:315-317 [AO,I]

23780577

DENERVACIÓN SIMPÁTICA RENAL Y PRESIÓN ARTERIAL EN LA VIDA DIARIA EN LA HIPERTENSIÓN RESISTENTE: ¿SENCILLEZ O COMPLEJIDAD?

Cahill LE, Chiuve SE, Mekary RA, Jensen MK, Flint AJ, Hu FB, et al. Prospective study of breakfast eating and incident coronary heart disease in a cohort of male US health professionals. *Circulation*. 2013; 128:337-343 [S,I]

23877060

ESTUDIO PROSPECTIVO DE COMIDA EN EL DESAYUNO E INCIDENCIA DE ENFERMEDAD CARDIACA CORONARIA EN UNA COHORTE DE PROFESIONALES SANITARIOS MASCULINOS DE EE UU

Bagai A, Jollis JG, Dauerman HL, Peng SA, Rokos IC, Bates ER, et al. Emergency department bypass for ST-segment-elevation myocardial infarction patients identified with a prehospital electrocardiogram: a report from the American Heart Association Mission: Lifeline Program. *Circulation*. 2013; 128:352-359 [T,II]

23788525

PUNTEO DEL DEPARTAMENTO DE URGENCIAS DE PACIENTES CON INFARTO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST IDENTIFICADOS MEDIANTE ELECTROCARDIOGRAMA PREHOSPITALARIO: INFORME DE LA MISIÓN PROGRAMA VITAL DE LA AHA

Magnani JW, Hylek EM, Apovian CM. Obesity begets atrial fibrillation: a contemporary summary. *Circulation*. 2013; 128:401-405 [AO,II]

23877062

LA OBESIDAD PRODUCE FIBRILACIÓN AURICULAR: RESUMEN CONTEMPORÁNEO

Meaney PA, Bobrow BJ, Mancini ME, Christenson J, de Caen AR, Bhanji F, et al; CPR Quality Summit Investigators, the American Heart Association Emergency Cardiovascular Care Committee, and the Council on Cardiopulmonary, Critical Care, Perioperative and Resuscitation. Cardiopulmonary resuscitation quality: improving cardiac resuscitation outcomes both inside and outside the hospital: a consensus statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2013; 128:417-435 [M,II]

23801105

CALIDAD DE LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR: MEJORAR LOS RESULTADOS DE LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR TANTO DENTRO COMO FUERA DEL HOSPITAL: DECLARACIÓN DE CONSENSO DE LA AHA

DIABETES CARE

Cefalu WT, Rosenstock J, Henry RR, Riddle M. Signals and noise in drug safety analyses: the incretin therapy debate provides the rationale for revamping epidemiologic pharmacovigilance. *Diabetes Care*. 2013; 36:1804-1806 [AO,I]

23695816

SEÑALES Y RUIDO EN LOS ANÁLISIS DE SEGURIDAD DE FÁRMACOS: EL DEBATE SOBRE EL TRATAMIENTO CON INCRETINAS PROPORCIONA RACIONALIDAD PARA PONER AL DÍA LA FARMACOVIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Draznin B, Gilden J, Golden SH, Inzucchi SE; PRIDE investigators. Pathways to quality inpatient management of hyperglycemia and diabetes: a call to action. *Diabetes Care*. 2013; 36:1807-1814 [AO,II]

23801791

RUTAS HACIA EL TRATAMIENTO HOSPITALARIO DE CALIDAD DE LA HIPERGLUCEMIA Y LA DIABETES: LLAMAMIENTO A LA ACCIÓN

Myers VH, McVay MA, Brashear MM, Johannsen NM, Swift DL, Kramer K, et al. Exercise training and quality of life in individuals with type 2 diabetes: a randomized controlled trial. *Diabetes Care*. 2013; 36:1884-1890 [EC,I]

23404304

ENTRENAMIENTO FÍSICO Y CALIDAD DE VIDA EN LOS INDIVIDUOS CON DIABETES TIPO 2: ENSAYO ALEATORIZADO CONTROLADO

Chatterjee R, Narayan KM, Lipscomb J, Jackson SL, Long Q, Zhu M, et al. Screening for diabetes and prediabetes should be cost-saving in patients at high risk. *Diabetes Care*. 2013; 36:1981-1987 [CE,II]

23393215

EL CRIBAJE DE LA DIABETES Y LA PREDIABETES DEBERÍA AHORRAR COSTES EN LOS PACIENTES DE ALTO RIESGO

Zhu WW, Fan L, Yang HX, Kong LY, Su SP, Wang ZL, et al. Fasting plasma glucose at 24-28 weeks to screen for gestational diabetes mellitus: new evidence from China. *Diabetes Care*. 2013; 36:2038-2040 [T,I]

23536582

GLUCOSA PLASMÁTICA EN AYUNAS A LAS 24-28 SEMANAS PARA CRIBAR LA DIABETES MELLITUS GESTACIONAL: NUEVAS PRUEBAS DESDE CHINA

Butler PC, Elashoff M, Elashoff R, Gale EA. A critical analysis of the clinical use of incretin-based therapies: are the GLP-1 therapies safe? *Diabetes Care*. 2013; 36:2118-2125 [R,II]

23645885

ANÁLISIS CRÍTICO DEL USO DE TRATAMIENTOS BASADOS EN INCRETINAS: ¿SON SEGUROS LOS TRATAMIENTOS CON GLP-1?

Nauck MA. A critical analysis of the clinical use of incretin-based therapies: the benefits by far outweigh the potential risks. *Diabetes Care*. 2013; 36:2126-2132 [R,II]

23645884

ANÁLISIS CRÍTICO DEL USO DE TRATAMIENTOS BASADOS EN INCRETINAS: LOS BENEFICIOS HASTA EL MOMENTO SUPERAN A LOS RIESGOS POTENCIALES

DRUGS

Brass EP. Intermittent claudication: new targets for drug development. *Drugs*. 2013; 73:999-1014 [AO,I]

23775528

CLAUDICACIÓN INTERMITENTE: NUEVAS DIANAS PARA EL DESARROLLO DE FÁRMACOS

Orme IM. Vaccine development for tuberculosis: current progress. *Drugs*. 2013; 73:1015-1024 [R,I]
23794129

DESARROLLO DE VACUNAS PARA LA TUBERCULOSIS: PROGRESO ACTUAL

Alla VM, Agrawal V, Denazareth A, Mohiuddin S, Ravilla S, Rendell M. A reappraisal of the risks and benefits of treating to target with cholesterol lowering drugs. *Drugs*. 2013; 73:1025-1054 [R,II]
23754124

REEVALUACIÓN DE LOS RIESGOS Y BENEFICIOS DE TRATAR POR OBJETIVOS CON LOS FÁRMACOS REDUCTORES DEL COLESTEROL

Torta RG, Ieraci V. Pharmacological management of depression in patients with cancer: practical considerations. *Drugs*. 2013; 73:1131-1145 [R,I]
23839658

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA DEPRESIÓN EN PACIENTES CON CÁNCER: CONSIDERACIONES PRÁCTICAS

Cohn AC, Harrison LH. Meningococcal vaccines: current issues and future strategies. *Drugs*. 2013; 73:1147-1155 [R,I]
23839656

VACUNAS MENINGOCÓCICAS: ASPECTOS ACTUALES Y ESTRATEGIAS FUTURAS

Sardar P, Chatterjee S, Mukherjee D. Efficacy and safety of new oral anticoagulants for extended treatment of venous thromboembolism: systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials. *Drugs*. 2013; 73:1171-1182 [M,II]
23812923

EFICACIA Y SEGURIDAD DE LOS NUEVOS ANTICOAGULANTES ORALES EN EL TRATAMIENTO AMPLIADO DEL TROMBOEMBOLISMO VENOSO: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS DE ENSAYOS ALEATORIZADOS CONTROLADOS

EUROPEAN HEART JOURNAL

Vlachopoulos C, Jackson G, Stefanadis C, Montorsi P. Erectile dysfunction in the cardiovascular patient. *Eur Heart J*. 2013; 34:2034-2046 [R,I]
23616415

DISFUNCIÓN ERÉCTIL EN EL PACIENTE CARDIOVASCULAR

Heidbuchel H, Verhamme P, Alings M, Antz M, Hacke W, Oldgren J, et al. EHRA Practical Guide on the use of new oral anticoagulants in patients with non-valvular atrial fibrillation: executive summary. *Eur Heart J*. 2013; 34:2094-2106 [M,III]
23625209

GUÍA PRÁCTICA EHRA SOBRE USO DE LOS NUEVOS ANTICOAGULANTES ORALES EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR NO VALVULAR

Mahfoud F, Lüscher TF, Andersson B, Baumgartner I, Cifkova R, Dimario C, et al. Expert consensus document from the European Society of Cardiology on catheter-based renal denervation. *Eur Heart J*. 2013; 34:2149-2157 [M,II]
23620497

DOCUMENTO DE CONSENSO DE EXPERTOS DE LA ESC SOBRE DENERVACIÓN RENAL MEDIANTE CATÉTER

Authors/Task Force Members, Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redon J, Zanchetti A, Böhm M, et al; ESC Committee for Practice Guidelines (CPG), Zamorano JL, Achenbach S, Baumgartner H, Bax JJ, Bueno H, Dean V, et al; Document

Reviewers, Clement DL, Coca A, Gillebert TC, Tendera M, Rosei EA, Ambrosioni E, et al. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J*. 2013; 34:2159-2219 [M,III]
23771844

PAUTAS DE 2013 DE LA ESH/ESC PARA EL MANEJO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL: GRUPO DE TRABAJO PARA EL MANEJO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LA ESH Y LA ESC

FAMILY MEDICINE

Klabunde CN, Han PK, Earle CC, Smith T, Ayanian JZ, Lee R, et al. Physician roles in the cancer-related follow-up care of cancer survivors. *Fam Med*. 2013; 45:463-474 [T,I]
23846965

PAPEL DEL MÉDICO EN LA ATENCIÓN DE SEGUIMIENTO RELACIONADA CON EL CÁNCER EN LOS SUPERVIVIENTES DE CÁNCER

Kruse RL, Olsberg JE, Shigaki CL, Parker Oliver DR, Vetter-Smith MJ, Day TM, et al. Communication during patient-provider encounters regarding diabetes self-management. *Fam Med*. 2013; 45:475-483 [C,I]
23846966

COMUNICACIÓN EN LOS ENCUENTROS ENTRE EL PACIENTE Y EL PROFESIONAL RESPECTO AL AUTOMANEJO DE LA DIABETES

Heidelbaugh J, Cooke J, Wimsatt L. Opportunities for medical student engagement with family medicine. *Fam Med*. 2013; 45:484-491 [T,I]
23846967

OPORTUNIDADES PARA EL COMPROMISO DEL ESTUDIANTE DE MEDICINA CON LA MEDICINA DE FAMILIA

Cass AR, Alonso WJ, Islam J, Weller SC. Risk of obstructive sleep apnea in patients with type 2 diabetes mellitus. *Fam Med*. 2013; 45:492-500 [T,I]
23846968

RIESGO DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

GACETA SANITARIA

Morgan A. Beneficios y retos de la salud pública basada en la evidencia: la experiencia del National Institute for Health and Care Excellence. *Gac Sanit*. 2013; 27:287-289 [AO,I]
23759186

BENEFICIOS Y RETOS DE LA SALUD PÚBLICA BASADA EN LA EVIDENCIA: LA EXPERIENCIA DEL NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE

Murillo C, Saurina C. Medida de la importancia de las dimensiones de la satisfacción en la provisión de servicios de salud. *Gac Sanit*. 2013; 27:304-309 [T,I]
23416027

MEDIDA DE LA IMPORTANCIA DE LAS DIMENSIONES DE LA SATISFACCIÓN EN LA PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Nuño-Solinis R, Rodríguez-Pereira C, Piñera-Elorriaga K, Zaballa-González I, Bikandi-Irazabal J. Panorama de las iniciativas de educación para el autocuidado en España. *Gac Sanit*. 2013; 27:332-337 [T,I]
23465729

PANORAMA DE LAS INICIATIVAS DE EDUCACIÓN PARA EL AUTOCUIDADO EN ESPAÑA

Guitard ML, Torres J, Farreny D, Gutiérrez JM, Martínez M, Artigues EM. Cumplimiento de las recomendaciones sobre actividad física en personas hipertensas asistidas en atención primaria. *Gac Sanit.* 2013; 27:365-368 [T,I]

23287102

CUMPLIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES SOBRE ACTIVIDAD FÍSICA EN PERSONAS HIPERTENSAS ASISTIDAS EN ATENCIÓN PRIMARIA

Gérvas J, Pérez Fernández M. Cribados: una propuesta de racionalización. *Gac Sanit.* 2013; 27:372-373 [AO,I]

23669503

CRIBADOS: UNA PROPUESTA DE RACIONALIZACIÓN

JOURNAL OF THE AMERICAN BOARD OF FAMILY MEDICINE

Pearson WS, King DE, Richards C. Capitated payments to primary care providers and the delivery of patient education. *J Am Board Fam Med.* 2013; 26:350-355 [T,I]

23833148

PAGO POR CAPITACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA Y SUMINISTRO DE EDUCACIÓN SANITARIA

Mittelstaedt TS, Mori M, Lambert WE, Saultz JW. Provider practice characteristics that promote interpersonal continuity. *J Am Board Fam Med.* 2013; 26:356-365 [C,T,I]

23833149

CARACTERÍSTICAS DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL QUE PROMUEVEN LA CONTINUIDAD INTERPERSONAL

Li J, Berkowitz Z, Richards TB, Richardson LC. Shared decision making in prostate-specific antigen testing with men older than 70 years. *J Am Board Fam Med.* 2013; 26:401-408 [T,I]

23833155

TOMA DE DECISIONES COMPARTIDAS EN LA PRÁCTICA DEL PSA EN HOMBRES MAYORES DE 70 AÑOS

Hayon R, Dalby J, Paddock E, Combs M, Schrage S. Reproductive health care of adolescent women. *J Am Board Fam Med.* 2013; 26:460-469 [R,II]

23833162

ATENCIÓN SANITARIA REPRODUCTIVA DE LAS ADOLESCENTES

Nakawah MO, Hawkins C, Barbandi F. Asthma, chronic obstructive pulmonary disease (COPD), and the overlap syndrome. *J Am Board Fam Med.* 2013; 26:470-477 [R,I]

23833163

ASMA, EPOC Y SÍNDROME DE SOLAPAMIENTO

JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION

Cedars MI. In vitro fertilization and risk of autistic disorder and mental retardation. *JAMA.* 2013; 310:42-43 [AO,I]

23821086

FERTILIZACIÓN IN VITRO Y RIESGO DE TRASTORNO AUTISTA Y RETRASO MENTAL

Hernandez AF. Preventing heart failure. *JAMA.* 2013; 310:44-45 [AO,I]

23821087

PREVENIR LA INSUFICIENCIA CARDIACA

Lindson-Hawley N, Aveyard P, Hughes JR. Gradual reduction vs abrupt cessation as a smoking cessation strategy in smokers who want to quit. *JAMA.* 2013; 310:91-92 [AO,I]

23821093

REDUCCIÓN GRADUAL O CESE ABRUPTO COMO ESTRATEGIA DE ABANDONO TABÁQUICO EN FUMADORES QUE QUIEREN HACERLO

Brilakis ES, Patel VG, Banerjee S. Medical management after coronary stent implantation: a review. *JAMA.* 2013; 310:189-198 [R,I]

23839753

TRATAMIENTO MÉDICO TRAS LA IMPLANTACIÓN DE STENT CORONARIO: REVISIÓN

Emanuel EJ, Steinmetz A. Will physicians lead on controlling health care costs? *JAMA.* 2013; 310:374-375 [AO,I]

23917285

¿VAN A LIDERAR LOS MÉDICOS EL CONTROL DE LOS COSTES DE LA ATENCIÓN SANITARIA?

Tilburt JC, Wynia MK, Sheeler RD, Thorsteinsdottir B, James KM, Egginton JS, et al. Views of US physicians about controlling health care costs. *JAMA.* 2013; 310:380-388 [T,I]

23917288

PUNTOS DE VISTA DE LOS MÉDICOS ESTADOUNIDENSES SOBRE EL CONTROL DE LOS COSTES DE LA ATENCIÓN SANITARIA

Ferraro PM, Taylor EN, Eisner BH, Gambaro G, Rimm EB, Mukamal KJ, et al. History of kidney stones and the risk of coronary heart disease. *JAMA.* 2013; 310:408-415 [S,I]

23917291

HISTORIA DE LOS CÁLCULOS RENALES Y RIESGO DE ENFERMEDAD CARDIACA CORONARIA

JAMA Internal Medicine

Mrkobrada M, Hackam DG. Selective serotonin reuptake inhibitors and surgery: to hold or not to hold, that is the question: comment on "perioperative use of selective serotonin reuptake inhibitors and risks for adverse outcomes of surgery". *JAMA Intern Med.* 2013; 173:1082-1083 [AO,I]

23699775

ISRS Y CIRUGÍA: MANTENER O NO MANTENER, ÉSA ES LA CUESTIÓN: COMENTARIO SOBRE "USO PERIOPERATORIO DE LOS ISRS Y RIESGOS DE RESULTADOS ADVERSOS DE LA CIRUGÍA"

Gershon A, Croxford R, Calzavara A, To T, Stanbrook MB, Upshur R, et al. Cardiovascular safety of inhaled long-acting bronchodilators in individuals with chronic obstructive pulmonary disease. *JAMA Intern Med.* 2013; 173:1175-1185 [CC,II]

23689820

SEGURIDAD CARDIOVASCULAR DE LOS LABA INHALADOS EN INDIVIDUOS CON EPOC

Woodruff PG. Double-edged sword?: long-acting bronchodilators in chronic obstructive pulmonary disease. *JAMA Intern Med.* 2013; 173:1184-1185 [AO,I]

23689337

¿ESPADA DE DOBLE FILO?: LABA EN LA EPOC

Lipkin M. Shared decision making. *JAMA Intern Med.* 2013; 173:1204-1205 [AO,I]

23712307

TOMA DE DECISIONES COMPARTIDA

Fowler FJ, Gerstein BS, Barry MJ. How patient centered are medical decisions?: results of a national survey. *JAMA Intern Med.* 2013; 173:1215-1221 [T,I]

23712194

¿CÓMO DE CENTRADAS EN EL PACIENTE ESTÁN LAS DECISIONES MÉDICAS?: RESULTADOS DE UNA ENCUESTA NACIONAL

Baron RB. Should we all be vegetarians? *JAMA Intern Med.* 2013; 173:1238-1239 [AO,I]

23836265

¿DEBERÍAMOS SER TODOS VEGETARIANOS?

Lipitz-Snyderman A, Bach PB. Overuse of health care services: when less is more ... more or less. *JAMA Intern Med.* 2013; 173:1277-1278 [AO,I]

23712254

USO EXCESIVO DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN SANITARIA: CUANDO MENOS ES MÁS (MÁS O MENOS)

Ioannidis JP, Prasad V. Evaluating health system processes with randomized controlled trials. *JAMA Intern Med.* 2013; 173:1279-1280 [AO,I]

23689271

EVALUAR LOS PROCESOS DEL SISTEMA SANITARIO MEDIANTE ENSAYOS ALEATORIZADOS CONTROLADOS

Jacobson MF, Havas S, McCarter R. Changes in sodium levels in processed and restaurant foods, 2005 to 2011. *JAMA Intern Med.* 2013; 173:1285-1291 [T,I]

23699927

CAMBIOS EN LOS NIVELES DE SODIO EN LAS COMIDAS PROCESADAS Y DE LOS RESTAURANTES, 2005 A 2011

Urban LE, Lichtenstein AH, Gary CE, Fierstein JL, Equi A, Kussmaul C, et al. The energy content of restaurant foods without stated calorie information. *JAMA Intern Med.* 2013; 173:1292-1299 [T,I]

23700076

CONTENIDO ENERGÉTICO DE LAS COMIDAS DE LOS RESTAURANTES SIN INFORMACIÓN EXPLÍCITA DE LAS CALORÍAS

Lipska KJ, Montori VM. Glucose control in older adults with diabetes mellitus-more harm than good? *JAMA Intern Med.* 2013; 173:1306-1307 [AO,I]

23753259

CONTROL DE GLUCOSA EN ANCIANOS CON DIABETES MELLITUS ¿MÁS PERJUICIO QUE BENEFICIO?

Mansi I, Frei CR, Pugh MJ, Makris U, Mortensen EM. Statins and musculoskeletal conditions, arthropathies, and injuries. *JAMA Intern Med.* 2013; 173:1318-1326 [S,II]

23877079

ESTATINAS Y ENFERMEDADES OSTEOMUSCULARES, ARTROPATÍAS Y HERIDAS

Pan A, Sun Q, Bernstein AM, Manson JE, Willett WC, Hu FB. Changes in red meat consumption and subsequent risk of type 2 diabetes mellitus: three cohorts of US men and women. *JAMA Intern Med.* 2013; 173:1328-1335 [S,II]

23779232

CAMBIOS EN EL CONSUMO DE CARNE ROJA Y RIESGO SUBSIGUIENTE DE DIABETES MELLITUS TIPO 2: TRES COHORTES DE MUJERES Y HOMBRES ESTADOUNIDENSES

JAMA Psychiatry

Parboosing R, Bao Y, Shen L, Schaefer CA, Brown AS. Gestational influenza and bipolar disorder in adult offspring. *JAMA Psychiatry.* 2013; 70:677-685 [CC,I]

23699867

GRIPE EN EL EMBARAZO Y TRASTORNO BIPOLAR EN LA DESCENDENCIA

Ilgem MA, Kleinberg F, Ignacio RV, Bohnert AS, Valenstein M, McCarthy JF, et al. Noncancer pain conditions and risk of suicide. *JAMA Psychiatry.* 2013; 70:692-697 [T,I]

23699975

TRASTORNOS DOLOROSOS NO ONCOLÓGICOS Y RIESGO DE SUICIDIO

MEDICINA CLINICA

Evangelista L, Juncadella E, Copetti S, Pareja A, Torradadella J, Evangelista A. Utilidad diagnóstica de la ecografía de bolsillo practicada por un médico de familia en una población hipertensa. *Med Clin (Barc).* 2013; 141:1-7 [T,I]

23453921

UTILIDAD DIAGNÓSTICA DE LA ECOGRAFÍA DE BOLSILLO PRACTICADA POR UN MÉDICO DE FAMILIA EN UNA POBLACIÓN HIPERTENSA

Ascunce N, Delfrade J, Salas D, Zubizarreta R, Ederra M; en nombre de Red de Programas de Cribado de Cáncer. Programas de detección precoz de cáncer de mama en España: características y principales resultados. *Med Clin (Barc).* 2013; 141:13-23 [T,II]

22704275

PROGRAMAS DE DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE MAMA EN ESPAÑA: CARACTERÍSTICAS Y PRINCIPALES RESULTADOS

González-Juanatey JR, Abu-Assi E. Ecografía de bolsillo practicada por un médico de familia: democratización sí, revolución no. *Med Clin (Barc).* 2013; 141:24-26 [AO,I]

23452671

ECOGRAFÍA DE BOLSILLO PRACTICADA POR UN MÉDICO DE FAMILIA: DEMOCRATIZACIÓN SÍ, REVOLUCIÓN NO

Ruilope LM, Arribas F. Hipertensión arterial resistente: de la prevención a la denervación renal. *Med Clin (Barc).* 2013; 141:27-28 [AO,I]

23337447

HIPERTENSIÓN ARTERIAL RESISTENTE: DE LA PREVENCIÓN A LA DENERVACIÓN RENAL

García-Ruiz PJ. Aplicaciones de la toxina botulínica en Neurología. *Med Clin (Barc).* 2013; 141:33-36 [AO,I]

23434466

APLICACIONES DE LA TOXINA BOTULÍNICA EN NEUROLOGÍA

Sicras A, Muñoz G, Font B, Majós N, Navarro R, Ibáñez J. Relación entre la polimedición y el control de la presión arterial: cumplimiento, persistencia, costes e incidencia de nuevos eventos cardiovasculares. *Med Clin (Barc).* 2013; 141:53-61 [T,I]

22766057

RELACIÓN ENTRE LA POLIMEDICACIÓN Y EL CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL: CUMPLIMIENTO, PERSISTENCIA, COSTES E INCIDENCIA DE NUEVOS EVENTOS CARDIOVASCULARES

Trilla A. Seguridad y efectividad de la vacuna antigripal: nuevos datos, nuevos retos. *Med Clin (Barc).* 2013; 141:67-69 [AO,I]

23768850

SEGURIDAD Y EFECTIVIDAD DE LA VACUNA ANTIGRI PAL: NUEVOS DATOS, NUEVOS RETOS

MORBIDITY AND MORTALITY WEEKLY REPORT

Division of Reproductive Health, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. U.S. Selected practice recommendations for contraceptive use, 2013: adapted from the World Health Organization selected practice recommendations for contraceptive use, 2nd edition. *MMWR Recomm Rep*. 2013; 62:1-60 [M,III]

23784109

RECOMENDACIONES PRÁCTICAS SELECCIONADAS EN EL USO DE ANTICONCEPTIVOS EN EE UU PARA 2013: ADAPTADAS DE LAS RECOMENDACIONES PRÁCTICAS SELECCIONADAS POR LA OMS EN EL USO DE ANTICONCEPTIVOS, 2ª EDICIÓN

REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGIA

Arias MA, Baranchuk A. Fibrilación auricular y apnea obstructiva del sueño: algo más que una coincidencia. *Rev Esp Cardiol*. 2013; 66:529-531 [AO,I]

23711362

FIBRILACIÓN AURICULAR Y APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO: ALGO MÁS QUE UNA COINCIDENCIA

Clua-Espuny JL, Lechuga-Duran I, Bosch-Princep R, Roso-Llorach A, Panisello-Tafalla A, Lucas-Noll J, et al. Prevalencia de la fibrilación auricular desconocida y la no tratada con anticoagulantes. Estudio AFABE. *Rev Esp Cardiol*. 2013; 66:545-552 [T,I]

23727072

PREVALENCIA DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR DESCONOCIDA Y LA NO TRATADA CON ANTICOAGULANTES. ESTUDIO AFABE

Pérez-Villacastín J, Pérez N, Moreno J. Epidemiología de la fibrilación auricular en España en los últimos 20 años. *Rev Esp Cardiol*. 2013; 66:561-565 [T,II]

23721937

EPIDEMIOLOGÍA DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR EN ESPAÑA EN LOS ÚLTIMOS 20 AÑOS

THE LANCET

Stewart R. Reducing depression in nursing homes: so little, so late. *Lancet*. 2013; 381:2227-2228 [AO,I]

23643108

REDUCIR LA DEPRESIÓN EN LAS RESIDENCIAS: TAN POCO, TAN TARDE

Steffens DC. Exercise for late-life depression? It depends. *Lancet*. 2013; 382:4-5 [AO,I]

23643109

¿EJERCICIO PARA LA DEPRESIÓN EN LA EDAD AVANZADA? DEPENDE

Eastell R, Walsh JS. Is it time to combine osteoporosis therapies? *Lancet*. 2013; 382:5-7 [AO,I]

23683601

¿ES HORA DE COMBINAR LOS TRATAMIENTOS PARA LA OSTEOPOROSIS?

Underwood M, Lamb SE, Eldridge S, Sheehan B, Slowther AM, Spencer A, et al. Exercise for depression in elderly residents of care homes: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet*. 2013; 382:41-49 [EC,II]

23643112

EJERCICIO PARA LA DEPRESIÓN EN LOS ANCIANOS DE LAS RESIDENCIAS: ENSAYO CONTROLADO ALEATORIZADO POR GRUPOS

Tsai JN, Uihlein AV, Lee H, Kumbhani R, Siwila-Sackman E, McKay EA, et al. Teriparatide and denosumab, alone or combined, in women with postmenopausal osteoporosis: the DATA study randomised trial. *Lancet*. 2013; 382:50-56 [EC,I]

23683600

TERIPARATIDA Y DENOSUMAB, SOLOS O COMBINADOS, EN MUJERES CON OSTEOPOROSIS POSTMENOPÁUSICA: ESTUDIO ALEATORIZADO DATA

The global issue of kidney disease. *Lancet*. 2013; 382:101 [AO,I]

23849909

LA CUESTIÓN MUNDIAL DE LA ENFERMEDAD RENAL

Eckardt KU, Coresh J, Devuyst O, Johnson RJ, Köttgen A, Levey AS, et al. Evolving importance of kidney disease: from subspecialty to global health burden. *Lancet*. 2013; 382:158-169 [R,I]

23727165

IMPORTANCIA EN AUMENTO DE LA ENFERMEDAD RENAL: DE SUBESPECIALIDAD A CARGA MUNDIAL DE SALUD

Lameire NH, Bagga A, Cruz D, De Maeseeneer J, Endre Z, Kellum JA, et al. Acute kidney injury: an increasing global concern. *Lancet*. 2013; 382:170-179 [R,I]

23727171

DAÑO RENAL AGUDO: PREOCUPACIÓN MUNDIAL EN AUMENTO

Tobacco control: when economics trumps health. *Lancet*. 2013; 382:182 [AO,I]

23870519

CONTROL DEL TABACO: CUANDO LA ECONOMÍA SUPERA A LA SALUD

Campion J, Bhugra D, Bailey S, Marmot M. Inequality and mental disorders: opportunities for action. *Lancet*. 2013; 382:183-184 [AO,I]

23870520

DESIGUALDAD Y TRASTORNOS MENTALES: OPORTUNIDADES PARA LA ACTUACIÓN

Natchu UC, Bhatnagar S. Diarrhoea in children: identifying the cause and burden. *Lancet*. 2013; 382:184-186 [AO,I]

23680351

DIARREA EN LOS NIÑOS: IDENTIFICAR LA CAUSA Y LA CARGA

Jewkes R. Intimate partner violence: the end of routine screening. *Lancet*. 2013; 382:190-191 [AO,I]

23598182

VIOLENCIA DE PAREJA: EL FIN DEL CRIBAJE RUTINARIO

Hegarty K, O'Doherty L, Taft A, Chondros P, Brown S, Valpied J, et al. Screening and counselling in the primary care setting for women who have experienced intimate partner violence (WEAVE): a cluster randomised controlled trial. *Lancet*. 2013; 382:249-258 [EC,II]

23598181

CRIBAJE Y CONSEJO EN LOS DISPOSITIVOS DE ATENCIÓN PRIMARIA PARA LAS MUJERES QUE HAN EXPERIMENTADO VIOLENCIA DE PAREJA (WEAVE): ENSAYO CONTROLADO ALEATORIZADO POR GRUPOS

Jha V, Garcia-Garcia G, Iseki K, Li Z, Naicker S, Plattner B, et al. Chronic kidney disease: global dimension and perspectives. *Lancet*. 2013; 382:260-272 [R,I]

23727169

ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA: DIMENSIÓN Y PERSPECTIVAS MUNDIALES

Stagnaro-Green A, Pearce EN. Iodine and pregnancy: a call to action. *Lancet*. 2013; 382:292-293 [AO,I]
23706509
IODO Y EMBARAZO: LLAMAMIENTO A LA ACCIÓN

Bath SC, Steer CD, Golding J, Emmett P, Rayman MP. Effect of inadequate iodine status in UK pregnant women on cognitive outcomes in their children: results from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children (ALSPAC). *Lancet*. 2013; 382:331-337 [S,II]
23706508
EFFECTO DEL ESTATUS INADECUADO DE IODO EN MUJERES EMBARAZADAS EN RU SOBRE LOS RESULTADOS COGNITIVOS DE SUS NIÑOS: RESULTADOS DEL ESTUDIO ALSPAC

Gansevoort RT, Correa-Rotter R, Hemmelgarn BR, Jafar TH, Heerspink HJ, Mann JF, et al. Chronic kidney disease and cardiovascular risk: epidemiology, mechanisms, and prevention. *Lancet*. 2013; 382:339-352 [R,II]
23727170
ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA Y RIESGO CARDIOVASCULAR: EPIDEMIOLOGÍA, MECANISMOS Y PREVENCIÓN

Remuzzi G, Benigni A, Finkelstein FO, Grunfeld JP, Joly D, Katz I, et al. Kidney failure: aims for the next 10 years and barriers to success. *Lancet*. 2013; 382:353-362 [R,II]
23727164
INSUFICIENCIA RENAL: PROPÓSITOS PARA LOS PRÓXIMOS 10 AÑOS Y BARRERAS PARA EL ÉXITO

THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE

Black N. Can England's NHS survive? *N Engl J Med*. 2013; 369:1-3 [AO,I]
23782160
¿PUEDE SOBREVIVIR EL NHS INGLÉS?

Wang Y, Wang Y, Zhao X, Liu L, Wang D, Wang C, et al; CHANCE Investigators. Clopidogrel with aspirin in acute minor stroke or transient ischemic attack. *N Engl J Med*. 2013; 369:11-19 [EC,I]
23803136
CLOPIDOGREL CON ASPIRINA EN EL ICTUS LEVE O EL AIT

Becker AE, Kleinman A. Mental health and the global agenda. *N Engl J Med*. 2013; 369:66-73 [AO,II]
23822778
SALUD MENTAL Y PLANIFICACIÓN MUNDIAL

Hankey GJ. Dual antiplatelet therapy in acute transient ischemic attack and minor stroke. *N Engl J Med*. 2013; 369:82-83 [AO,I]
23803138
TRATAMIENTO DOBLE ANTIPLAQUETARIO EN EL AIT Y EL ICTUS LEVE

Griffin MR, Zhu Y, Moore MR, Whitney CG, Grijalva CG. U.S. hospitalizations for pneumonia after a decade of pneumococcal vaccination. *N Engl J Med*. 2013; 369:155-163 [T,II]
23841730
HOSPITALIZACIONES POR NEUMONÍA EN LOS EE UU TRAS UNA DÉCADA DE VACUNACIÓN NEUMOCÓCICA

Baggett TP, Tobey ML, Rigotti NA. Tobacco use among homeless people—addressing the neglected addiction. *N Engl J Med*. 2013; 369:201-204 [AO,I]
23863048
USO DEL TABACO ENTRE LA POBLACIÓN INDIGENTE-ABORDAR UNA ADICCIÓN OLVIDADA

Cohen JI. Clinical practice: Herpes zoster. *N Engl J Med*. 2013; 369:255-263 [R,I]
23863052
PRÁCTICA CLÍNICA: HERPES ZOSTER

Morden NE, Schwartz LM, Fisher ES, Woloshin S. Accountable prescribing. *N Engl J Med*. 2013; 369:299-302 [AO,I]
23883375
PRESCRIPCIÓN RESPONSABLE

Cryer PE. Mechanisms of hypoglycemia-associated autonomic failure in diabetes. *N Engl J Med*. 2013; 369:362-372 [R,I]
23883381
MECANISMOS DE FALLO AUTONÓMICO ASOCIADO A HIPOGLUCEMIA

THORAX

Jenkins G. Pirfenidone should be prescribed for patients with idiopathic pulmonary fibrosis. *Thorax*. 2013; 68:603-605 [AO,I]
23462153
LA PIRFENIDONA SE DEBERÍA PRESCRIBIR A PACIENTES CON FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA

Raghu G, Thickett DR. Pirfenidone for IPF: pro/con debate; the 'con' viewpoint. *Thorax*. 2013; 68:605-608 [AO,I]
23462155
PIRFENIDONA EN LA FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA: DEBATES DE PROS Y CONTRAS; EL PUNTO DE VISTA EN CONTRA

Kupczyk M, Haque S, Sterk PJ, Nizankowska-Mogilnicka E, Papi A, Bel EH, et al; BIOAIR investigators. Detection of exacerbations in asthma based on electronic diary data: results from the 1-year prospective BIOAIR study. *Thorax*. 2013; 68:611-618 [S,II]
23564399
DETECCIÓN DE LAS EXACERBACIONES DEL ASMA BASADA EN LOS DATOS DE DIARIO ELECTRÓNICO: RESULTADOS DE 1 AÑO DEL ESTUDIO PROSPECTIVO BIOAIR

Sims M, Maxwell R, Gilmore A. Short-term impact of the smoke-free legislation in England on emergency hospital admissions for asthma among adults: a population-based study. *Thorax*. 2013; 68:619-624 [S,I]
23589509
IMPACTO A CORTO PLAZO DE LA LEGISLACIÓN LIBRE DE HUMO EN INGLATERRA SOBRE LOS INGRESOS DE URGENCIA HOSPITALARIOS POR ASMA EN ADULTOS: ESTUDIO POBLACIONAL

AGOSTO

ACADEMIC MEDICINE

Norman G, Monteiro S, Sherbino J. Is clinical cognition binary or continuous? *Acad Med*. 2013; 88:1058-1060 [AO,I]
23899852
EL CONOCIMIENTO CLÍNICO ¿ES CONTINUO O DISCRETO?

Custers EJ. Medical education and cognitive continuum theory: an alternative perspective on medical problem solving and clinical reasoning. *Acad Med*. 2013; 88:1074-1010 [R,I]
23807108
LA FORMACIÓN MÉDICA Y LA TEORÍA DEL CONOCIMIENTO CLÍNICO CONTINUO: PERSPECTIVA ALTERNATIVA

SOBRE LA RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS MÉDICOS Y EL RAZONAMIENTO CLÍNICO

ANNALS OF INTERNAL MEDICINE

Taksler GB, Keshner M, Fagerlin A, Hajizadeh N, Braithwaite RS. Personalized estimates of benefit from preventive care guidelines: a proof of concept. *Ann Intern Med.* 2013; 159:161-168 [T,I]

23922061

ESTIMACIÓN PERSONALIZADA DEL BENEFICIO DE LAS GUÍAS DE CUIDADOS PREVENTIVOS: PRUEBA DE VIABILIDAD

Uhlig K, Patel K, Ip S, Kitsios GD, Balk EM. Self-measured blood pressure monitoring in the management of hypertension: a systematic review and meta-analysis. *Ann Intern Med.* 2013; 159:185-194 [M,III]

23922064

MONITORIZACIÓN MEDIANTE AUTOMEDICIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN EL MANEJO DE LA HIPERTENSIÓN: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS

Owens DK, Goldhaber-Fiebert JD. Prioritizing guideline-recommended interventions. *Ann Intern Med.* 2013; 159:223-224 [AO,I]

23922066

PRIORIZAR LAS INTERVENCIONES RECOMENDADAS POR LAS GUÍAS

Santa J, Lipman MM. Knowledge and ignorance in the care of chronic disease. *Ann Intern Med.* 2013; 159:225-226 [AO,I]

23922067

CONOCIMIENTO E IGNORANCIA EN LA ATENCIÓN A LA ENFERMEDAD CRÓNICA

Frances A. The new crisis in confidence in psychiatric diagnosis. *Ann Intern Med.* 2013 [Epub ahead of print] [AO,I]

23685989

NUEVA CRISIS DE CONFIANZA EN EL DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO

Moyer VA. Screening and behavioral counseling interventions in primary care to reduce alcohol misuse: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med.* 2013 [Epub ahead of print] [M,II]

23698791

CRIBAJE E INTERVENCIONES DE CONSEJO CONDUCTUAL EN ATENCIÓN PRIMARIA PARA REDUCIR EL MAL USO DEL ALCOHOL: DECLARACIÓN DE RECOMENDACIÓN DEL US PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE

BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY

Faraone SV. Attention-deficit hyperactivity disorder and the shifting sands of psychiatric nosology. *Br J Psychiatry.* 2013; 203:81-83 [AO,I]

23908337

EL TRASTORNO DE HIPERACTIVIDAD Y DÉFICIT DE ATENCIÓN Y LAS ARENAS MOVEDIZAS DE LA NOSOLOGÍA PSIQUIÁTRICA

Meijer A, Conradi HJ, Bos EH, Anselmino M, Carney RM, Denollet J, et al. Adjusted prognostic association of depression following myocardial infarction with mortality and cardiovascular events: individual patient data meta-analysis. *Br J Psychiatry.* 2013; 203:90-102 [M,I]

23908341

ASOCIACIÓN PRONÓSTICA MODIFICADA DE LA DEPRESIÓN TRAS INFARTO DE MIOCARDIO CON MORTALIDAD Y ACONTECIMIENTOS CARDIOVASCULARES: METAANÁLISIS DE DATOS INDIVIDUALES DE PACIENTES

Larsson H, Rydén E, Boman M, Långström N, Lichtenstein P, Landén M. Risk of bipolar disorder and schizophrenia in relatives of people with attention-deficit hyperactivity disorder. *Br J Psychiatry.* 2013; 203:103-106 [T,I]

23703314

RIESGO DE TRASTORNO BIPOLAR Y ESQUIZOFRENIA EN FAMILIARES DE PERSONAS CON TRASTORNO DE HIPERACTIVIDAD Y DÉFICIT DE ATENCIÓN

Hamshere ML, Stergiakouli E, Langley K, Martin J, Holmans P, Kent L, et al. Shared polygenic contribution between childhood attention-deficit hyperactivity disorder and adult schizophrenia. *Br J Psychiatry.* 2013; 203:107-111 [T,I]

23703318

CONTRIBUCIÓN POLIGÉNICA COMPARTIDA ENTRE TRASTORNO DE HIPERACTIVIDAD Y DÉFICIT DE ATENCIÓN INFANTIL Y ESQUIZOFRENIA DEL ADULTO

Groenman AP, Oosterlaan J, Rommelse NN, Franke B, Greven CU, Hoekstra PJ, et al. Stimulant treatment for attention-deficit hyperactivity disorder and risk of developing substance use disorder. *Br J Psychiatry.* 2013; 203:112-119 [S,I]

23846996

TRATAMIENTO ESTIMULANTE PARA EL TRASTORNO DE HIPERACTIVIDAD Y DÉFICIT DE ATENCIÓN Y RIESGO DE DESARROLLAR TRASTORNO DE ABUSO DE SUSTANCIAS

BRITISH MEDICAL JOURNAL

Bartlett EC, Levison WB, Munday PE. Pelvic inflammatory disease. *BMJ.* 2013; 346:f3189 [R,I]

23704128

ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA

Drake T, Rustom J, Davies M. Phimosis in childhood. *BMJ.* 2013; 346:f3678 [R,I]

23788454

FIMOSIS E INFANCIA

Goto A, Arah OA, Goto M, Terauchi Y, Noda M. Severe hypoglycaemia and cardiovascular disease: systematic review and meta-analysis with bias analysis. *BMJ.* 2013; 347:f4533 [M,II]

23900314

HIPOGLUCEMIA GRAVE Y ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS CON ANÁLISIS DE SESGOS

Reynolds RM, Allan KM, Raja EA, Bhattacharya S, McNeill G, Hanford PC, et al. Maternal obesity during pregnancy and premature mortality from cardiovascular event in adult offspring: follow-up of 1 323 275 person years. *BMJ.* 2013; 347:f4539 [S,II]

23943697

OBESIDAD MATERNA DURANTE EL EMBARAZO Y MORTALIDAD PREMATURA POR ACONTECIMIENTO CARDIOVASCULAR EN LA DESCENDENCIA ADULTA: SEGUIMIENTO DE 1.323.275 PERSONAS-AÑO

Gatta L, Vakil N, Vaira D, Scarpignato C. Global eradication rates for *Helicobacter pylori* infection: systematic review and meta-analysis of sequential therapy. *BMJ.* 2013; 347:f4587 [M,II]

23926315

TASAS DE ERRADICACIÓN MUNDIAL DE LA INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS DE LA TERAPIA SECUENCIAL

Rudge JW, Coker R. Human to human transmission of H7N9. *BMJ*. 2013; 347:f4730 [AO,I]

23920349

TRANSMISIÓN DEL H7N9 DE HUMANO A HUMANO

Qi X, Qian YH, Bao CJ, Guo XL, Cui LB, Tang FY, et al. Probable person to person transmission of novel avian influenza A (H7N9) virus in Eastern China, 2013: epidemiological investigation. *BMJ*. 2013; 347:f4752 [T,II]

23920350

PROBABLE TRASMISIÓN DE PERSONA A PERSONA DEL NUEVO VIRUS DE LA GRIPE A AVIAR (H7N9) EN CHINA ORIENTAL EN 2013: INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

Litton E, Xiao J, Ho KM. Safety and efficacy of intravenous iron therapy in reducing requirement for allogeneic blood transfusion: systematic review and meta-analysis of randomised clinical trials. *BMJ*. 2013; 347:f4822 [M,II]

23950195

SEGURIDAD Y EFICACIA DEL TRATAMIENTO CON HIERRO INTRAVENOSO PARA REDUCIR LOS REQUERIMIENTOS DE TRANSFUSIÓN DE SANGRE ALOGÉNICA: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS DE ENSAYOS CLÍNICOS ALEATORIZADOS

Warren JD, Rohrer JD, Rossor MN. Frontotemporal dementia. *BMJ*. 2013; 347:f4827 [R,I]

23920254

DEMENCIA FRONTOTEMPORAL

Palmsten K, Hernández-Díaz S, Huybrechts KF, Williams PL, Michels KB, Achtyes ED, et al. Use of antidepressants near delivery and risk of postpartum hemorrhage: cohort study of low income women in the United States. *BMJ*. 2013; 347:f4877 [S,I]

23965506

USO DE ANTIDEPRESIVOS CERCA DEL PARTO Y RIESGO DE HEMORRAGIA POSTPARTO: ESTUDIO DE COHORTES DE MUJERES DE BAJOS INGRESOS EN LOS EE UU

Richards DA, Hill JJ, Gask L, Lovell K, Chew-Graham C, Bower P, et al. Clinical effectiveness of collaborative care for depression in UK primary care (CADET): cluster randomised controlled trial. *BMJ*. 2013; 347:f4913 [EC,II]

23959152

EFFECTIVIDAD CLÍNICA DE LA ATENCIÓN COORDINADA DE LA DEPRESIÓN EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN EL RU: ENSAYO CONTROLADO ALEATORIZADO POR GRUPOS

Factor-Litvak P. Maternal obesity and heart disease in the offspring. *BMJ*. 2013; 347:f4960 [AO,I]

23943698

OBESIDAD MATERNA Y ENFERMEDAD CARDIACA EN LA DESCENDENCIA

Binder A, Ellis S. When to order an antinuclear antibody test. *BMJ*. 2013; 347:f5060 [R,I]

23965507

CUÁNDO SOLICITAR UNA ANÁLISIS DE ANTICUERPOS ANTINUCLEARES

Heerdink ER. Antidepressants and postpartum haemorrhage. *BMJ*. 2013; 347:f5194 [AO,I]

23965511

ANTIDEPRESIVOS Y HEMORRAGIA POSTPARTO

DIABETES CARE

Moreno-Castilla C, Hernandez M, Bergua M, Alvarez MC, Arce MA, Rodriguez K, et al. Low-carbohydrate diet for the

treatment of gestational diabetes mellitus: a randomized controlled trial. *Diabetes Care*. 2013; 36:2233-2238 [EC,I]

23564917

DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS EN EL TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS GESTACIONAL: ENSAYO CONTROLADO ALEATORIZADO

Nathan DM, Buse JB, Kahn SE, Krause-Steinrauf H, Larkin ME, Staten M, et al; GRADE Study Research Group. Rationale and design of the glycemia reduction approaches in diabetes: a comparative effectiveness study (GRADE). *Diabetes Care*. 2013; 36:2254-2261 [EC,II]

23690531

LÓGICA Y DISEÑO DE LOS ABORDAJES PARA LA REDUCCIÓN DE LA GLUCEMIA EN LA DIABETES: ESTUDIO DE EFECTIVIDAD COMPARADA (GRADE)

Stark Casagrande S, Fradkin JE, Saydah SH, Rust KF, Cowie CC. The prevalence of meeting A1C, blood pressure, and LDL goals among people with diabetes, 1988-2010. *Diabetes Care*. 2013; 36:2271-2279 [T,II]

23418368

PREVALENCIA DE CONSECUCCIÓN DE OBJETIVOS DE HBA1C, PRESIÓN ARTERIAL Y LDL ENTRE PERSONAS CON DIABETES

Bullard KM, Saydah SH, Imperatore G, Cowie CC, Gregg EW, Geiss LS, et al. Secular changes in U.S. prediabetes prevalence defined by hemoglobin A1C and fasting plasma glucose: National Health and Nutrition Examination Surveys, 1999-2010. *Diabetes Care*. 2013; 36:2286-2293 [T,II]

23603918

CAMBIOS SECULARES EN LA PREVALENCIA DE DIABETES EN EE UU DEFINIDA POR LA HBA1C Y LA GLUCOSA PLASMÁTICA EN AYUNAS: ENCUESTAS DE EXÁMENES NACIONALES DE NUTRICIÓN Y SALUD, 1999-2010

Hinnouho GM, Czernichow S, Dugravot A, Batty GD, Kivimaki M, Singh-Manoux A. Metabolically healthy obesity and risk of mortality: does the definition of metabolic health matter? *Diabetes Care*. 2013; 36:2294-2300 [T,I]

23637352

OBESIDAD METABÓLICAMENTE SANA Y RIESGO DE MORTALIDAD: ¿IMPORTA LA DEFINICIÓN DE SALUD METABÓLICA?

Taylor KS, Heneghan CJ, Farmer AJ, Fuller AM, Adler AI, Aronson JK, et al. All-cause and cardiovascular mortality in middle-aged people with type 2 diabetes compared with people without diabetes in a large U.K. primary care database. *Diabetes Care*. 2013; 36:2366-2371 [S,II]

23435157

MORTALIDAD CARDIOVASCULAR Y POR CUALQUIER CAUSA EN PERSONAS DE EDAD MEDIANA CON DIABETES TIPO 2 COMPARADAS CON PERSONAS SIN DIABETES EN UNA GRAN BASE DE DATOS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN R.U.

Appleton SL, Seaborn CJ, Visvanathan R, Hill CL, Gill TK, Taylor AW, et al; North West Adelaide Health Study Team. Diabetes and cardiovascular disease outcomes in the metabolically healthy obese phenotype: a cohort study. *Diabetes Care*. 2013; 36:2388-2394 [S,I]

23491523

RESULTADOS DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR Y DIABETES EN EL FENOTIPO OBESO METABÓLICAMENTE SANO: ESTUDIO DE COHORTE

Hill JO, Galloway JM, Goley A, Marrero DG, Minners R, Montgomery B, et al. Scientific statement: socioecological deter-

minants of prediabetes and type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2013; 36:2430-2439 [M,II]

23788649

DECLARACIÓN CIENTÍFICA: DETERMINANTES SOCIOECOLÓGICOS DE LA PREDIABETES Y DE LA DIABETES TIPO 2

DRUGS

Hom C, Vaezi MF. Extra-esophageal manifestations of gastroesophageal reflux disease: diagnosis and treatment. *Drugs*. 2013; 73:1281-1295 [R,I]

23881666

MANIFESTACIONES EXTRAESOFÁGICAS DE LA ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

Rauk RL. Treatment of opioid-induced constipation: focus on the peripheral μ -opioid receptor antagonist methylnaltrexone. *Drugs*. 2013; 73:1297-1306 [R,I]

23881667

TRATAMIENTO DEL ESTREÑIMIENTO INDUCIDO POR OPIOIDES: ENFOQUE SOBRE EL ANTAGONISTA DEL RECEPTOR PERIFÉRICO μ -OPIOIDE METILNALTREXONA

Yang LP. Sumatriptan/Naproxen sodium: a review of its use in adult patients with migraine. *Drugs*. 2013; 73:1339-1355 [R,I]

23912627

SUMATRIPTÁN CON NAPROXENO SÓDICO: REVISIÓN DE SU USO EN PACIENTES ADULTOS CON MIGRAÑA

FAMILY PRACTICE

Agarwal G. Personal health records--an overview of the changing face of family practice. *Fam Pract*. 2013; 30:363-364 [AO,I]

23887635

REGISTROS DE SALUD PERSONALES: PANORÁMICA DE LA CARA CAMBIANTE DE LA MEDICINA DE FAMILIA

Sanders AR, van Weeghel I, Vogelaar M, Verheul W, Pieters RH, de Wit NJ, et al. Effects of improved patient participation in primary care on health-related outcomes: a systematic review. *Fam Pract*. 2013; 30:365-378 [M,II]

23629738

EFFECTOS DE LA MEJORA DE LA PARTICIPACIÓN DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA SOBRE LOS RESULTADOS RELACIONADOS CON LA SALUD: REVISIÓN SISTEMÁTICA

Longmier E, Barrett B, Brown R. Can patients or clinicians predict the severity or duration of an acute upper respiratory infection? *Fam Pract*. 2013; 30:379-385 [T,I]

23515376

¿PUEDEN PREDECIR LOS PACIENTES O LOS CLÍNICOS LA GRAVEDAD O LA DURACIÓN DE UNA INFECCIÓN AGUDA DE LAS VÍAS ALTAS RESPIRATORIAS?

Irving G, Holden J. The time-efficiency principle: time as the key diagnostic strategy in primary care. *Fam Pract*. 2013; 30:386-389 [AO,II]

23535204

EL PRINCIPIO DE LA EFICIENCIA DEL TIEMPO: EL TIEMPO COMO ESTRATEGIA DIAGNÓSTICA CLAVE EN ATENCIÓN PRIMARIA

Ovaisi S, Oakeshott P, Kerry S, Crabtree AE, Kyei G, Kerry SM. Home blood pressure monitoring in hypertensive stroke patients: a prospective cohort study following a randomized controlled trial. *Fam Pract*. 2013; 30:398-403 [S,I]

23629739

MONITORIZACIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN LOS PACIENTES HIPERTENSOS CON ICTUS: ESTUDIO PROSPECTIVO DE COHORTES TRAS UN ENSAYO ALEATORIZADO CONTROLADO

Willems IA, Gorgels WJ, Oude Voshaar RC, Mulder J, Lucassen PL. Tolerance to benzodiazepines among long-term users in primary care. *Fam Pract*. 2013; 30:404-410 [T,I]

23515374

TOLERANCIA A LAS BENZODIAZEPINAS ENTRE LOS USUARIOS DE ELLAS A LARGO PLAZO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Stewart M, Fortin M, Britt HC, Harrison CM, Maddocks HL. Comparisons of multi-morbidity in family practice--issues and biases. *Fam Pract*. 2013; 30:473-480 [T,I]

23666805

COMPARACIONES DE PLURIMORBILIDAD EN MEDICINA DE FAMILIA-- PROBLEMAS Y SESGOS

GACETA SANITARIA

Rodríguez A, Urdaneta E, de la Fuente M, Galindo E, Yanguas JJ, Rodríguez V. Análisis del sesgo de selección en el piloto de un estudio longitudinal sobre envejecimiento en España. *Gac Sanit*. 2013; 27:425-432 [T,I]

23291032

ANÁLISIS DEL SESGO DE SELECCIÓN EN EL PILOTO DE UN ESTUDIO LONGITUDINAL SOBRE ENVEJECIMIENTO EN ESPAÑA

Olabarria M, Pérez K, Santamariña-Rubio E, Aragay JM, Capdet M, Peiró R, et al. Trabajo, familia y movilidad diaria: una nueva aproximación al problema a través de una encuesta de movilidad. *Gac Sanit*. 2013; 27:433-439 [T,I]

23122515

TRABAJO, FAMILIA Y MOVILIDAD DIARIA: UNA NUEVA APROXIMACIÓN AL PROBLEMA A TRAVÉS DE UNA ENCUESTA DE MOVILIDAD

Sonego M, Gandarillas A, Zorrilla B, Lasheras L, Pires M, Anes A, et al. Violencia de pareja no percibida y salud de las mujeres. *Gac Sanit*. 2013; 27:440-446 [T,I]

23337515

VIOLENCIA DE PAREJA NO PERCIBIDA Y SALUD DE LAS MUJERES

Zambrana-García JL, Rivas-Ruiz F; en nombre del Grupo para el Análisis de la Calidad del Informe de Alta Hospitalaria en los Hospitales de Alta Resolución de Andalucía. Calidad de los informes de alta hospitalaria respecto a la legislación vigente y las recomendaciones consensuadas por expertos. *Gac Sanit*. 2013; 27:450-453 [T,I]

23207430

CALIDAD DE LOS INFORMES DE ALTA HOSPITALARIA RESPECTO A LA LEGISLACIÓN VIGENTE Y LAS RECOMENDACIONES CONSENSUADAS POR EXPERTOS

García F. Cooperación para la innovación europea en el envejecimiento activo y saludable: de la política a la acción. *Gac Sanit*. 2013; 27:459-462 [AO,I]

23140981

COOPERACIÓN PARA LA INNOVACIÓN EUROPEA EN EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE: DE LA POLÍTICA A LA ACCIÓN

GUT

Tilg H, Gasbarrini A. Probiotics for obesity: a small light on the horizon? *Gut*. 2013; 62:1096-1097 [AO,I]

23315500

PREBIÓTICOS EN LA OBESIDAD: ¿UNA LUCECITA EN EL HORIZONTE?

JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION

Tol WA, Barbu C, van Ommeren M. Management of acute stress, PTSD, and bereavement: WHO recommendations. *JAMA*. 2013; 310:477-478 [AO,II]
23925613

MANEJO DEL ESTRÉS AGUDO, TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y DUELO: RECOMENDACIONES DE LA OMS

Feder G, Wathen CN, MacMillan HL. An evidence-based response to intimate partner violence: WHO guidelines. *JAMA*. 2013; 310:479-480 [M,II]
23925614

RESPUESTA BASADA EN LA EVIDENCIA A LA VIOLENCIA DE PAREJA: PAUTAS DE LA OMS

North CS, Pfefferbaum B. Mental health response to community disasters: a systematic review. *JAMA*. 2013; 310:507-518 [M,II]
23925621

RESPUESTA DE LA SALUD MENTAL A LAS CATÁSTROFES COMUNITARIAS: REVISIÓN SISTEMÁTICA

MEDICINA CLINICA

Ruiz de Viñaspre R, Rubio E, Tomás C. Incontinencia urinaria a los 6 meses del parto. *Med Clin (Barc)*. 2013; 141:145-151 [S,I]
22818183
INCONTINENCIA URINARIA A LOS 6 MESES DEL PARTO

López A, Costa J. Guía de consenso sobre los contenidos de los protocolos de ensayos clínicos. *Med Clin (Barc)*. 2013; 141:161-162 [AO,I]
23540380

GUÍA DE CONSENSO SOBRE LOS CONTENIDOS DE LOS PROTOCOLOS DE ENSAYOS CLÍNICOS

Camafort-Babkowski M. Impacto del tratamiento antidiabético con fármacos agonistas del receptor de péptido de tipo 1 similar al glucagón en el riesgo cardiovascular de pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Med Clin (Barc)*. 2013; 141:167-174 [R,I]
23332622

IMPACTO DEL TRATAMIENTO ANTIDIABÉTICO CON FÁRMACOS AGONISTAS DEL RECEPTOR DE PÉPTIDO DE TIPO 1 SIMILAR AL GLUCAGÓN EN EL RIESGO CARDIOVASCULAR DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

Basterra V. Riesgo de problemas de salud mental en España y distribución por regiones. *Med Clin (Barc)*. 2013; 141:181-182 [AO,I]
23510609

RIESGO DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN ESPAÑA Y DISTRIBUCIÓN POR REGIONES

REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA

López-de-Sá E, López-Sendón J. Supervivientes a parada cardíaca antes de llegar al hospital. Más allá de la reanimación cardiopulmonar. *Rev Esp Cardiol*. 2013; 66:606-608 [AO,I]
23809868

SUPERVIVIENTES A PARADA CARDIACA ANTES DE LLEGAR AL HOSPITAL. MÁS ALLÁ DE LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR

Sayago-Silva I, García-López F, Segovia-Cubero J. Epidemiología de la insuficiencia cardíaca en España en los últimos 20 años. *Rev Esp Cardiol*. 2013; 66:649-656 [R,I]
23830060

EPIDEMIOLOGÍA DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA EN ESPAÑA EN LOS ÚLTIMOS 20 AÑOS

THE LANCET

Meningitis B. *Lancet*. 2013; 382:368 [AO,I]
23911364
MENINGITIS

Morley JE, Sinclair A. Individualising treatment for older people with diabetes. *Lancet*. 2013; 382:378-380 [AO,I]
23706758

INDIVIDUALIZAR EL TRATAMIENTO DE LAS PERSONAS MAYORES CON DIABETES

THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE

Salathé M, Freifeld CC, Mekaru SR, Tomasulo AF, Brownstein JS. Influenza A (H7N9) and the importance of digital epidemiology. *N Engl J Med*. 2013; 369:401-404 [AO,I]
23822655

LA GRIPE A (H7N9) Y LA IMPORTANCIA DE LA EPIDEMIOLOGÍA DIGITAL

Daschle T, Domenici P, Frist W, Rivlin A. Prescription for patient-centered care and cost containment. *N Engl J Med*. 2013; 369:471-474 [AO,I]
23803133

PRESCRIPCIÓN EN LA ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE Y CONTENCIÓN DE COSTES

Morain S, Greene MF, Mello MM. A new era in noninvasive prenatal testing. *N Engl J Med*. 2013; 369:499-501 [AO,I]
23862975
UNA NUEVA ERA EN LAS PRUEBAS PRENATALES NO INVASIVAS

Crane PK, Walker R, Hubbard RA, Li G, Nathan DM, Zheng H, et al. Glucose levels and risk of dementia. *N Engl J Med*. 2013; 369:540-548 [S,I]
23924004

NIVELES DE GLUCOSA Y RIESGO DE DEMENCIA

Rando TA, Finkel T. Cardiac aging and rejuvenation--a sense of humors? *N Engl J Med*. 2013; 369:575-576 [AO,I]
23924010

ENVEJECIMIENTO CARDIACO Y REJUVENECIMIENTO ¿SENTIDO DEL HUMOR?

THORAX

Cossette B, Forget A, Beauchesne MF, Rey E, Lemièrre C, Larivée P, et al. Impact of maternal use of asthma-controller therapy on perinatal outcomes. *Thorax*. 2013; 68:724-730 [S,I]
23585516

IMPACTO DEL USO MATERNO DE TERAPIA PARA CONTROLAR EL ASMA SOBRE LOS RESULTADOS PERINATALES

@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/>

ACTIVIDADES CIENTÍFICAS

· **XVIII Jornadas de Residentes de la semFYC**

Barcelona, 7 y 8 de febrero de 2014
Secretaría técnica: semFYC congresos
congresos@semfyc.es
Carrer del Pi, 11, pl. 2ª, Of. 13
08002 Barcelona
Telf. 93 317 71 29
Fax 93 318 69 02
www.semfyc.es/jornadasresidentes2014

· **XIII Jornadas Andaluzas para Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria, SAMFyC**

Granada, 6 y 7 Marzo 2014
Secretaría SAMFyC
samfyc@samfyc.es
Telf. 958 80 42 01

· **VI congreso Nacional de Atención Sanitaria al Paciente Crónico**

Sevilla, 27 a 29 de marzo de 2014
Secretaría técnica: semFYC congresos
congresos@semfyc.es
Carrer del Pi, 11, pl. 2ª, Of. 13
08002 Barcelona
Telf. 93 317 71 29
Fax 93 318 69 02
www.vi.congresocronicos.org

· **XXXIV Congreso de la semFYC**

Gran Canaria (Maspalomas), 12-14 Junio 2014
Secretaría técnica: semFYC congresos
congresos@semfyc.es
Carrer del Pi, 11, pl. 2ª, Of. 13
08002 Barcelona
Telf. 93 317 71 29
Fax 93 318 69 02
www.semfyc.es/grancanaria2014

· **XXIII Congreso Andaluz de MFyC, SAMFyC**

Almería, 23 a 25 de octubre de 2014
Secretaría SAMFyC
Telf. 958 80 42 01
Secretaría técnica: ACM
Apdo. de Correos 536, Granada
Telf. 902 430 960
Fax. 902 430 959
www.samfycalmeria2014.com

INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES

Para una información detallada pueden consultar:

- 1.—Página Web de la revista: <http://www.samfyc.es> e ir a Publicaciones SAMFyC, Revista
 - 2.—Medicina Clínica. Manual de estilo. Barcelona: Doyma; 1993.
 - 3.—Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados para publicación en revistas biomédicas. Med fam Andal. 2000; 1: 104-110.
-

SOLICITUD DE COLABORACIÓN:

Apreciado/a amigo/a:

Con éste son ya cuarenta y uno 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 COMUNIQUES CUALQUIER CAMBIO DE DOMICILIO U OTROS DATOS A LA MAYOR BREVEDAD.

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

TODOS LOS TRABAJOS (www.samfyc.es e ir a Publicaciones SAMFyC, Revista, normas).

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

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

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

Y, las abreviaturas utilizadas, deben estar expresamente clarificadas.

Requisitos técnicos:

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

Utilizar letra tamaño 12.

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

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

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

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

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

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

Se remitirá 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.



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

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

APELLIDOS:

NOMBRE: **DNI:** - (E/B/R/W)

DOMICILIO:

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

TELEFONOS: **e-mail:**

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

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

DOCTORADO: SI NO **TEMA:**

LUGAR/CENTRO DE TRABAJO:

PROVINCIA:

CARGO QUE OCUPA:

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

ORDEN DE PAGO POR DOMICILIACIÓN BANCARIA

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

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

CALLE: COD. POSTAL:

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

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

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

Entidad

Oficina

D.C.

Nº C/C

NOMBRE y APELLIDOS:

Firma:

A los efectos previstos en la Ley 15/1999 (LOPD) y de los derechos reconocidos en la misma, le informamos que los datos facilitados por Vd. para la relación de la Asociación, serán incorporados a un fichero del que es responsable SAMFyC, con objeto de aplicarlos a la actividad de Investigación y desarrollo. Serán utilizados por nuestra parte y por la semFYC, para las finalidades propias de la actividad antes indicada, así como para remitirle información no promocional ni publicitaria en relación a la misma. Asimismo le informamos que podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, dirigiéndose por escrito a:

SAMFyC, C/ Arriola Nº 4, Bajo D, 18001 Granada.

XXXIV Congreso de la **semFYC**

Gran Canaria
Maspalomas

Centro de Convenciones **ExpoMeloneras**

Del 12 al 14 de junio 2014

Dejando
huella


semFYC
Sociedad Española de Medicina
de Familia y Comunitaria


SOCIEDAD CANARIA DE MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA



SAMFyC **Almería** 2014

**XXIII Congreso Andaluz
de Medicina Familiar y Comunitaria
23 - 25 octubre 2014**