

Medicina de Familia Andalucía

Volumen 15, número 1, julio 2014

Editorial

- 7 ¿Cómo se forman las generaciones de nuevos médicos de familia?

El espacio del usuario

- 9 Seguridad alimentaria y consumo

Originales

- 11 Salud autopercibida por los jóvenes y factores sociodemográficos y conductuales asociados
38 Hospitalizaciones evitables durante el año 2011 en la Unidad de Gestión Clínica "Gran Capitán" (Distrito Sanitario Granada Metropolitano)
51 Estudio de contactos de tuberculosis en poblaciones "difíciles de alcanzar"

Artículo de revisión

- 60 Trombofilias en embarazo

Sin bibliografía

- 67 Redescubriendo @pontealdiaAP, ¿nos acompañas?
72 Divagaciones en torno a la medicina y la Web 2.0
75 Fibrosis retroperitoneal idiopática: ¿traumatismo abdominal?

Artículo especial

- 78 Intervención en una mujer de 30 años con síntomas y signos mal definidos
86 Los médicos especialistas: trámites de la primera cita en el centro de salud

Cartas al director

- 90 Importancia del consentimiento informado en cicatrices inestéticas tras realizar cirugía menor
93 Manejo del paciente hiperfrecuentador y de las inyecciones intramusculares en urgencias
96 Sífilis y conflicto entre los principios de la bioética. Priorización de valores
99 Eficacia, efectividad y eficiencia de una exploración física básica en Atención Primaria para detección de dismetrías
101 Detección de un caso de paludismo en un Servicio de Urgencias

¿Cuál es su diagnóstico?

- 103 Dolor de larga evolución en 5º dedo de mano izquierda
104 Dermatitis con escasa respuesta al tratamiento médico conservador
106 Palpitaciones, mareo y alteraciones en el ECG

Respuesta al caso clínico

Publicaciones de interés

163 Micropíldora de conocimiento @pontealdiaAP

164 Actividades Científicas

165 Información para los autores



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 Ortiz Espinosa
Pablo García López

CONSEJO DE REDACCIÓN

Francisco Extremera Montero
Pablo García López
Francisco José Guerrero García
Francisca Leiva Fernández
Antonio Manteca González

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*
Carolina Morcillo Rodenas. *Granada*
Francisca Muñoz Cobos. *Málaga*

Juan Ortiz Espinosa. *Granada*
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*
Victor M. Sánchez Prado. *México*
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 autorización expresa por escrito del titular del copyright.

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

Printed in Spain

Maqueta: Antonio J. García Cruz

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



Sumario

Editorial

- 7 ¿Cómo se forman las generaciones de nuevos médicos de familia?

El espacio del usuario

- 9 Seguridad alimentaria y consumo

Originales

- 11 Salud autopercebida por los jóvenes y factores sociodemográficos y conductuales asociados
38 Hospitalizaciones evitables durante el año 2011 en la Unidad de Gestión Clínica "Gran Capitán" (Distrito Sanitario Granada Metropolitano)
51 Estudio de contactos de tuberculosis en poblaciones "difíciles de alcanzar"

Artículo de revisión

- 60 Trombofilias en embarazo

Sin bibliografía

- 67 Redescubriendo @pontealdiaAP, ¿nos acompañas?
72 Divagaciones en torno a la medicina y la Web 2.0
75 Fibrosis retroperitoneal idiopática: ¿traumatismo abdominal?

Artículo especial

- 78 Intervención en una mujer de 30 años con síntomas y signos mal definidos
86 Los médicos especialistas: trámites de la primera cita en el centro de salud

Cartas al director

- 90 Importancia del consentimiento informado en cicatrices inestéticas tras realizar cirugía menor
93 Manejo del paciente hiperfrecuentador y de las inyecciones intramusculares en urgencias
96 Sífilis y conflicto entre los principios de la bioética. Priorización de valores
99 Eficacia, efectividad y eficiencia de una exploración física básica en Atención Primaria para detección de disimetrías
101 Detección de un caso de paludismo en un Servicio de Urgencias

¿Cuál es su diagnóstico?

- 103 Dolor de larga evolución en 5º dedo de mano izquierda
104 Dermatitis con escasa respuesta al tratamiento médico conservador
106 Palpitaciones, mareo y alteraciones en el ECG

Respuesta al caso clínico

Publicaciones de interés

163 Micropíldora de conocimiento @pontealdiaAP

164 Actividades Científicas

165 Información para los autores

MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA



Official Publication of the Andalusian Society of Family and Community Medicine

Med fam Andal Vol.15, Nº.1, July 2014

Summary

Editorial

- 7 How do our new family doctors train?

The Consumer's Corner

- 9 Food safety and consumer protection

Original Articles

- 11 Adolescents' Self-Perceptions of Health and Associated Behavioral and Socio-demographic Factors
38 Avoidable hospital admissions during the year 2011 in the Clinical Management Unit of a Metropolitan Health District (Granada, Spain)
51 Contact investigation for tuberculosis in "Hard to Reach" populations

Review Article

- 60 Thrombophilia in pregnancy

No Bibliography

- 67 Rediscovering @pontealdiaAP. Please join us
72 Wandering around health and Web 2.0
75 Idiopathic retroperitoneal fibrosis: Abdominal trauma?

Special Articles

- 78 Surgery in a 30 year old woman with unclear and poorly defined symptoms
86 Specialist referrals: first appointments scheduled from health centres

Letters to the Editor

- 90 Importance of Informed Consent process when unaesthetic scarring results from minor surgery procedures
93 Dealing with frequent users and intramuscular injections in Emergency Rooms
96 Syphilis and conflict among the principles of bioethics. Prioritizing values
99 Detecting dysmetria: effectiveness, usefulness and efficiency of a routine physical examination in Primary Care
101 Case of malaria: detection in the Emergency Room

Which is your diagnosis?

- 103 Long term pain in fifth finger on left hand
104 Low response dermatosis under conservative treatment
106 Palpitation, faintness and other alterations in ECG's

108 Answer to a Clinical Case

111 Publications of Interest

163 Knowledge in microdoses @pontealdiaAP

164 Scientific Activities

165 Information for Authors

EDITORIAL

¿Cómo se forman las generaciones de nuevos médicos de familia?

Porras Martín P

Presidenta SAMFyC

Desde los orígenes de nuestra sociedad la preocupación por la formación de las nuevas generaciones de médicos de familia ha sido una constante. Podemos decir, sin rodeos, que la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, y SAMFyC como sociedad federada de la misma, ha sido responsable de la definición de lo que ha supuesto en España la especialidad de medicina de familia, con una importante contribución al modelo de formación. Este modelo determina, de manera clara como son los médicos de familia.

En los últimos 10 años, se ha legislado sobre dicho modelo formativo, aunque casi en el día a día no nos hayamos dado cuenta. En el año 2003 se promulga la **Ley 44/2003** de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, regulando aspectos básicos y fundamentales en el sistema de formación sanitaria especializada. **Pero no es hasta el año 2008, cuando se promulga el RD 183/2008 que permite adaptar la ley a cada comunidad Autónoma, que son quienes deben desarrollarlo.**

Este real decreto, desarrolla las previsiones contenidas en la ley en relación al *proceso evaluativo*, definido como seguimiento y calificación de la adquisición de las competencias profesionales durante el período de residencia; la ordenación del proceso de *asunción gradual de responsabilidad* en la especialidad cursada por los residentes, unido al deber general de supervisión inherente a los profesionales que prestan servicios en los centros y unidades asistenciales donde éstos se forman; la apuesta por *itinerarios y programas formativos individualizados*; el fortalecimiento e incentivación de la *figura del tutor* y la regulación de las funciones de los *órganos docentes de carácter colegiado*, las comisiones de docencia.

Esta nueva normativa presentaba desde su inicio interrogantes importantes y SAMFyC manifestó su preocupación por cómo se iba a aplicar en

Andalucía, pues como hemos comentado antes, el RD 183/2008 sólo constituye un marco general. La aplicación del modelo de formación en Andalucía ha apostado por la formación de unidades docentes multiprofesionales. En julio del año 2013 se decidió que la estructura de la unidad docente quede ligada a las diferentes estructuras de gestión que existan en cada provincia, áreas sanitarias, y distritos de AP.

Con este cambio SAMFyC consideraba que se ponía en peligro la formación de los Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria, no entendiendo los motivos que llevaban a la modificación radical en Andalucía de un modelo de formación, apoyado en un modelo de organización, suficientemente validado a lo largo de los años, y así lo hicimos saber a la administración sanitaria por diferentes vías. En la actualidad parece que se está llegando a modelos intermedios, que permitan la flexibilidad necesaria en las unidades docentes provinciales con el acercamiento a la realidad de cada zona de salud, con la necesaria equidad en la formación, sea cual sea la unidad en la que un residente esté adscrito, esperemos que así sea definitivamente.

En la implantación de un nuevo modelo hay una serie de principios básicos a los que no queremos ni podemos renunciar:

- Por una parte, y sin duda la más importante, **la formación de los futuros médicos de familia debe estar tutelada y dirigida por médicos de familia** (al igual que la de los enfermeros de familia por enfermeros). Pues si bien comparáramos con los enfermeros el mismo lugar de trabajo y los mismos pacientes, nuestra formación previa, nuestras necesidades formativas y nuestra responsabilidad futura son diferentes.

La estructura de las Unidades Docentes debe contemplar la existencia de una Comisión es-

pecífica de Medicina Familiar y Comunitaria, cuyo presidente será lógicamente un tutor especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

- **Atomizar las Unidades Docentes** en función del número de Áreas Sanitarias, o Distritos de Atención Primaria existentes en Andalucía, **no nos parece razonable** para la formación de los especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria. En estos momentos, de enormes dificultades económicas, en donde la Atención Primaria de Andalucía ha sufrido de manera más dura los recortes presupuestarios, esta fragmentación disminuirá aún más los escasos recursos destinados a la formación de especialistas, que no es la misma que necesitan los médicos de familia ya en ejercicio. Pero no se trata sólo de un problema económico, sino que los riesgos que esta disgregación puede producir son enormes. Destacaremos entre ellos la variabilidad en la formación de los residentes, la restricción de recursos debido a la multiplicación de Unidades Docentes, o la existencia de Unidades Docentes de Medicina de Familia con un número insuficiente de residentes que determine su ineficacia y su ineficiencia.
- Las **Unidades Docentes deben de mantener la autonomía docente** propia de cualquier proceso docente. El modelo de formación, y de unidades docentes de la especialidad de medicina de familia no es superponible al modelo de formación de otras especialidades que se desarrollan en el ámbito hospitalario
- Los **mapas de competencias del Residente y del Tutor en Medicina Familiar y Comu-**

nitaria, suficientemente acreditados y normativizados por la Comisión Nacional de la Especialidad, asegurando toda su homogeneidad, **deben mantenerse**.

- Es importante el reconocimiento de la figura del tutor, que va ligado al decreto, y que ya vemos que están desarrollando otras comunidades autónomas. Nosotros apostamos por la **profesionalización de la tutorización de los residentes**. Un tutor de medicina familiar y comunitaria, es muy distinto de la figura del tutor de cualquier otra especialidad hospitalaria. En medicina de familia, tutor y residente están ligados de manera clara durante todo el periodo formativo. De esta manera el tutor, es clave para la formación de los médicos especialistas por lo que es imprescindible su reconocimiento, tanto a nivel profesional, laboral y de currículum, dándole así, el valor que se merece. Pero, no por eso, hay que olvidar que profesionalización, no significa burocratización de nuestras tareas.

Vivimos momentos complicados, en los que hay que tener especial cuidado en la formación de las futuras generaciones de médicos de familia. Los médicos que formamos hoy son el futuro de nuestra especialidad y son los que van a ayudar o no a salvaguardar el sistema sanitario que queremos defender. Todos los médicos de familia, seamos tutores o no, trabajemos en donde trabajemos somos responsables de esta formación. Hemos adquirido un compromiso ético con nuestra especialidad y sólo desde este compromiso podremos lograr sentirnos orgullosos del trabajo que realizamos cada día.

AGRADECIMIENTO A ASESORES Y CORRECTORES DE LA REVISTA DURANTE EL AÑO 2013

El Consejo de Redacción desea agradecer a todos los asesores y correctores sus valiosas y desinteresadas aportaciones, encaminadas a mejorar la calidad de los artículos publicados durante el año 2013. Su trabajo constituye sin duda un valor añadido a la Revista.

M^a Filomena Alonso Morales, *Médico de Familia, Granada*
Salvador Duarte Vallejo, *Médico de Familia, Granada*
Francisco Javier Ibáñez Muñoz, *FEA Urología, Bremen*
Francisco José Guerrero García, *Médico de Familia, Granada*
Fernando López Verde, *Médico de Familia, Málaga*
Román Manteca González, *FEA Digestivo, Málaga*

Esther Martín López, *Médica de Familia, Sevilla*
Inmaculada Mesa Gallardo, *Médico de Familia, Sevilla*
M^a José Orgaz Rosúa, *Médica de Familia, Granada*
Alejandro Pérez Milena, *Médico de Familia, Jaén*
Francisco Javier Ruiz Moruno, *Médico de Familia, Córdoba*
M^a Dolores Sánchez Mariscal, *Médica de Familia, Granada*

EL ESPACIO DEL USUARIO

Seguridad alimentaria y consumo

Moya García I

Gabinete Jurídico-Técnico de FACUA Andalucía

A pesar que desde hace tiempo se viene considerando el alimento y sus condiciones de conservación y presentación como elementos influyentes en la salud humana, no ha sido hasta hace pocos años, después de padecer graves crisis ocasionadas por la ingesta de alimentos, cuando se ha producido una verdadera toma de conciencia por parte de los poderes públicos, autoridades e instituciones sanitarias, agentes sociales y ciudadanía, sobre la trascendencia que tiene el desarrollo y la adopción de medidas adecuadas de seguridad alimentaria.

Los adelantos científicos, tecnológicos y otros factores sociales y de educación, han repercutido en una disminución considerable de elementos de riesgo para la salud relacionados con la conservación, la higiene y la manipulación de los alimentos. Pero, por otra parte, la complejidad y la globalización de los procesos de producción, transformación y conservación de alimentos, con creciente empleo de abonos, plaguicidas, herbicidas, medicamentos y otros productos y procedimientos susceptibles de producir toxicidad; así como, los cambios de estilos de vida de la población, con consumo preferente de productos industriales, alimentos precocinados y comidas fuera del hogar provocan la proliferación y el desarrollo de otros factores y situaciones de riesgo para las que no existe suficiente preparación. Por ello, todos los sectores implicados, producción, comercialización, administraciones públicas y consumidores deben perseverar la mejora de la seguridad alimentaria a través de métodos ya acreditados y con el desarrollo de nuevas estrategias.

Los consumidores constituyen el último eslabón de la cadena alimentaria. Para garantizar los derechos sobre la salud, relacionados con su consumo, los poderes públicos y las propias empresas deben hacer que se utilicen los recursos y los

procedimientos normativos. Pero los consumidores también tienen deberes y responsabilidades.

Entre los derechos se encuentran: demandar productos que ofrezcan plenas garantías de inocuidad; requerir una información veraz, objetiva, comprensiva y detallada de todos los alimentos; y denunciar públicamente los casos de fraude o incumplimiento de las normativas.

En cuanto a los deberes, hay que recordar que hay intoxicaciones alimentarias que se producen por una deficiente manipulación de los alimentos por parte del propio consumidor. No hay que olvidar que la manera, la forma en que se guardan, almacenan, conservan y preparan los alimentos en el hogar tienen una influencia directa en la seguridad alimentaria. Sobre estas actividades, el consumidor tiene la máxima responsabilidad.

Precisamente por todo ello, la seguridad alimentaria debe estar sustentada sobre una serie de principios básicos. En primer lugar, un planteamiento global e integrado: la calidad y la seguridad de los productos alimenticios debe controlarse a lo largo de toda la cadena y, además a todos los implicados que son responsables, empezando por quienes legislan y continuando por los responsables del cumplimiento de las normas, la administración pública, los fabricantes, los distribuidores y los propios consumidores.

En segundo término, es necesario avanzar en la precaución, y cuando exista sospecha de riesgo y posibles efectos nocivos, se tenga certidumbre científica o no, adoptarse las referidas medidas provisionales, como obligación y no como potestad de los gobiernos.

Otro principio básico es el derecho de la población a la información completa y adecuada, que debe prevalecer sobre cualquier otro condiona-

miento de tipo económico o de miedo a la alarma social. Precisamente la información incompleta, la confusión y la incertidumbre, son los factores que más influyen en las alarmas.

La falta de información a la ciudadanía en crisis alimentarias representa una de las principales debilidades del sistema en Europa y España, donde la Red de Alerta Alimentaria Comunitaria (RASFF) está diseñado sólo para administraciones y el sector empresarial, pero no para los consumidores.

Se encuentran ejemplos en la actualidad como el caso de la supuesta contaminación de harinas cárnicas detectado en Andalucía. En relación con estos hechos, FACUA ha pedido a la Junta que aclare si se ha puesto en riesgo la salud de los consumidores con el uso de restos animales enfermos en la elaboración de harinas cárnicas utilizadas en piensos para animales de compañía y de consumo humano (pollos, vacas y cerdos),

como se investiga en el Juzgado de Primera Instancia e Instrucción Número 1 de Osuna. Pero en el transcurso del tiempo son otros muchos los casos de aceite tóxico, vacas locas o dioxinas.

También se establece como principio básico la necesidad de fomentar la participación, tanto individual como colectiva, como instrumentos esenciales de mejora de la seguridad alimentaria, estableciendo cauces y fórmulas efectivas de cooperación a los distintos niveles: comunitario, estatal, regional y local.

Y por último, en la actualidad hay que reforzar las competencias y la coordinación entre las administraciones, a la vista de los distintos organismos que intervienen en la protección de la seguridad alimentaria, y en las tareas de vigilancia y control; así como la transparencia de sus decisiones, donde todavía prevalece el interés económico sobre la información al consumidor.

ORIGINAL

Salud autopercebida por los jóvenes y factores sociodemográficos y conductuales asociados

Pérez Bonilla M¹, Palenzuela Paniagua SM², Pérula de Torres LA^{3,6}, Ruiz Moral R^{3,4}, Pérula de Torres C^{3,5}, Jiménez García C⁶

¹Centro de Salud de Posadas. Córdoba

²Centro de Salud de Otero. Ceuta.

³Unidad docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Córdoba. Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC)/ Hospital Universitario Reina Sofía/Universidad de Córdoba

⁴Facultad de Medicina. Universidad Francisco de Vitoria. Madrid

⁵Unidad de Gestión Clínica (UGC) La Sierra, Córdoba

⁶Distrito Sanitario Córdoba y Guadalquivir, Córdoba

RESUMEN

Título: salud autopercebida por los jóvenes y factores sociodemográficos y conductuales asociados.

Objetivo: conocer el grado de autopercepción de salud (AES) y la morbilidad de los adolescentes en Córdoba. Determinar qué factores demográficos y conductuales se hayan asociados a la AES.

Diseño: observacional transversal.

Emplazamiento: Escolar. Nivel comunitario.

Población y muestra: 1005 niños y niñas escolarizados en 6º de primaria de la provincia de Córdoba, seleccionados mediante muestreo polietápico.

Intervenciones: cumplimentación por los escolares de un cuestionario heteroadministrado, mediante el

cual se investigó su AES, trastornos somáticos, accidentes, demanda de atención médica y el consumo de fármacos. También se recogió información sobre sus características sociodemográficas y diversos estilos de vida (consumo de tóxicos, actividad física, esfera emocional y comunicacional, entorno escolar y de ocio).

Resultados: La edad media fue de 11,45 años –DT– 0,59, un 53,0% eran varones. El 90% (IC95%:88,1–91,9%) se sienten sanos. El cansancio (20%) y el nerviosismo (13%) constituyen los problemas de salud más prevalentes. Una buena AES se asocia a una menor edad (Odds Ratio –OR–:0,5; IC95%:0,4–0,7), buena forma física (OR:6,6; IC95%:3,7–12,0), práctica de deporte (OR:1,9; IC95%:1,1–3,5), no fumar (OR:6,3; IC95%:3,5–11,5), no consumir alcohol (OR:6,5; IC95%:3,5–12,0), desayunar (OR:1,8; IC95%:1,0–3,3), no presentar dolor (OR:3,2; IC95%:1,1–8,9), no sentirse cansado (OR:1,8; IC95%:1,0–3,3), dormir bien (OR:1,8; IC95%:1,0–3,3), sentirse acompañado (OR:0,6; IC95%:0,2–0,9), sentirse feliz (OR:3,4; IC95%:1,2–9,4), buen rendimiento escolar (OR:3,1; IC95%:1,6–6,1), buena comunicación materna (OR:1,7; IC95%:1,1–4,1), amistad (OR: 2,1; IC 95%: 1,1–4,0) y bajo consumo de televisión (OR:2,3; IC95%:1,0–5,6).

Conclusiones: La mayoría de los adolescentes manifiestan una buena AES, aún expresando con elevada frecuencia problemas somáticos, siendo el cansancio el trastorno del que más se quejan los escolares.

Palabras clave: Autopercepción de salud (Self-perception of Health); Morbilidad (Morbidity); Adolescentes (Teenager).

Correspondencia: Luis Angel Perula de Torres
Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria
Distrito Sanitario Córdoba-Guadalquivir
C/. Doctor Blanco Soler, nº. 4
14004 Córdoba
E-mail: luisangel.perula@gmail.com

Recibido el 15-10-2013; aceptado para publicación el 14-02-2014
Med fam Andal. 2014; 1: 11-37

SUMMARY

Title: Adolescents' Self-Perceptions of Health and Associated Behavioral and Socio-demographic Factors.

Goal: To ascertain the degree of self-perceived health (SPH) and morbidity among teenagers in Cordoba. To identify which demographic and behavioral factors are associated with their SRH.

Design: Cross-sectional observational.

Setting: Students. Community level.

Population and Sample: 1005 girls and boys enrolled in the sixth grade in the province of Cordoba, selected through multi-stage sampling.

Interventions: An interview-based questionnaire was filled out by students to study their SPH, somatic disorders, accidents, requests for medical care and use of medicines. Information was also obtained on their socio-demographic characteristics and lifestyles (use of toxic substances, physical activity, questions related to emotions and communication, the school setting, and leisure activity).

Results: The average age was 11.45 years $-DT-0.59$, 53.0% were males. 90% (CI 95%:88.1-91.9%) considered themselves healthy. Feeling tired (20%) and feeling nervous (13%) were the most prevalent health problems mentioned. A good SPH is associated with younger age (Odds Ratio $-OR-0.5$; CI 95%:0.4-0.7), being physically fit (OR:6.6; CI 95%:3.7-12.0), playing sports (OR:1.9; CI 95%:1.1-3.5), not smoking (OR:6.3; CI 95%:3.5-11.5), not consuming alcohol (OR:6.5; CI 95%:3.5-12.0), eating breakfast (OR:1.8; CI 95%:1.0-3.3), being pain-free (OR:3.2; CI 95%:1.1-8.9), not feeling tired (OR:1.8; CI 95%:1.0-3.3), sleeping well (OR:1.8; CI 95%:1.0-3.3), not feeling alone (OR:0.6; CI 95%:0.2-0.9), feeling happy (OR:3.4; CI 95%:1.2-9.4), good academic performance (OR:3.1; CI 95%:1.6-6.1), communicating well with their mothers (OR:1.7; CI 95%:1.1-4.1), friends (OR: 2.1; CI 95%: 1.1-4.0) and little time spent watching television (OR:2.3; CI 95%:1.0-5.6).

Conclusions: A majority of the teenagers had good SPH, although they frequently mentioned somatic problems; the most frequent complaint from students was about feeling tired.

Key words: Self-perception of health; Morbidity; Teenagers.

INTRODUCCIÓN

En la adolescencia la salud es un recurso especialmente importante y los hábitos y estilos de vida adquiridos pueden generar efectos positivos o negativos. Los jóvenes deben hacer frente a una variedad de retos durante su transición a la edad adulta. El hecho de contar con una buena salud –física, emocional y social- contribuye a poder solventar con éxito estos retos. La promoción de la salud de los jóvenes puede generar unos beneficios a largo plazo para las personas y las sociedades ⁽¹⁾.

Tradicionalmente, los datos sobre salud se han obtenido a partir de las estadísticas sanitarias. Aunque las tasas de morbi-mortalidad clásicas son fundamentales, éstas pueden ofrecer sólo una información parcial y limitada sobre los problemas de salud más importantes que afectan a los adolescentes, puesto que sus magnitudes son reducidas durante este período. Es por ello por lo que resulta necesario contar con otros parámetros de medición, como son los indicadores subjetivos de salud, derivados de las percepciones comunicadas por los propios jóvenes⁽¹⁻³⁾. Pero también existen otros motivos que justifican su utilización. En primer lugar, sobre la base del principio de capacitación, la descripción de la salud de los jóvenes debe incluir sus perspectivas y las definiciones de su bienestar físico y emocional. En segundo lugar, el énfasis en la salud subjetiva resulta más relevante que los indicadores tipificados de la morbilidad y la mortalidad para el conjunto de la población joven, puesto que incluye a todos los adolescentes, y no sólo a subgrupos clínicos. En tercer lugar, en términos de impacto, los indicadores subjetivos provocan unas consecuencias conductuales objetivas. Los problemas percibidos de salud hacen que los jóvenes soliciten asesoramiento médico, utilicen medicamentos y no asistan al centro escolar, con independencia de las condiciones físicas que subyacen a sus percepciones.

La autopercepción del estado de salud (AES) es un indicador que lleva empleándose desde hace ya algunas décadas para la medición del nivel de salud subjetivo, ya que ha demostrado ser un fiable predictor, no sólo del uso de los servicios sanitarios, sino también de la salud objetiva, la capacidad funcional y la supervivencia global de la población ⁽¹⁻⁵⁾.

Investigar bajo esta perspectiva la salud de los jóvenes y sus hábitos y estilos de vida determinantes, resulta pertinente y necesario para planificar estrategias e intervenciones preventivas dirigidas a dicho segmento de la población. En este sentido es preciso tener en consideración el *Estudio sobre Conductas de los Escolares Relacionadas con la Salud (Health Behaviour in School-Aged Children, HBSC)*⁽⁶⁾, un proyecto transnacional realizado por una red de equipos de investigadores en colaboración con la Oficina Regional de la OMS para Europa, que comenzó en 1982, momento en el que se diseñó un instrumento común que permite recoger la información de una manera similar. A partir de 1985, el Estudio HBSC ha planificado cada cuatro años un nuevo corte, lo que ha posibilitado conocer la evolución de diferentes aspectos de los estilos de vida relacionados con la salud de los jóvenes en cada uno de los países implicados. El cuestionario base ha sido empleado por los autores del presente artículo en tres estudios previos realizados con escolares de la misma edad y ámbito geográfico (Córdoba)⁽⁷⁻¹⁰⁾, lo que facilita la comparación de los resultados a nivel local, nacional y europeo.

El objetivo principal de nuestro trabajo fue conocer el nivel de AES y la morbilidad percibida de los adolescentes de 11 años de edad, y analizar la existencia de diferencias de salud en función de las características sociodemográficas y de otras variables relativas a sus estilos de vida.

SUJETOS Y MÉTODOS

Diseño: Estudio descriptivo transversal, por encuesta de salud.

Muestra del estudio: Todos los niños de sexto de Primaria de los colegios ubicados en la provincia de Córdoba (8.944 matriculados en el curso lectivo 2005-2006).

Selección de la muestra: Como criterios de exclusión se tuvieron en cuenta la negativa a responder a la encuesta y el padecer limitación física o psicológica que impidiera al alumno responder el cuestionario.

El cálculo del tamaño muestral se efectuó fijando un error $\alpha=0,05$ y una precisión de $\pm 0,03$ para

los estimadores globales. Al no existir una variable principal en el estudio general del que se obtienen los datos analizados en este artículo, se asumió una proporción estimada del 50% ($p=0,5$). Se pronosticó una tasa de no respuesta del 6%, y aplicando la fórmula $N=n/(1-R)$ -siendo R la tasa de no respuesta- se estimó el tamaño muestral en 954 alumnos (fracción de muestreo del 10,6%). La selección se realizó por muestreo aleatorio polietápico en tres fases: 1ª) Muestreo estratificado según el carácter del centro escolar (público o privado concertado, descartándose los no concertados dado que estos constituían un número muy escaso), y ubicación geográfica (Córdoba capital o provincia); 2ª) Por muestreo aleatorio simple, se procedió a seleccionar los colegios, escogiéndose del listado nominal proporcionado por la Delegación Provincial de Educación de la Junta de Andalucía; 3ª) Mediante muestreo por conglomerados se incluyeron a la totalidad de los alumnos de las aulas de 6º de primaria de aquellos centros escogidos.

Como instrumento de medida se empleó un cuestionario estructurado para ser heteroadministrado, validado y que se basa en el utilizado en el *Estudio sobre Conductas de los Escolares Relacionadas con la Salud (Health Behaviour in School-Aged Children, HBSC)*, cuyos aspectos metodológicos han sido publicados⁽¹¹⁾. El cuestionario (anexo) constaba de 57 preguntas distribuidas en ocho bloques o apartados: datos sociodemográficos, hábitos higiénico-sanitarios, hábitos de sueño, deporte y ejercicio físico, hábitos tóxicos, alimentación, estado de salud, hábitos sociales, ocio y comunicación. La encuesta se pilotó en un estudio previo en una muestra de 30 escolares de 11-14 años de un colegio, obteniendo una buena fiabilidad en términos de concordancia intraobservador⁽¹²⁾.

Variables:

- Sociodemográficas: edad, sexo, titularidad del centro educativo (público o privado concertado), ocupación de los padres y lugar de residencia. La clase social de los padres se obtuvo siguiendo la propuesta de la Sociedad Española de Epidemiología que está basada en las ocupaciones laborales⁽¹³⁾; permite clasificar a los sujetos en seis grandes grupos (siendo el grupo I, el de la clase social más alta); posteriormente y, para un

mejor tratamiento estadístico de los datos, se agruparon las categorías originales IIIa, IIIb y IIIc, quedando estas englobadas en el grupo III, y las IVa y IVb en el grupo IV.

- Nivel de salud: AES (se planteaba la pregunta ¿cómo crees que estás de sano?, pudiendo responder las siguientes opciones: muy sano, bastante sano, regular de sano o nada sano); morbilidad percibida (frecuencia en el último mes de diez trastornos o dolencias) y accidentes o lesiones acontecidas durante el último mes por los que hubiera tenido que acudir al médico, el tipo y el lugar donde se estos se produjeron. También investigamos la demanda de atención médica durante el último mes y el consumo de determinados medicamentos.
- Estilos de vida y hábitos: consumo de alcohol y tabaco, actitud y rendimiento escolar, sentimientos de soledad y felicidad, comunicación con personas de su entorno, actividad física, alimentación, y actividades de ocio.

Intervención: El trabajo de campo se realizó entre abril y mayo de 2006. Se estableció un primer contacto por correo con los directores de los colegios seleccionados y posteriormente se acordó telefónicamente con estos el día y hora para efectuar la encuesta; para evitar ausencias y su consecuente sesgo de selección, los alumnos no estaban advertidos previamente del día convenido para pasar la encuesta. El cuestionario era rellenado en horario escolar y se requería de unos 45-60 minutos para ello. Para evitar que los alumnos pudieran sentirse condicionados al responder las preguntas, el profesor no se hallaba presente dentro del aula. Antes de comenzar, el investigador procedió a dar una explicación sobre la finalidad del estudio, así como las oportunas aclaraciones sobre la forma de cumplimentación, ofreciendo al alumnado garantías sobre la confidencialidad de los datos recogidos.

Análisis estadístico: Se realizó un análisis descriptivo, con el cálculo de los intervalos de confianza del 95% de seguridad (IC 95%) para los principales estimadores. Posteriormente, se efectuó un análisis bivariado de la asociación entre las variables sociodemográficas y los hábitos de salud (variables independientes) y la AES (variable dependiente). Se empleó el test de la

ji-cuadrado de Pearson o el test exacto de Fisher para la comparación de proporciones, y la prueba t de Student o el análisis de la variancia para la comparación de 2 o más medias independientes. Se ha asumido un error alfa $\leq 5\%$ ($p \leq 0,05$) y los contrastes empleados fueron bilaterales. Finalmente se realizó un análisis multivariado para determinar aquellas variables que se asociaban de manera independiente a la AES, controlando al mismo tiempo el posible efecto de confusión de otras covariables. Las variables independientes ordinales fueron dicotomizadas o tratadas como variables indicadoras o variables "dummy". Como criterio de entrada para la inclusión de las variables en el modelo se consideró una $p < 0,15$ obtenida en el análisis bivariado; la estrategia de modelización consistió en ir eliminando paso a paso del modelo aquellas variables cuya $p > 0,10$ con el estadístico de Wald, hasta conseguir el modelo más parsimonioso. Para comprobar la bondad de ajuste del modelo se utilizó el test de Hosmer-Lemeshow. El procesamiento y el análisis de los datos, se realizó mediante el paquete estadístico SPSS/PC versión 13.0.

Aspectos éticos: El estudio fue avalado por la Delegación Provincial de Educación y de Salud de Córdoba y aprobado por el Comité de Ética en Investigación Clínica del Hospital Reina Sofía (Córdoba), garantizándose el anonimato de las respuestas y solicitando un consentimiento informado a progenitores/tutores y adolescentes para su participación.

RESULTADOS

Contestaron a la encuesta un total de 1005 escolares de 27 colegios, ubicados en 19 localidades o municipios de Córdoba. El absentismo escolar el día fijado para hacer la encuesta fue del 8,2% ($n=83$). Ningún alumno se negó a participar. Se anularon siete cuestionarios por contener menos del 75% de las preguntas respondidas.

Los escolares presentaban una media de edad de 11,45 años (desviación típica $-DT= 0,59$; límites: 11-14 años; IC95%:11,42-11,49); un 53,0% ($n=531$) eran varones. El 73,9% ($n=743$) asistían a colegios públicos; el 40,4% ($n=406$) de los centros se hallaban ubicados en la capital. Se observa un predominio de padres de alumnos encuadrados

en la clase social III (12,8%, n=129), seguida de la clase social II (10%, n=101).

Autopercepción de salud:

Un 90% de los alumnos (n=904, IC95%: 88,1-91,9%) se sienten bastante sanos o muy sanos. En las tablas 1 y 2 se muestran los resultados de las variables asociadas a la AES según el análisis bivariado como multivariado, respectivamente. Según el modelo final de regresión logística, una mala AES guarda relación con la edad de los adolescentes, mal estado de forma física, no hacer deporte en horario extraescolar, ser fumador, ser bebedor, no desayunar antes de acudir al colegio, presentar dolor, cansancio o dificultad para dormir, sentirse infeliz, sentirse solo, mala autovaloración del rendimiento escolar, dificultad para comunicarse con la madre, dificultad para hacer amigos y un mayor consumo diario de televisión.

Morbilidad percibida:

Como se aprecia en la figura 1, las afecciones o trastornos padecidos con mayor frecuencia por los adolescentes son el cansancio generalizado (20,0% siempre, n=201), y el nerviosismo (13% siempre; n=131).

El nerviosismo fue el único trastorno que guardó relación con la edad, siendo su frecuencia superior entre los niños más mayores -13 años ó más- (el 23% se sienten siempre nerviosos; n=10; $Ji^2:20,05$; $p=0,003$). En las niñas es superior la prevalencia de dolencias como la cefalea (30% frente al 16% de los chicos; $Ji^2:41,923$; $p<0,0001$), el dolor de estómago (31% frente al 17% en los niños; $Ji^2:26,544$; $p<0,0001$), y el dolor de espalda (25% vs. el 18% en los niños; $Ji^2:11,160$; $p=0,011$). El cansancio resultó más frecuente entre los niños de los colegios públicos (21% siempre) que entre los de los centros privados (16% siempre; $Ji^2:9,669$; $p=0,022$).

Accidentes:

Los esguinces (35,2%), los golpes en la cabeza (27,5%), las mordeduras ocasionadas por animales domésticos (26,3%) y las quemaduras (21%), constituyeron los accidentes más frecuentemente producidos en el mes anterior a la cumplimentación de la encuesta. Como se puede apreciar en

la figura 2, en el domicilio se originan más lesiones por mordeduras de animales, quemaduras y golpes en la cabeza, mientras que en el centro escolar o en la calle los adolescentes sufren más esguinces o heridas que precisan sutura. Los niños presentan más accidentes que las niñas, sobre todo en la calle (22% de esguinces vs. 15% en las niñas; $Ji^2:13,496$; $p=0,004$; 12% vs. 6% de heridas, respectivamente; $Ji^2: 23,628$; $p<0,001$; 15% en los chicos frente al 7% en las chicas de golpes en la cabeza; $Ji^2: 23,628$; $p<0,001$).

Atención médica y consumo de fármacos:

En el último mes acudieron al médico el 22,4% (n=255; IC95%: 22,6-28,1%) de los alumnos encuestados. No se han encontrado diferencias en función de las variables socio-demográficas. Los medicamentos más frecuentemente tomados son los usados para el resfriado (36%), para el dolor (26%) y para la fiebre (26%) (figura 3). La medicación para el resfriado (40%; $Ji^2: 9,206$; $p=0,002$) y para el dolor (31%; $Ji^2: 9,131$; $p=0,003$), fue tomada más por las niñas que por los niños. Con respecto a la localización del centro se encontraron diferencias significativas en la ingesta de medicamentos para el resfriado (40% entre los adolescentes residentes en la capital frente al 30% de los de la provincia; $Ji^2: 4,843$; $p=0,028$), y para la fiebre (30% vs. 22%, respectivamente; Ji^2 Fiebre: 7,086; $p=0,008$).

DISCUSIÓN

En la adolescencia, la salud es un recurso especialmente importante y la mala salud puede generar efectos negativos a largo plazo. Los jóvenes deben hacer frente a una variedad de retos durante su transición a la edad adulta. El hecho de contar con una buena salud –física, emocional y social- contribuye a poder afrontar positivamente a estas adversidades. La promoción de la salud de los jóvenes puede generar unos beneficios a largo plazo para las personas y las sociedades^(1,4).

Como se observa en otros estudios⁽¹⁴⁻²⁴⁾, la gran mayoría de los adolescentes de estas edades catalogan su estado de salud como bueno o muy bueno. Estos resultados son equiparables a los publicados hasta en los años 90 en nuestro país^(7-10,14-17), dado que en los anteriores trabajos la mala

AES osciló entre el 11% (Estudio Andaluz, 1993)⁽¹⁴⁾ y el 7% (Estudio Nacional, 1994)⁽¹⁵⁾, aunque éstos a su vez difieren de los hallados en 1991 entre los adolescentes de nuestro ámbito, donde un 17% afirmaron no sentirse sanos. Gascón⁽⁸⁾, en un estudio realizado en 1995, encuentra hasta un 25% de escolares de la provincia de Córdoba (excluida la capital) con una AES insatisfactoria. Estudios más recientes, como el HBSC del 2011^(16,17), arrojan una cifra del 96,8% de escolares de entre 11 y 12 años, tanto andaluces como del resto de España, que catalogaron su estado de salud como "excelente" o "buena". Si comparamos con los resultados obtenidos en otros países y regiones europeas, hallamos una gran variabilidad, oscilando entre el 15% (AES regular o mala) de Alemania al 43% de Italia⁽¹⁾. Podemos afirmar, por tanto, que el estado de salud percibido de la población adolescente parece haber mejorado en las últimas décadas en comparación con la percepción que tenían los jóvenes de estas mismas edades de anteriores generaciones, lo que podría atribuirse a una mejoría general de las condiciones de vida, junto con la adquisición de conductas saludables, como por ejemplo, el ejercicio físico, un hábito que también se ha visto incrementado entre nuestra población al comparar las distintas series. No creemos que las diferencias halladas se deban a variaciones estacionales puesto que las encuestas se realizaron todas en la misma época del año, aunque bien es cierto que las condiciones ambientales fluctúan también de año en año y pueden ejercer cierta influencia en la percepción del estado de salud.

En casi todos los trabajos revisados^(1, 7-10, 12, 16-22) se aprecian diferencias en la AES en función del género, que se hacen cada vez más acusadas conforme aumenta la edad. En nuestro estudio sólo se observan pequeñas diferencias porcentuales que no son estadísticamente significativas, quedando esta variable fuera del modelo multivariante. Según Vélez et al.⁽¹⁸⁾ ser chica condiciona el doble de probabilidades de percibir peor salud y calidad de vida en los aspectos físicos y emocionales que los chicos, y opina que la perspectiva de género se debería tener en cuenta en la implementación de medidas de prevención y promoción de la salud infantil y adolescente. Algunos autores consideran que con la menarquia se podría generar una mayor susceptibilidad en las chicas a padecer síntomas depresivos⁽²¹⁾, y por consiguiente a una peor AES, pero también

se describe en otras publicaciones la relación de la estructura del núcleo familiar, con la mayor o menor tendencia a sintomatología depresiva, así como el ser hijo de inmigrantes^(19,25), y no sólo la diferencia de género. Aunque cabe señalar que en nuestro estudio las diferencias por sexo se ponen de manifiesto sólo a la hora de considerar determinados trastornos o dolencias, y como se ha mencionado anteriormente no se observaron cuando se valoraba de forma global a través de la AES.

Tampoco se hallaron diferencias de la AES por localización geográfica (ámbito urbano o rural), carácter del centro (público o privado), ni según el nivel socio-económico de los padres. Cabe pensar si las actuales circunstancias de crisis económica están pudiendo influir, en este caso, de manera negativa, en la salud percibida de los jóvenes adolescentes de familias con escasos recursos, si bien es cierto que tanto en nuestro estudio como en otros similares⁽¹⁾, no se aprecia una clara relación entre la AES de los jóvenes y la clase social de los progenitores. Aunque la influencia de las desigualdades sociales sobre la salud de los adultos y de los niños menores ha sido demostrada, esta evidencia no está tan clara con los jóvenes de estas edades, lo que se ha atribuido a un fenómeno de igualitarismo social, al adquirir en este periodo de la vida una mayor independencia del entorno familiar⁽¹⁾.

Si se hallan diferencias de la AES según la edad, lo que está en consonancia con los resultados publicados hasta la fecha, tanto a nivel local como en otros lugares de nuestro entorno^(7-10, 14, 16-17), reduciéndose progresivamente el porcentaje de sujetos que valoran su estado de salud positivamente, conforme se incrementa la edad. Se puede considerar, por tanto, a la edad, incluso en las primeras etapas de la vida, como el mejor marcador de riesgo de empeoramiento del estado de salud subjetivo de la población.

La AES constituye, además, un potente predictor de gran interés por su asociación con determinados hábitos y estilos de vida, que se suelen promover o desaconsejar en función de su carácter saludable, dentro de los cuales se ponen especialmente de manifiesto, tanto en nuestro estudio como en investigaciones previas, la falta de realización de ejercicio físico o el consumo temprano de sustancias tóxicas como el tabaco

o el alcohol⁽²⁶⁻²⁹⁾. El primero de ellos está en relación con las nuevas tendencias de ocio (redes sociales, videojuegos), las cuales contribuyen a pasar más tiempo delante del televisor y/o del ordenador, lo que conlleva a un mayor grado de sedentarismo por parte del escolar^(30,31); señalar también, según lo observado en otro estudio, la relación entre el abuso de la utilización de las redes sociales y los trastornos de la esfera psicológica, entre los que destaca el insomnio⁽³³⁾. Por otro lado, el ser ya desde los 11 años, consumidor habitual de sustancias tóxicas como son el alcohol (“cultura del botellón”) y el tabaco, tiene efectos directos sobre la percepción de su salud⁽³³⁻³⁵⁾, lo que demuestra que las consecuencias de estas drogas no se producen únicamente a largo plazo como se suele creer. Al tratarse de un estudio transversal, no podemos saber cuál es la causa y cual su efecto en la relación de estas dos variables, aunque la hipótesis más plausible es pensar que el consumo de estas sustancias tóxicas es el que generaría la mala AES del sujeto y no al contrario. Algunos autores han descrito que puede existir relación entre el inicio temprano de consumo de tabaco o alcohol y la historia socio-familiar del adolescente, así como su relación con el consumo previo de dichas sustancias por los padres⁽³⁶⁻³⁹⁾.

Hay otra serie de características que se encuentran presentes en mayor medida en aquellos niños con peor AES. Así, el sentimiento de infelicidad y de soledad es más habitual entre estos escolares. También presentan más frecuentemente trastornos, como dolores, dificultades para dormir o cansancio. Algunas de estas evidencias halladas en nuestro trabajo ya habían sido señaladas en anteriores investigaciones. Así, en el Estudio Nacional de 1994⁽¹⁵⁾ ya se ponía de relieve que los escolares con más trastornos como el dolor de espalda, de cabeza, abdominales y de muelas, así como dificultades para dormir o mareos, son los menos sanos. Los autores de este mismo estudio han hallado una relación entre una baja AES y la existencia de hábitos de consumo insanos, trastornos psicosomáticos y absentismo escolar, lo cual en nuestro caso también se hizo patente mediante la expresión de un peor rendimiento escolar.

Los resultados presentados en este informe se basan en tres indicadores: la calificación de la salud auto-percibida, los problemas sanitarios subjetivos y la satisfacción vital. Todas las encuestas del estudio HBSC han utilizado estos

aspectos clave de la salud y del bienestar⁽¹¹⁾. La experiencia subjetiva de las personas es un indicador central, que a menudo es estudiado preguntando a los jóvenes que califiquen su propia salud. Dichas evaluaciones proporcionan una información muy valiosa. Los estudios sobre poblaciones adultas indican claramente que la AES, a pesar de su subjetividad, sirve para predecir estados de salud objetivos, con inclusión de la mortalidad. Cuando se solicita a los jóvenes que valoren sus preocupaciones sanitarias, éstos generalmente conceden una calificación elevada a sus problemas percibidos de carácter somático y psicológico⁽⁹⁾. Nosotros preferimos utilizar el término problemas sanitarios subjetivos⁽¹⁰⁾ como denominación general. Por lo tanto, no partimos de ningún presupuesto sobre si las causas primarias de dichos problemas sanitarios auto-percibidos son biológicas o psicológicas, sino que registramos y comunicamos las experiencias individuales. Los problemas sanitarios subjetivos tienden a agruparse entre sí en lugar de síntomas aislados, los problemas sanitarios auto-percibidos se pueden considerar como un síndrome, en el que la persona experimenta regularmente dos o más problemas sanitarios subjetivos al mismo tiempo. Estos problemas van desde los dolores ocasionales de cabeza que la mayoría de los jóvenes experimentan alguna vez hasta las manifestaciones clínicas de síntomas somáticos o afectivos, que interfieren en lo cotidiano. Dicha dificultad ha sido asociada a un rendimiento académico más bajo, al aumento de la demanda de servicios de atención primaria^(40,41) y urgencias, así como el incremento del uso de medicamentos⁽⁴²⁾.

El consumo de medicamentos se ha convertido en una conducta tan habitual entre la población que, en cierto modo, se puede considerar como un rasgo propio de nuestra cultura occidental, pudiendo ser considerado como un problema de salud pública debido a su uso muchas de las veces desmesurado, irracional e indiscriminado (sobremedicación). Nuestros adolescentes tomaban medicamentos para la mayoría de los problemas de salud considerados en el estudio de manera muy parecida a la hallada en otras investigaciones previas realizadas en la misma zona⁽¹⁰⁾, si bien llama la atención el incremento en el consumo de psicofármacos (nerviosismo, enfado, cansancio o fatiga y dificultad para dormir). Este fenómeno resulta generalizado y parece ser

consecuencia de la progresiva psiquiatrización de la sociedad y al auge de los trastornos mentales relacionados con la ansiedad, el estrés o la depresión, junto con los trastornos alimentarios, de forma que podría considerarse como una nueva pandemia mundial.

Por otro lado se constata que la frecuentación de la consulta médica es menor que la observada previamente en nuestra zona⁽¹⁰⁾, de tal forma que ha obrado un descenso progresivo que parte desde más del 40% de principios de los años noventa; aunque, cabe señalar, que la apreciación subjetiva de los profesionales sea contrapuesta a dichos resultados. Aun siendo compleja su comparación por las diferencias metodológicas existentes, no parecen existir variaciones destacables en relación a otras zonas geográficas, españolas o europeas^(16,17).

En cuanto al grado de morbilidad percibida por los escolares, en general los resultados obtenidos están en consonancia con los hallados en otros lugares de nuestro entorno^(16,17). Se aprecia una tendencia en todos los trastornos estudiados (a excepción de los dolores de piernas) a que los padecan más las niñas que los niños, sobre todo en lo que respecta al dolor de cabeza y de estómago o barriga, lo que corrobora lo ya observado en anteriores estudios⁽⁸⁻¹⁰⁾. Entre los procesos analizados destacan por su interrelación con la AES, el dolor, el cansancio físico y la dificultad para dormir, por lo que nos hace pensar que estos son los que afectan más a la salud general subjetiva de los jóvenes de estas edades.

Los accidentes han adquirido una especial relevancia en las últimas décadas. Actualmente constituyen la primera causa de muerte en niños desde el primer año de vida hasta los 14 años en los países industrializados. Generan, además, una morbilidad que puede tener importantes repercusiones, como secuelas físicas, invalidez infantil y absentismo escolar, constituyendo la prevención de éstos un objetivo prioritario, ya que muchos son fácilmente evitables^(43, 44). En nuestro estudio, los accidentes más frecuentes fueron los producidos por traumatismos leves, mordeduras de animales y quemaduras. Estos resultados son similares a los aportados por otros autores⁽⁴⁴⁾. La mayoría de los factores que influyen en la aparición de accidentes están relacionados con los estilos y modos de vida

de la población, coincidiendo con actividades realizadas en la calle (deportes, ciclismo,...) o en el ámbito doméstico, siendo la cocina uno de los lugares más peligrosos.

La valoración de la salud a través de la AES, mediante la cumplimentación de un cuestionario, presenta ventajas e inconvenientes. Entre los principales beneficios destaca el que sea una medición no invasiva, diseñada para garantizar la integridad y el anonimato de las personas y que puede gestionarse de forma eficaz. Además al tratarse de una medición tipificada nos permite comparaciones entre personas y por países. Por otra parte, su principal inconveniente es la subjetividad de la unidad de medida al presentar una limitada capacidad de cobertura en comparación con los métodos más cuantitativos. Entre las limitaciones del presente trabajo es preciso considerar el hecho de haber abarcado como ámbito geográfico de estudio a una sola provincia andaluza, lo cual plantea incertidumbre sobre si los resultados pueden ser extrapolables al resto del país, si bien como hemos podido ver al comparar nuestros resultados con los estudios realizados a nivel regional, nacional o internacional, muchos de ellos son bastante similares. Por otra parte, teniendo en cuenta que la población elegida fue únicamente los escolares de 6º de primaria, nuestros resultados no serían generalizables a los de otros cursos. Finalmente, aunque la tasa de respuesta fue elevada (92,8%), no podemos obviar a los alumnos no asistentes a clase ese día, ya que suelen ser los más propensos a enfermar, así como a consumir sustancias tóxicas y/o presentar problemas sociales, por lo que estaríamos infravalorando el porcentaje de sujetos con AES negativa. Dado que han pasado unos años desde que se hizo este estudio, el equipo de investigación vio pertinente realizar otro corte a finales del 2013, por lo que esperamos contar con resultados recientes con los que poder comparar y comprobar la evolución producida.

En conclusión, podemos decir que los escolares presentan un buen nivel de salud autopercibida, aunque no por ello podemos olvidarnos de las principales causas de morbilidad que éstos presentan y que afectan a su AES: dolores en diversas partes del cuerpo, cansancio y dificultades para dormir. Los accidentes, sobre todo los traumatismos leves, además de la sobremedicación, son también elementos a tener en cuenta. La AES es un indicador sanitario global que

depende de múltiples factores, algunos de ellos no modificables -como la edad-, pero también otros que si se pueden intentar cambiar con medidas de promoción y prevención a tomar desde diferentes ámbitos y escenarios, entre ellos el sistema sanitario, y más concretamente desde la Atención Primaria.

Si queremos mejorar la salud de los adolescentes es preciso promover ciertas conductas y estilos de vida, aprovechando cualquier contacto que el profesional de Atención Primaria vaya a tener con este grupo de población, para ofrecerle el oportuno consejo (antitabáquico, antialcohólico, fomento del ejercicio físico, comida saludable,..). Además, es importante dar especial interés a la esfera psicosocial de los jóvenes, para tratar de indagar sobre cuál es su estado de ánimo (sentimientos de soledad, tristeza, nerviosismo), y su grado de satisfacción con sus relaciones personales y sociales (amigos y padres, fundamentalmente), fomentando así en la autoconciencia de salud percibida, como instrumento de mejoría o mantenimiento de la misma.

RECONOCIMIENTOS Y FINANCIACIÓN

- Fondo de investigación sanitaria del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba: patrocinio investigación universitaria (expte. 07/0715).
- Consejería de salud de la Junta de Andalucía: Beca de investigación (BOJA nº 8 de 11 de enero de 2006; nº Expte. 0110/2006).
- Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (Beca SAMFyC a proyectos de investigación, año 2006).
- Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (Beca SemFYC para la realización de Tesis Doctorales, año 2008).

BIBLIOGRAFÍA

1. Currie C, Roberts C, Morgan A, Smith R, Settertobulte W, Samdal O, et al. Young people's health in context. *Health Behaviour in School-*

aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey. Health Policy for Children and Adolescents nº 4. WHO, 2004.

2. Moreno C, Muñoz-Tinoco V, Pérez P, Sánchez-Queija I, Granado MC, Ramos P, et al. Desarrollo adolescente y salud. Resultados del Estudio HBSC-2006 con chicos y chicas españoles de 11 a 17 años. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2008. NIPO: 351-08-036-0.

3. Idler EL, Kasl SV. Health perceptions and survival: do global evaluations of status really predict mortality? *J Gerontol.* 1991; 46: 55-65.

4. Rivera F, Ramos P, Moreno C, Hernan M. Análisis del modelo salutogénico en España: aplicación en la salud pública e implicaciones para el modelo de activos en la salud. *Rev. Esp. Salud Pública.* 2011; 85: 137-47.

5. Ramos P, Moreno C, Rivera F, Pérez P. Integrated analysis of the health and social inequalities of Spanish adolescents. *Int J Clin Health Psychol.* 2010; 10: 13- 36.

6. Health Behaviour in School-Aged Children, HBSC. URL: <http://www.hbsc.org/about/index.html>.

7. Montero J, Pérula LA, Martínez J, Jiménez C. Estudio comparativo de hábitos y conductas relacionadas con la salud de los escolares de dos zonas de Córdoba. *Rev San Hig Púb.* 1991; 65: 545- 5.

8. Gascón FJ. Estudio de los hábitos y conductas relacionadas con la salud de los escolares de la provincia de Córdoba. Excluida la capital (tesis doctoral). Córdoba: Universidad de Córdoba; 1995.

9. Pérula LA, Martínez J, Ruiz R, Fonseca J. Variables relacionadas con el estado de salud auto-percibido: estudio poblacional. *Aten Primaria.* 1995; 6: 323-30.

10. Pérula de Torres LA, Ruiz Moral R, Tapia G, Lluch C, Enciso Verge I, Espejo Espejo J. Nivel de salud y morbilidad percibida por una población escolar. *Aten Primaria.* 1998; 21: 137-44.

11. Chris Roberts, J. Freeman, O. Samdal, C. W. Schnohr, M. E. de Looze, S. Nic Gabhainn, R.

Iannotti, M. Rasmussen. The Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: methodological developments and current tensions. *Int J Public Health*. 2009; 54:140-50.

12. Mengual Luque P. Estudio de los hábitos y conductas relacionados con la salud de los escolares de la ciudad de Córdoba, 1994/1999. [Tesis Doctoral]. Córdoba: Universidad de Córdoba; 2001.

13. Domingo A, Marcos J. Propuesta de un indicador de la clase social basado en la ocupación. *Gac Sanit*. 1989; 3: 320-6.

14. Área de Educación para la salud. Oficina de Programas y Promoción de Salud- Hábitos de salud de los escolares andaluces. Sevilla: Dirección General de Atención Sanitaria. Servicio Andaluz de Salud; 1993.

15. Mendoza R, Sagrera MR, Batista JM. Conductas de los escolares españoles relacionadas con la salud (1986-1990). Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas; 1994.

16. Moreno C, Ramos P, Rivera F, Jiménez-Iglesias A, García-Moya I. Las conductas relacionadas con la salud y el desarrollo de los adolescentes andaluces. Resumen del estudio Health Behaviour in School-aged Children en Andalucía (HBSC-2011). Sevilla: Universidad de Sevilla, 2011. URL: http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/c_3_c_1_vida_sana/adolescencia/hbsc_estudio_andalucia_def.pdf.

17. Moreno C, Ramos P, River F, Jiménez-Iglesias A, García-Moya I, Sánchez-Queija I, et al. Las conductas relacionadas con la salud y el desarrollo de los adolescentes españoles. Resultados del Estudio HBSC-2010 con chicos y chicas españoles de 11 a 18 años. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. NIPO: 2012. URL: http://www.mssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/saludJovenes/docs/HBSC2010_Completo.pdf.

18. Vélez Galarraga R, López Aguilà S, Rajmil L. Género y salud percibida en la infancia y la adolescencia en España. *Gac Sanit*. 2009; 23: 433- 9.

19. Steve Sussman, Pallav Pokhrel, Richard D. Ashmore and B. Bradford Brown. Adolescent

peer group identification and characteristics: A review of the literature. *Addict Behav*. 2007; 32: 1602-27.

20. Goodman E, Huang B, Schafer- Kalkhoff T, Nancy E. Perceived Socioeconomic Status: A New Type of Identity That Influences Adolescents' Self- Rated Health. *Journal of Adolescent Health*. 2007; 41: 479-87.

21. Ravens- Sieberer U, Erhart M, Wille N and Bullinger M. Health- related quality of life in children and adolescents in Germany: results of the BELLA study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2008; 17: 148-56.

22. Thomas W. McDade, Laura Chyu , Greg J. Duncan , Lindsay T. Hoyt , Leah D. Doane, Emma K. Adam. Adolescents' expectations for the future predict health behaviors in early adulthood. *Soc Sci Med*. 2011; 73: 391-8.

23. Petanidou D, Giannakopoulos G, Tzavara C, Dimitrakaki C, Ravens-Sieberer U, Kolaitis G at al. Identifying the sociodemographic determinants of subjective health complaints in a cross-sectional study of Greek adolescents. *Annals of General Psychiatry*. 2012; 11: 1-12.

24. Ramos P, Moreno C, Rivera F, Gaspar M y Morgan A. Analysis of social inequalities in health through an integrated measure of perceived and experienced health in Spanish and Portuguese adolescents. *Journal of Health Psychology*. 2012; 17; 57-67.

25. Molcho M, Cristini F, Nic Gabhaninn S, Santinello M, Moreno C, Gaspar de Matos et al. Health and well- being among child immigrants in Europe. *Eurohealth*. 2011; 16: 1-4.

26. Pérula LA, Lluch C, Ruiz R, Espejo J, Tapia G. Prevalencia de actividad física y su relación con variables sociodemográficas y ciertos estilos de vida en escolares cordobeses. *Rev. Esp. Salud Publica*. 1998;72: 233-44.

27. Pérula LA, Ruiz R, Lora N, Mengual P, Rodríguez F, Espejo J. Consumo de Tabaco entre la Población escolar. Factores Relacionados. *Gac Sanit*. 1998;12:249-53.

28. Pérula de Torres, L.A.; Ruiz Moral, R.; Fernández García, M.A.; Herrera Morcillo, E.; Miguel

- Vázquez, M.D. de; Bueno Cobo, J.M. Consumo de alcohol entre los escolares de una zona básica de salud de Córdoba. *Rev Esp de Salud Pública* 1998; 72: 331-41.
29. Gavilán I, Palenzuela SM, Pérula LA, Fernández García JA, Pérula de Torres CJ, Jiménez C. Actividad física en los adolescentes y su relación con características sociodemográficas y ciertos estilos de vida. *Med fam Andal*. 2013;138-60.
30. Moreno C, Ramos P, Rivera FJ, Jiménez-Iglesias A. Estudio "Health Behavior in School-aged Children" (HBSC). Actividad física de los adolescentes españoles. *El tren de la salud*. 2009; 2: 8-9.
31. Ramos P, Rivera F, Moreno C, Jiménez-Iglesias A. Análisis de clúster de la actividad física y las conductas sedentarias de los adolescentes españoles, correlación con la salud biopsicosocial. *Revista de Psicología del Deporte*. 2012; 21: 99-106.
32. Singer E, Garfinkel R, Cohen SM. Mortality and mental health: evidence from the Midtown Manhattan Restudy. *Soc Sci Med*. 1976; 10: 517-25.
33. Ramos P, Moreno C. Situación actual del consumo de sustancias en los adolescentes españoles: tabaco, alcohol, cannabis y otras drogas ilegales. *Health and Addictions*. 2010; 10: 13-36.
34. Mendoza R, Batista-Foguet JM. El consumo de tabaco, alcohol y otras drogas en los adolescentes escolarizados españoles. *Gac Sanit*. 1998; 12: 263-70.
35. Clavenna A, Bonati M. Adverse drug reactions in childhood: A review of prospective studies and safety alerts. *Arch Dis Child*. 2009; 94: 724-8.
36. Mednickl SC, Christakis NA, Fowler JH. The Spread of Sleep Loss Influences Drug Use in Adolescent Social Networks. *Sleep, Drugs, Social Networks*. 2010; 5: 1-8.
37. Moreno C, Muñoz MV, Pérez P, Sánchez I. Los adolescentes españoles y sus familias: calidad en la comunicación con el padre y con la madre y conductas de riesgo relacionadas con el consumo de sustancias activas. *Cultura y educación*. 2006; 18: 345- 62.
38. Roustit C, Campoy E, Renahy E, King G, Parizot I, Chauvin P. Family social environment in childhood and self-rated health in young adulthood. *BMC Public Health*. 2011; 11:949.
39. Jiménez-Iglesias A, Moreno C, Granado-Alarcón MC, López AM. Parental knowledge and adolescent adjustment (substance use and health-related quality of life). *The Spanish Journal of Psychology*. 2012; 15: 132-44.
40. García Llop LA, Asensi Alcoverro A, Grafiá Juan C, Coll Mas P. Estudio de la demanda en Atención Primaria pediátrica. *Anales Españoles de Pediatría*. 1996; 4: 469- 74.
41. Durand AC, Palazzolo S, Tanti-Hardouin N, Gerbeaux P, Sambuc R, Gentile S. Non urgent patients in emergency departments: rational or irresponsible consumers? Perceptions of professionals and patients. *BMC Research Notes*. 2012; 5: 525.
42. Aguzzi A, Virga C. Uso racional de medicamentos: La automedicación como consecuencia de la publicidad. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*. 2009; 28: 28-30.
43. Vallespir S, Villalonga M. Estudio prospectivo de los accidentes ocurridos en una escuela durante dos cursos. *Acta Pediatr Esp*. 1993; 51: 440- 4.
44. Martínez J, Garrucho G, Germán C, Muriel R, Perea E, Sánchez JJ et al. Elementos para la prevención de accidentes infantiles en Andalucía. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 1995.

Tabla 1: Variables asociadas a la autopercepción de salud mediante análisis bivariante

Variables independientes		Autopercepción de salud n (%)			Estadístico
		Bastante o muy sano	Regular de sano	Poco o nada sano	
Edad (años)	11	534 (90,4)	54 (9,1)	3 (0,5)	Ji ² : 17,783 p=0,001
	12	334 (92,5)	24 (6,6)	3 (0,8)	
	≥13	33 (73,3)	11 (24,4)	1 (2,2)	
Sexo	Varón	482 (91,8)	39 (7,4)	4 (0,8)	Ji ² : 3,099 p=0,212
	Mujer	419 (88,8)	50 (10,6)	3 (0,6)	
Autopercepción de la forma física	Buena	717 (95,7)	31 (4,1)	1 (0,1)	Ji ² : 191,47 P<0,001
	Regular	173 (77,2)	48 (21,4)	3 (1,3)	
	Mala	4 (25,0)	9 (56,3)	3 (18,8)	
Realización de deporte intenso extraescolar	A diario	319 (93,0)	20 (5,8)	4 (1,2)	Ji ² : 55,818 P<0,001
	Alguna vez/semana	527 (91,7)	45 (7,8)	3 (0,5)	
	Rara vez o nunca	47 (67,1)	23 (32,9)	0 (0,0)	
Fumador activo	Sí	51 (78,5)	14 (21,5)	0 (0,0)	Ji ² : 13,939 P=0,001
	No	849 (91,2)	75 (8,1)	7 (0,8)	
Bebedor de alcohol	Sí	91 (76,5)	25 (21,0)	3 (2,5)	Ji ² : 31,286 P<0,001
	No	809 (92,2)	64 (7,3)	4 (0,5)	
Desayunar los días de colegio	Siempre	559 (91,8)	47 (7,7)	3 (0,5)	Ji ² : 5,510 P=0,012
	Algunas vez	247 (88,8)	30 (10,8)	1 (0,4%)	
	Nunca	88 (86,3)	11 (10,8)	3 (2,9)	
Presentar dolor	Todos los días	42 (75,0)	12 (21,4)	2 (3,6)	Ji ² : 23,147 P=0,001
	Alguna vez/semana	161 (89,9)	17 (9,5)	1 (0,6)	
	Alguna vez/mes	224 (90,3)	24 (9,7)	0 (0,0)	
	Rara vez o nunca	468 (92,3)	36 (7,1)	3 (0,6)	
Presentar cansancio	Todos los días	169 (87,1)	22 (11,3)	3 (1,5)	Ji ² : 13,062 P=0,042
	Alguna vez/semana	341 (90,2)	37 (9,8)	0 (0,0%)	
	Alguna vez/mes	188 (91,7)	17 (8,3)	0 (0,0)	
	Rara vez o nunca	193 (92,8)	13 (6,3)	2 (1,0)	
Dificultad para dormir	Todos los días	51 (86,4)	6 (10,2)	2 (3,4)	Ji ² : 9,448 P=0,002
	Alguna vez/semana	134 (86,5)	20 (12,9)	1 (0,6)	
	Alguna vez/mes	123 (87,2)	17 (12,1)	1 (0,7)	
	Rara vez o nunca	587 (92,6)	45 (7,1)	2 (0,3)	
Autopercepción de felicidad	Feliz	873 (91,1)	81 (8,5)	4 (0,4)	Ji ² : 46,798 P<0,001
	Infeliz	21 (65,6)	8 (25,0)	3 (9,4)	
Sentimiento de soledad	Sí	61 (85,9)	7 (9,9)	3 (4,2)	Ji ² : 13,717 P=0,001
	No	838 (90,7)	82 (8,9)	4 (0,4)	
Autovaloración del rendimiento académico	Bueno	530 (95,2)	23 (4,1)	4 (0,7)	Ji ² : 35,193 P<0,001
	Malo	368 (84,4)	65 (14,9)	3 (0,7)	
Facilidad para comunicarse con la madre	Fácil	797 (92,0)	65 (7,5)	4 (0,5)	Ji ² : 22,897 P<0,001
	Difícil	93 (78,8)	22 (18,6)	3 (2,5)	
Facilidad para hacer nuevos amigos	Fácil	780 (91,7)	67 (7,9)	4 (0,5)	Ji ² : 11,477 P=0,003
	Difícil	116 (83,5)	20 (14,4)	3 (2,2)	
Consumo de televisión	>3 horas/día	219 (88,3)	27 (10,9)	2 (0,8)	Ji ² : 16,304 P=0,05
	1-3 horas/día	389 (91,3)	33 (7,7)	4 (0,9)	
	<1h/día	285 (90,8)	28 (8,9)	1 (0,3)	

Tabla 2: Variables asociadas a la autopercepción de salud mediante análisis multivariante

Variables independientes	β	p	OR	IC 95%
Edad (cuantitativa)	-0,53	0,018	0,58	0,47-0,71
Autopercepción de la forma física (buena vs. mala)	1,9	<0,001	6,69	3,72-12,06
Realización de deporte intenso extraescolar (habitualmente vs. esporádicamente o nunca)	0,67	0,022	1,96	1,1-3,5
Fumador (no vs. sí)	1,85	<0,001	6,39	3,54-11,54
Bebedor de alcohol (no vs. sí)	1,87	<0,001	6,52	3,53-12,03
Desayunar antes de ir al colegio (sí vs. no)	0,61	0,038	1,85	1,03-3,33
Presentar dolor durante el último mes (no vs. sí)	1,18	0,022	3,26	1,18-8,99
Sentirse cansado durante el último mes (no vs. sí)	0,6	0,05	1,82	1,02-3,32
Dificultad para dormir durante el último mes (no vs. sí)	0,63	0,033	1,88	1,05-3,38
Autopercepción de felicidad (sí vs. no)	1,22	0,018	3,40	1,22-9,40
Sentimiento de soledad (no vs. sí)	-1,43	0,05	0,65	0,26-0,91
Autovaloración del rendimiento académico (bueno vs. malo)	1,14	0,001	3,14	1,6-6,17
Comunicación con la madre (fácil vs. difícil)	0,54	0,041	1,72	1,13-4,12
Capacidad de hacer nuevos amigos (fácil vs. difícil)	0,77	0,14	2,16	1,16-4,02
Tiempo dedicado a ver la televisión (hasta dos horas/día vs. tres o más horas/día)	0,84	0,049	2,33	1,09-5,64

OR: Odds Ratio. p. valor de p Test de Wald; IC 95%: Intervalo de confianza.
 Variable dependiente: Autopercepción de salud (Buena -muy sano o bastante sano- vs. Mala -regular, poco o nada sano-). Prueba de Hosmer-Lemeshow: 3,15; p=0,78. Razón de verosimilitud: 359,53; p<0,001.

Figura 1: Morbilidad percibida por los escolares

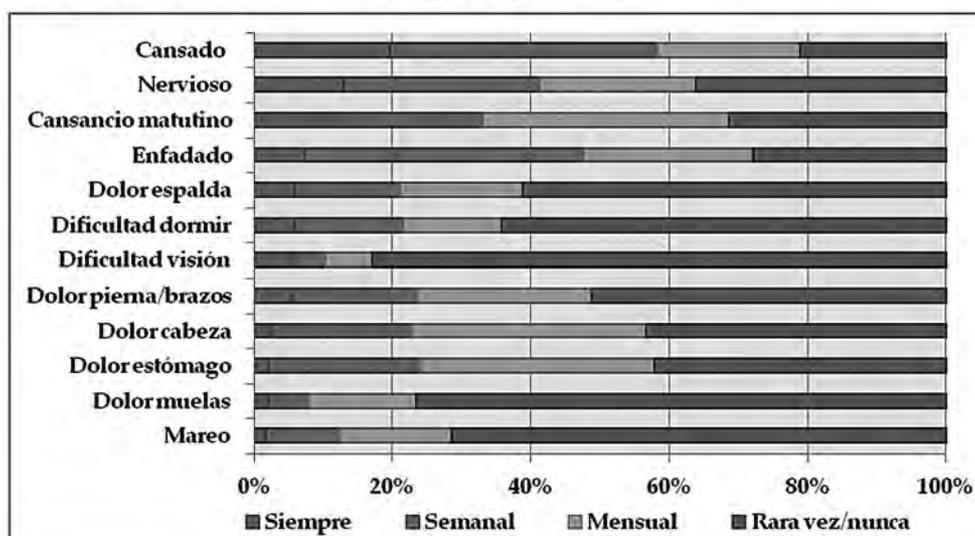


Figura 2: Frecuencia de accidentes y lesiones según el lugar donde se produjeron

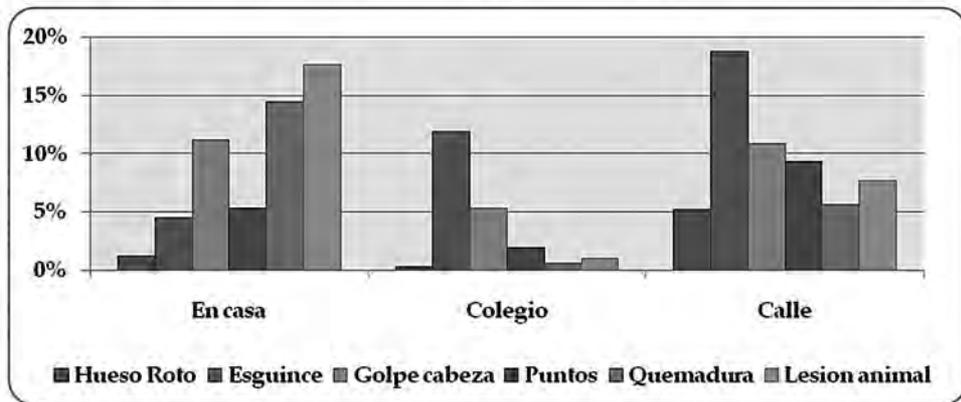
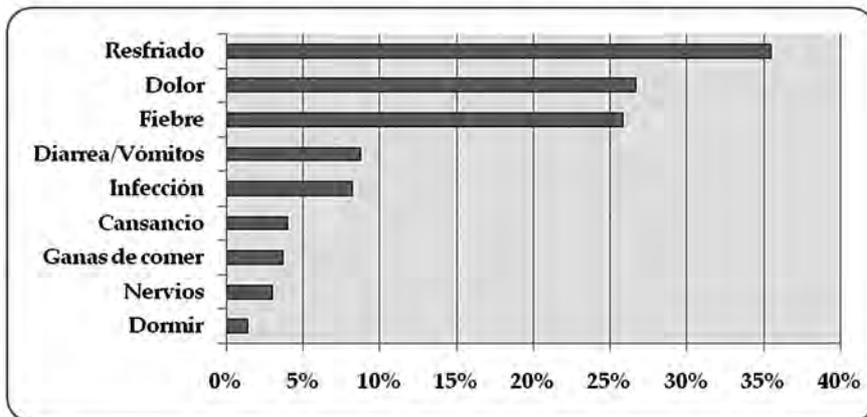


Figura 3: Frecuencia de toma de medicación en el último mes



ANEXO: Cuestionario empleado en el estudio.

Este cuestionario tiene como finalidad conocer cuáles son tus costumbres en relación con la salud.

No escribas tu nombre, ya que el cuestionario es anónimo.

Es muy importante que contestes a las preguntas con sinceridad.

Hay preguntas por las dos caras de los folios.

Si hay alguna pregunta que no entiendas bien, no dudes en pedirnos que te la expliquemos (levantando la mano para que vayamos hasta tu sitio).

Sigue las indicaciones de las preguntas y las respuestas.

Hay dos tipos de preguntas:

Para que respondas escribiendo sobre una línea continua.

Con varias respuestas para que señales una sola casilla con una X (salvo que la pregunta te especifique que puedes tachar varias).

A veces, al elegir ciertas respuestas se te indica que pases directamente a otra pregunta (sigue el cuestionario desde ese número).

Algunas preguntas y respuestas tienen ejemplos para que las entiendas mejor (generalmente entre paréntesis), fijate bien y lee el texto entero.

Te damos las gracias de antemano por tu colaboración.

Para empezar, vamos a hacerte algunas preguntas básicas sobre ti y tu familia:

1. ¿En qué país naciste? _____.

2. ¿Cuántos años tienes? _____ años.

3. ¿Cuál es tu sexo?

Chico.

Chica.

4. ¿En qué curso estás?

6º de Primaria.

¿En qué trabaja tu padre?

Por favor, escribe exactamente lo que hace. Por ejemplo, mecánico de coches, camionero, peón albañil, dueño de una panadería, empleado de taller o fábrica, dentista, bombero, fontanero...

En caso de estar en el paro o jubilado, escribe el trabajo que habitualmente realizaba.

Marca una de las casillas de abajo si no puedes escribir una respuesta sobre la línea.

- No lo sé.
- No tengo padre.
- Nunca ha trabajado.

¿En qué trabaja tu madre?

Por favor, escribe exactamente lo que hace. Por ejemplo: ama de casa, administrativa, enfermera, limpiadora, camarera, abogada, médica...

En caso de estar en el paro o jubilada, escribe el trabajo que habitualmente realizaba.

Marca una de las casillas de abajo si no puedes escribir una respuesta sobre la línea.

- No lo sé.
- No tengo madre.
- Nunca ha trabajado.

A continuación, vamos a tratar el tema de la higiene y el descanso.

7. ¿Con qué frecuencia te sueles lavar las manos antes de comer?

- Siempre.
- A veces.
- Nunca.

8. ¿Con qué frecuencia te duchas o bañas?

- Todos los días.
- Varias veces a la semana.
- Una vez a la semana o menos.

9. ¿Con qué frecuencia te sueles cepillar los dientes?

- Cuatro o más veces al día.
- Tres veces al día.
- Dos veces al día.
- Una vez al día.
- Alguna vez a la semana.
- De vez en cuando.
- Nunca.

10. ¿A qué hora te levantas normalmente los días de colegio o instituto?

A las _____ de la mañana.

11. ¿A qué hora te sueles ir a la cama a dormir si tienes que levantarte al día siguiente para ir al colegio o instituto?

A las _____ de la noche.

Seguimos con preguntas sobre el deporte y el ejercicio físico.

12. ¿Cómo crees que estás de forma física?

- Estoy en buena forma física.
- Estoy regular de forma física.
- No me encuentro en buena forma física.

13. Fuera del colegio o instituto, ¿en qué actividades en las que realices ejercicio físico participas normalmente? Puedes señalar más de una casilla.

- Deportes de pelota (fútbol o futbito, baloncesto, balonmano o voleibol).
- Carreras, atletismo, gimnasia, o jugar al escondite.
- Montar en bicicleta, ciclismo.
- Nadar.
- Artes marciales.
- Tenis.
- Bailar.
- Montañismo (escalar montañas), o senderismo (andar por el campo).
- Otras (escríbelas): _____.

14. Fuera del colegio o instituto, ¿con qué frecuencia realizas actividades físicas (como por ejemplo, las de la pregunta anterior)?

- Todos los días.
- Varias veces a la semana.
- Alguna vez a la semana.
- Alguna vez al mes.
- Rara vez.
- Nunca.

15. Fuera del colegio o instituto, ¿cuántas veces sueles hacer ejercicio en tu tiempo libre, hasta el punto de cansarte y sudar?

- Todos los días.
- Varias veces a la semana.
- Alguna vez a la semana.
- Alguna vez al mes.
- Rara vez.
- Nunca.

16. ¿Crees que practicarás algún deporte cuando tengas más o menos 20 años?

- Seguro que sí.
- Probablemente sí.
- Probablemente no.
- Seguro que no.
- No sé.

17. Abajo tienes una lista de personas que tú conoces, ¿practica alguna de ellas algún deporte en su tiempo libre?

	Cada semana	De vez en cuando	Nunca	No sé	No tengo
Madre	<input type="checkbox"/>				
Padre	<input type="checkbox"/>				
Hermano/a	<input type="checkbox"/>				
Mejor amigo/a	<input type="checkbox"/>				
Tutor/a de clase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Ahora te preguntaremos sobre el consumo de sustancias.18. ¿Has probado, aunque sólo haya sido una vez, alguna de estas sustancias?

	Sí	No	No sé lo que es
Tabaco ("cigarrillos", "puros"...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcohol (cerveza, vino, "cubatas", "chupitos", "cubalitos"...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cannabis ("porro", "marihuana", "maría", "canuto", "peta", "hierba", "hachís"...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tranquilizantes ("medicinas para los nervios", "pastillas para dormir"...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heroína ("caballo"...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cocaína ("coca", "rayas", "basuko"...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfetaminas ("anfetás", "speed"...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LSD ("ácido", "tripi")	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De síntesis ("de diseño", "pastis", "pirulas", "éxtasis"...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. ¿De todas estas sustancias, cuáles consideras que son drogas?

	Es droga	No es droga	No sé lo que es
Tabaco ("cigarrillos", "puros"...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcohol (cerveza, vino, "cubatas", "chupitos", "cubalitos"...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cannabis ("porro", "marihuana", "maría", "canuto", "peta", "hierba", "hachís"...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tranquilizantes ("medicinas para los nervios", "pastillas para dormir"...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heroína ("caballo"...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cocaína ("coca", "rayas", "basuko"...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfetaminas ("anfetás", "speed"...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LSD ("ácido", "tripi")	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De síntesis ("de diseño", "pastis", "pirulas", "éxtasis"...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. De la lista que verás a continuación, señala de quién o quiénes has recibido información sobre las drogas.

	Sí	No
Padres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hermanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Profesores del colegio o instituto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medios de comunicación (televisión, radio, revistas, prensa...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nadie me ha informado	<input type="checkbox"/>	

21. ¿Fumas tabaco, aunque sólo sea de vez en cuando?

Sí.

No (pasa a la pregunta 25).

22. ¿A qué edad te fumaste el primer cigarrillo?

A los _____ años.

23. ¿Con qué frecuencia fumas actualmente?

Todos los días.

Varias veces a la semana, pero no cada día.

Los fines de semana.

Alguna vez al mes, o rara vez.

24. Indica la razón fundamental por la que has fumado o fumas (marca sólo una casilla).

Por diversión.

Porque me hace sentir mejor y más seguro.

Porque mis amigos también fuman.

Porque los adultos que conozco también fuman.

Porque me tranquiliza.

Por curiosidad.

Porque quiero.

No lo sé.

25. Abajo tienes una lista de personas que tú conoces. Por favor, señala con una X las que sepas que fuman actualmente.

	Sí	No	No sé	No tengo
Madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hermano/a mayor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mejor amigo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tutor/a de la clase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

26. ¿Piensas que el tabaco produce daño en el cuerpo humano?

- Sí.
- No (pasa a la pregunta 28).

27. De la siguiente lista, señala con una X las partes u órganos del cuerpo que creas que se ven dañadas por el consumo de tabaco (puedes contestar más de una casilla).

- La boca.
- Los pulmones.
- Los oídos.
- El cerebro.
- El hígado.
- El esófago.
- Los riñones.
- La vejiga urinaria.
- El corazón.
- La circulación de la sangre.
- El feto dentro del vientre de la madre.
- Otras (escríbelas): _____.

28. ¿Tomas alguna vez bebidas alcohólicas?

- Sí.
- No (pasa a la pregunta 34).

29. ¿A qué edad probaste el alcohol por primera vez?

A los _____ años

30. ¿Has bebido alguna vez alcohol hasta llegar a emborracharte?

- Sí, una vez.
- Sí, varias veces.
- Sí, muchas veces.
- No, nunca (pasa a la pregunta 32).

31. ¿Qué edad tenías cuando te emborrachaste la primera vez?

A los _____ años.

32. ¿Con qué frecuencia tomas bebidas alcohólicas, aunque sólo sea una pequeña cantidad?

	Todos los días	Varias veces a la semana	Los fines de semana	Al menos una vez al mes	Rara vez o nunca
Cerveza	<input type="checkbox"/>				
Vino	<input type="checkbox"/>				
Licores (coñac, anís, ginebra, whisky, tequila...)	<input type="checkbox"/>				
Combinados ("cuba-libres" o "cubatas", "chupitos", "cubalibros"...)	<input type="checkbox"/>				

33. Indica la razón fundamental por la que has bebido o bebes alcohol (marca sólo una casilla).

- Por diversión.
- Porque me hace sentir mejor y más seguro.
- Porque mis amigos también beben.
- Porque los adultos que conozco también beben.
- Por ser más sociable y gracioso (“coger el puntillo”).
- Por curiosidad.
- Porque quiero.
- No lo sé.

34. Abajo tienes una lista de personas que tú conoces. Por favor, señala la frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas de cada uno.

	Todos los días	De vez en cuando	Nunca	No sé	No tengo
Madre	<input type="checkbox"/>				
Padre	<input type="checkbox"/>				
Hermano/a mayor	<input type="checkbox"/>				
Mejor amigo/a	<input type="checkbox"/>				
Tutor/a de la clase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

35. ¿Piensas que el alcohol produce daño en el cuerpo humano?

- Sí.
- No (pasa a la pregunta 37).

36. De la siguiente lista, señala con una X las partes u órganos del cuerpo que creas que se ven dañadas por el consumo de alcohol (puedes contestar más de una casilla).

- La boca.
- Los pulmones.
- Los oídos.
- El cerebro.
- El hígado.
- El esófago.
- Los riñones.
- La vejiga urinaria.
- El corazón.
- La circulación de la sangre.
- El feto dentro del vientre de la madre.
- Otras (escríbelas): _____.

Pasamos a unas preguntas sobre tu alimentación.

37. ¿Con qué frecuencia tomas los siguientes alimentos o bebidas?

<u>ALIMENTACIÓN</u>	Más de una vez al día	Una vez al día	Alguna vez a la semana	Rara vez	Nunca	No sé
Chocolate	<input type="checkbox"/>					
Bebidas con gas (refrescos como coca-cola, pepsi, fanta, seven-up...)	<input type="checkbox"/>					
Zumos (naranja, piña, melocotón, tomate...)	<input type="checkbox"/>					
Dulces o pasteles (tartas, bollería, donuts...)	<input type="checkbox"/>					
Golosinas ("chuches")	<input type="checkbox"/>					
Bolsas de fritos (patatas fritas, cortezas, gusanitos...)	<input type="checkbox"/>					
Frutos secos (avellanas, almendras, cacahuetes, quicos...)	<input type="checkbox"/>					
Fruta (naranjas, manzanas, peras...)	<input type="checkbox"/>					
Verduras y hortalizas (coliflor, brécol, alcachofa, espinaca, acelgas, lechuga, cebolla, pimiento, tomate, patata...)	<input type="checkbox"/>					
Legumbres (garbanzos, lentejas, habichuelas, alubias, judías, guisantes...)	<input type="checkbox"/>					
Cereales (arroz, avena, cebada, centeno, maíz, mijo, trigo...)	<input type="checkbox"/>					
Leche	<input type="checkbox"/>					
Queso	<input type="checkbox"/>					
Yogur	<input type="checkbox"/>					
Helados	<input type="checkbox"/>					
Café o té	<input type="checkbox"/>					
Hamburguesas o perritos	<input type="checkbox"/>					
Pasta (pizza, lasaña y espagueti)	<input type="checkbox"/>					
Pan de molde (sándwiches)	<input type="checkbox"/>					
Pan blanco (normal)	<input type="checkbox"/>					

<u>ALIMENTACIÓN</u> (continuación)	Más de una vez al día	Una vez al día	Alguna vez a la semana	Rara vez	Nunca	No sé
Pan integral (dietético)	<input type="checkbox"/>					
Carnes rojas (ternera, cerdo, cordero...)	<input type="checkbox"/>					
Carnes de ave (pollo, gallina, pato...)	<input type="checkbox"/>					
Pescado azul (sardinas, salmón, caballa, atún, pez espada, besugo, bonito, boquerones...)	<input type="checkbox"/>					
Pescado blanco (bacalao, merluza, lenguado, japuta, rape...)	<input type="checkbox"/>					
Huevos (fritos o duros, tortilla)	<input type="checkbox"/>					
Embutidos (chorizo, morcilla, salchichón, jamón york, mortadela...)	<input type="checkbox"/>					
Aceite de oliva	<input type="checkbox"/>					
Aceite de girasol	<input type="checkbox"/>					

38. ¿Sueles desayunar los días de colegio o instituto?

Sí.

No (pasa a la pregunta 40).

39. ¿Con qué frecuencia sueles desayunar los siguientes alimentos o bebidas?

<u>DESAYUNO</u>	Todos los días	Alguna vez a la semana	Alguna vez al mes	Rara vez	Nunca
Leche (sola o con cacao)	<input type="checkbox"/>				
Zumo de frutas	<input type="checkbox"/>				
Galletas o magdalenas	<input type="checkbox"/>				
Pastelitos, dulces, tortas	<input type="checkbox"/>				
Tostada de pan con mantequilla o margarina	<input type="checkbox"/>				
Tostada de pan con aceite de oliva	<input type="checkbox"/>				

Cereales (Kellogg's, Nestlé, Choco Krispies...)	<input type="checkbox"/>				
Bocadillo con embutidos (chorizo, morcilla, salchichón, jamón york, mortadela...)	<input type="checkbox"/>				
Churros (jeringos o porras)	<input type="checkbox"/>				

40. ¿Sueles comer alguna cosa (sin tener en cuenta las "chuches"), durante el recreo del colegio o instituto?

- Sí, siempre
 Algunas veces.
 Nunca.

Continuamos con algunas preguntas sobre tu salud.

41. ¿Cómo crees que estás de salud?

- Muy sano.
 Bastante sano.
 Regular de sano.
 Poco sano.
 Nada sano.

42. ¿Con qué frecuencia te sientes cansado cuando vas al colegio o instituto por las mañanas?

- Siempre.
 Varias veces a la semana.
 Alguna vez a la semana.
 Rara vez o nunca.

43. De las siguientes molestias o problemas de salud que una persona puede sufrir, ¿marca cuáles presentas y con qué frecuencia te ocurren?

	Todos los días	Alguna vez a la semana	Alguna vez al mes	Rara vez o nunca
Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de estómago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estar cansado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estar enfadado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estar nervioso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultad para dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estar mareado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de muelas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dolor de piernas o de brazos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultad para ver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

44. Si durante el último mes te ha ocurrido algún accidente por el que te haya tenido que atender un médico, señala con una X lo que te pasó y dónde. Puedes señalar más de un casilla por cada tipo de accidente.

	CASA	COLEGIO O INSTITUTO	CALLE	NO ME HA PASADO
Hueso roto (fractura de hueso)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Torcedura o esguince (por ejemplo: doblarse el tobillo, rodilla, muñeca, dedo...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Golpe en la cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herida que necesitó de puntos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quemadura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mordedura o arañazo de algún animal (por ejemplo, perro o gato)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

45. Durante el último mes, ¿has tenido que ir al médico por algún problema de salud (por ejemplo, por alguna molestia indicada en las preguntas anteriores)?

- Sí.
 No.

46. Durante el mes pasado, ¿has tomado medicinas (pastillas, jarabes, inyecciones, supositorios...), para algo de lo siguiente?

	Sí	No
Medicinas para un resfriado o gripe (mocos, tos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicinas para una infección (antibióticos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicinas para una diarrea o vómitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicinas para la fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicinas para el dolor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicinas contra el cansancio (como vitaminas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicinas para aumentar las ganas de comer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicinas para poder dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicinas para los nervios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicinas para otros problemas distintos a los anteriores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Para terminar, las últimas preguntas serán sobre tus sentimientos, entorno y amistades.

47. En general, ¿cómo te sientes en tu vida actualmente?

- Soy feliz.
- Medianamente feliz.
- Poco feliz.
- Nada feliz.

48. ¿Te gusta ir al colegio o instituto?

- Sí.
- No.

49. En tu opinión, ¿qué crees que piensan tus profesores de tu rendimiento escolar, es decir, qué crees que tus profesores piensan de ti como estudiante?

- Bueno.
- Regular.
- Malo.
- No lo sé.

50. ¿Qué tal te resulta hablar o comunicarte con las siguientes personas sobre los temas que te preocupan?

	Fácil	Difícil	No tengo
Madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hermanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hermanas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amigos/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tutor/a de clase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

51. ¿Con qué facilidad haces nuevos amigos?

- Me resulta fácil hacer amigos.
- Me resulta difícil hacer amigos.

52. ¿Con qué frecuencia sueles estar con tus amigos, después de salir del colegio o instituto?

- Todos los días.
- Varias veces a la semana.
- Al menos una vez a la semana.
- Rara vez o nunca.
- No tengo amigos.

53. En este momento, ¿tienes algún amigo/a íntimo (tu mejor amigo/a)?

- Sí.
- No.

54. Actualmente, ¿estás saliendo con alguien (novio/a, pareja)?

- Sí.
- No.

55. ¿Con qué frecuencia te sientes solo/a?

- Siempre.
- Bastantes veces.
- Algunas veces.
- Rara vez o nunca.

56. En un día normal de colegio o instituto, ¿cuántas horas sueles pasar con los siguientes entretenimientos?

	Más de 4 horas al día	De 3 a 4 horas al día	De 1 a 2 horas al día	Menos de 1 hora al día	Alguna vez a la semana	Rara vez o nunca	No tengo
Televisión o vídeo	<input type="checkbox"/>						
Consola de videojuegos	<input type="checkbox"/>						
Ordenador	<input type="checkbox"/>						
Móvil	<input type="checkbox"/>						
Libros	<input type="checkbox"/>						

57. En un día de descanso (sin colegio o instituto), ¿cuántas horas sueles pasar con los siguientes entretenimientos?

	Más de 4 horas al día	De 3 a 4 horas al día	De 1 a 2 horas al día	Menos de 1 hora al día	Rara vez o nunca	No tengo
Televisión o vídeo	<input type="checkbox"/>					
Consola de videojuegos	<input type="checkbox"/>					
Ordenador	<input type="checkbox"/>					
Móvil	<input type="checkbox"/>					
Libros	<input type="checkbox"/>					

YA HAS TERMINADO LA ENCUESTA, POR FAVOR, ENTRÉGASELA A LA PERSONA ENCARGADA DE RECOGERLA.

¡¡¡GRACIAS POR TU AYUDA!!!

ORIGINAL

Hospitalizaciones evitables durante el año 2011 en la Unidad de Gestión Clínica "Gran Capitán" (Distrito Sanitario Granada Metropolitano)

Pérez Romera FJ¹, Robles Martín J², Díaz Rodríguez JE³, Garzón Prados P⁴, Ruiz Centeno⁵, Gutiérrez Cuadra P⁶, Bonillo García MA⁷

¹Médico de Familia, UGC La Mojonera. DS Poniente. Almería

²Médico Residente MFyC, UGC Gran Capitán. DS Granada Metropolitano. Granada

³Médico de Familia, UGC Gran Capitán. DS Granada Metropolitano. Granada

⁴Médico de Familia

⁵Coordinador Unidad Apoyo a la Decisión. Subdirección de Sistemas de Información y Nuevas Tecnologías. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

⁶ Responsable Equipo Provincial TIC de Granada. Dirección Estratégica de TIC del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Granada

⁷Médico de Familia, UGC Gran Capitán. DS Granada Metropolitano. Granada

RESUMEN

Título: hospitalizaciones evitables durante el año 2011 en la Unidad de Gestión Clínica "Gran Capitán" (Distrito Sanitario Granada Metropolitano).

Objetivo: estudiar la prevalencia y las características de las hospitalizaciones evitables (HE) mediante Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC) identificadas en 2011 en la Unidad de Gestión Clínica (UGC) Gran Capitán (Distrito Sanitario Granada Metropolitano).

Diseño: estudio de una serie de casos retrospectiva.

Emplazamiento: Unidad de Gestión Clínica (UGC) Gran Capitán y Hospital Universitario Virgen de las Nieves (HUVN).

Población y muestra: ingresos en el HUVN durante 2011 diferenciando entre:

- Ingresos procedentes de la UGC Gran Capitán.
- Ingresos procedentes del resto de unidades dependientes del HUVN.

Resultados:

El porcentaje de Hospitalizaciones Evitables (HE) en el Hospital es de 15,7% mientras que en la UGC Gran Capitán es del 12,4%.

En la distribución por sexos predominan los varones (59%) y en la de tramos de edad los mayores de 60 años (75%).

Los grupos diagnósticos más frecuentes son Enfermedad Cardiovascular Hipertensiva (24%), Insuficiencia Cardíaca (20%), Neumonía (15%) y EPOC/Bronquitis (9%).

Conclusiones:

Las HE de la UGC Gran Capitán presentan un valor inferior al resto de ingresos del HUVN.

La distribución por sexo y edad es similar al resto de unidades.

Para mejorar la capacidad resolutoria será necesario implantar áreas de mejora en aquellas HE más prevalentes: Enfermedad Cardiovascular Hipertensiva, Insuficiencia Cardíaca, Neumonía y EPOC/Bronquitis.

Correspondencia: Francisco J. Pérez Romera
UGC La Mojonera
C/. Los Olivos, s/n.
04745 La Mojonera (Almería)
E-mail: fjp_romera1983@hotmail.com

Recibido el 29-01-2014; aceptado para publicación el 11-04-2014
Med fam Andal. 2014; 1: 38-50

Palabras clave: Ambulatory Care Sensitive Conditions (Hospitalizaciones Evitables), Primary Health Care (Atención Primaria de Salud), Quality of Health Care (Calidad de la Atención de Salud).

SUMMARY

Title: Avoidable hospital admissions during the year 2011 in the Clinical Management Unit of a Metropolitan Health District (*Granada, Spain*).

Goal: To study the prevalence and characteristics of avoidable hospital admissions (AHA) through the use of Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC) identified during the year 2011 by the *Gran Capitán* Clinical Management Unit (in the Granada Metropolitan Health District).

Design: Study of a series of retrospective cases.

Setting: The *Gran Capitán* Clinical Management Unit (CMU) and *Virgen de las Nieves* University Hospital (Hospital Universitario Virgen de las Nieves, HUVN).

Population and sample: Admissions to the HUVN during 2011 distinguishing between:

- Admissions from the Gran Capitan CMU
- Admissions from the rest of the units dependent on the HUVN

Results: The hospital's percentage of avoidable hospital admissions is 15.7%. The percentage for the Gran Capitan CMU is 12.4%. In the distribution by gender, males are predominant (59%); when distributing by age groups persons over 60 years of age predominate (75%).

The diagnostic groups that appear most frequently are: hypertensive heart disease (24%, cardiac insufficiency (20%) pneumonia (15%) and bronchitis (9%).

Conclusions: AHAs from *Gran Capitán's* Clinical Management Unit are lower than those from other units pertaining to the HUVN.

To improve decision-making capability it is necessary to implement areas of improvement in the most prevalent AHA: hypertensive heart disease, cardiac insufficiency, pneumonia and COPD/bronchitis.

Key words: Avoidable hospital admissions, primary health care, quality of health care.

INTRODUCCIÓN

La creación de sistemas de evaluación que permitan una correcta monitorización, comparación y seguimiento de los servicios prestados en Atención Primaria (AP) constituye uno de los principales propósitos de cualquier organización sanitaria. En este contexto, se presenta el concepto de Hospitalizaciones Evitables (HE) entendidas como aquellas que podrían haberse evitado si se hubiese realizado una atención adecuada desde AP. Este indicador se basa en la hipótesis de que un correcto acceso y aplicación de servicios en AP; tanto en prevención como en diagnóstico, tratamiento temprano, seguimiento y control adecuados, supondría un descenso en el número de ingresos, lo que se traduciría en una mejora de la calidad asistencial y de la eficiencia. Un ingreso evitable no quiere decir que sea innecesario, ya que una vez que no se ha podido evitar el daño, o no se ha podido controlar la situación, la hospitalización y cuidados hospitalarios pueden resultar imprescindibles.

Existen múltiples instrumentos para la identificación de HE, siendo uno de los más empleados los Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC)¹. El concepto de ACSC fue recogido por primera vez por J. Billings² en los años 80 del siglo XX, como indicador indirecto de los problemas de accesibilidad a los servicios de AP en USA y de la efectividad de los cuidados prestados desde ésta. En los años 90 el National Health Service Británico lo propone como herramienta para el análisis de calidad en AP, siendo rápidamente aceptado y difundido en el resto de Europa y sobre todo en España.

Los ACSC se definen como un conjunto de códigos diagnósticos CIE-9 que se obtienen a partir de los diagnósticos al alta hospitalaria recogidos en la base de datos de morbilidad hospitalaria (Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria-CMBDAH). La selección de estos códigos se consigue mediante la aplicación de los criterios propuestos por Solberg³ y Weissman⁴ para la definición de un indicador como apropiado:

- Existencia de estudios previos.
- Claridad en la definición y codificación del caso.

- Tasa de hospitalización mayor o igual a 1/10000 habitantes.
- Problema susceptible de ser resuelto en AP mediante una oferta de servicios que garantice una cobertura según edad, sexo y tipo de atención.
- Hospitalización necesaria cuando el problema se produce.

Atendiendo a estos cinco criterios se han configurado multitud de listados de ACSC ante la necesidad de una adaptación transcultural a las características del medio sanitario en el que se aplican. J. Caminal¹ es la autora de uno de los listados más usados en nuestro país, también llamado **listado restringido** por contener solo 35 códigos diagnósticos.

Otro de los listados más utilizado es el de 87 códigos, conocido como **listado completo**. Este último procede del conjunto inicial de códigos propuestos dentro del Proyecto sobre el Acceso a los Cuidados Ambulatorios del United Hospital Fund of New York por J. Billings⁵ y que al igual que el planteado por J. Caminal¹ ha demostrado su utilidad en la evaluación del funcionamiento de AP a excepción de áreas dependientes de hospitales distintos⁶.

El interés despertado en los últimos años sobre los ACSC se ha traducido en un aumento sustancial del número de publicaciones sobre este tema, siendo España, tras Estados Unidos, la segunda fuente de bibliografía⁷. Hasta ahora, la mayoría de publicaciones se han centrado en el estudio de ACSC en grandes áreas sanitarias, a nivel autonómico en el caso de nuestro país o como mínimo en referencia a un centro hospitalario de tercer nivel. Por el contrario, apenas si existe producción referida a áreas básicas de salud de forma aislada, aun cuando es en este nivel donde se han de aplicar las conclusiones extraídas de estos estudios.

Este trabajo, continuación de otro realizado en el periodo 2009-2010, tiene como **objetivo principal** estudiar la prevalencia y las características de las HE identificadas mediante ACSC procedentes de la UGC Gran Capitán durante el año 2011, así como compararlas con el resto de ingresos en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada.

A este objetivo principal se añaden cuatro **objetivos específicos**:

Cuantificar la prevalencia de HE entre el total de ingresos en el HUVN y en el subgrupo de ingresos procedentes de UGC Gran Capitán.

Estudiar la distribución de las HE procedentes de la UGC Gran Capitán en función de la edad, el sexo y los diagnósticos principales.

Comparar la prevalencia de HE por grupos diagnósticos procedentes del UGC Gran Capitán con la del resto de UGC.

Identificar áreas de mejora en la capacidad resolutoria de la UGC Gran Capitán.

SUJETOS Y MÉTODOS

Período de estudio: año 2011.

Poblaciones de estudio

- **Población de muestreo:** las unidades de estudio no son personas, sino ingresos hospitalarios (ambas unidades no son equivalentes en la medida en que una persona ha podido ingresar más de una vez en el hospital durante el período de estudio). Así pues, la población de muestreo son los ingresos en el HUVN, diferenciando entre aquellos que pertenecen a la UGC Gran Capitán frente al resto de ingresos.
- **Muestra:** se recogieron todos los ingresos pertenecientes a la población de muestreo durante el año 2011, lo que supuso un total de 30793 de los que 1624 correspondieron a la UGC Gran Capitán lo que representa el 5.3 % del total de altas generadas por el HUVN en el periodo de estudio.

Fuentes de información y variables de estudio

- **Fuentes de información:**

Toda la información necesaria para realizar el presente estudio ha sido obtenida del *Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria* (CMBDAH) del Hospital Universitario

Virgen de las Nieves y de la *Base de Datos de Usuarios* (BDU) del Distrito Sanitario Granada Metropolitano.

• **Variables del estudio:**

Del CMBDAH se ha obtenido información sobre las siguientes variables:

1. Diagnóstico al alta
2. Hospitalización Evitable (listado completo de 87 códigos -Anexo1-)
3. Edad
4. Sexo
5. Año de alta

De la BDU, tras conciliar con el CMBDAH, se ha obtenido información sobre la procedencia del ingreso (UGC Gran Capitán o resto).

Análisis de datos

- **Estudio Descriptivo:** distribución absoluta y relativa de todas las variables recogidas, en la muestra total y en las dos sub-poblaciones previamente definidas: ingresos procedentes de la UGC Gran Capitán y resto de ingresos.
- **Estudio Analítico:** test de comparación de dos proporciones procedentes de muestras independientes para comparar las prevalencias de HE entre los ingresos procedentes de la UGC Gran Capitán, con respecto al resto de ingresos del HUVN (SPSS 15.0).

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se produjeron 30793 ingresos en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves, de los cuales 1624 procedían de la Unidad de Gestión Clínica Gran Capitán, siendo el 61% mujeres (**Tabla 1**).

Para el total de ingresos en el HUVN, el número de HE por ACSC fue de 4848, lo que equivale a un 15.7% del total de las hospitalizaciones duran-

te 2011. Si solo se tienen en cuenta los ingresos procedentes de la UGC Gran Capitán el número de HE por ACSC fue de 202, lo que supone un 12.4% del total de hospitalizaciones procedentes de la UGC (**Tabla 2**).

Al estudiar la distribución por grupos de edad en las HE por ingresos procedentes de la UGC Gran Capitán se observa que la mayoría se dan en mayores de 60 años, mientras que la distribución por sexos muestra un claro predominio en varones. (**Tabla 3 y Gráfico1**).

Al analizar los ingresos por los grupos diagnósticos de ACSC, se observa que de los 22 grupos que componen el listado completo 4 de ellos suponen más del 70% del total de HE en los pacientes procedentes de la UGC Gran Capitán (**Gráfico 2**):

- 1º. Enfermedad cardiovascular hipertensiva (24%).
- 2º. Insuficiencia cardiaca (20%).
- 3º. Neumonía (15%).
- 4º. EPOC / Bronquitis (7%).

Al tener en cuenta la codificación CIE 9 (Clasificación Internacional de Enfermedades) se observa que el más frecuente es el 414.01 (Aterosclerosis de arteria coronaria nativa) con un 13.4%, seguido por el 486 (Neumonía por microorganismo no especificado) con un 6.6% y 428.0 (Insuficiencia cardiaca congestiva no especificada) con un 5.5% (**Gráfico 3**).

Al comparar la proporción de HE procedentes de la UGC Gran Capitán con las del resto del HUVN se obtienen unos valores de 12.4 % y 15.9 % respectivamente, diferencia que resulta estadísticamente significativa para $p < 0,001$ (**Gráfico 4**). Al analizar la distribución de estos valores por grupos diagnósticos (**Gráfico 4**), se observan unos valores significativamente menores en la UGC Gran Capitán para los siguientes grupos:

- Enfermedad cardiovascular hipertensiva.
- EPOC / Bronquitis.
- Problemas dentales.

DISCUSIÓN

El estudio de las hospitalizaciones evitables, mediante la utilización de ACSC como indicador de calidad, constituye un enfoque relativamente novedoso, pocos trabajos abordan desde esta perspectiva la capacidad de resolución de Atención Primaria.

Al diseñar este estudio se han tenido en cuenta una serie de limitaciones inherentes a los ACSC. De entrada, son múltiples las voces críticas^{3,8} que muestran un rechazo a que se pueda evaluar la actividad y capacidad resolutoria de AP con un indicador hospitalario. La defensa de esta afirmación se sustenta en que la variabilidad de la práctica clínica determina los criterios de admisión hospitalaria sin relación con la actuación de AP. Así pues, un hospital con criterios de admisión más estrictos dará lugar a tasas de ACSC bajas independientemente de la calidad de los servicios prestados por AP; y al contrario, un hospital con criterios menos estrictos supondrá un aumento en el número de ingresos y/o de hospitalizaciones evitables, pudiendo llegar a deducirse en este segundo caso que dicha población estaría bajo una AP de menor calidad. Queda por delante el reto de implantar indicadores de calidad asistencial en AP que procedan de la misma, como es el caso de los Ambulatory Care Group (ACG) que, tal vez, podrían permitir establecer hipótesis que expliquen las variaciones observables dentro de la población en el consumo de recursos sanitarios⁹. Al igual que los ACSC, los ACG se sustentan en una base de datos clínico administrativa que recoge la edad y sexo del paciente y el diagnóstico codificado mediante CIE¹⁰. Son pocos los estudios que se han centrado en los ACG y su aplicación se reduce, hasta la fecha, a pequeños proyectos piloto^{8,11,12}.

Por otra parte, los listados de ACSC deben ser sometidos a un proceso de selección y adaptación transcultural con el fin de conseguir la suficiente validez interna para el entorno en el que se desarrolla el estudio. Aquí nos encontramos con lo que se denomina sesgo estadounidense¹³ que se sustenta en el hecho de que en Estados Unidos los diferentes estudios con ACSC muestran una fuerte asociación entre hospitalizaciones evitables y áreas de mayor pobreza, con menor cobertura sanitaria y menor grado educativo. En Europa, y en concreto en España, dicha asociación

no es tan clara, debido a las características de las prestaciones sanitarias, entendidas como un derecho universal, de fácil acceso y gratuito. Esta divergencia la ponen de manifiesto multitud de estudios, como los primeros trabajos de C. Casanova¹⁴ o los de S. Peiró et al¹⁵ en los que no se encuentra relación aparente en nuestro país entre el nivel socioeconómico de la población a estudio y las tasas de ACSC. En Estados Unidos, por tanto, los ACSC van a ser una buena herramienta para analizar la accesibilidad a los servicios sanitarios¹⁶, mientras que en Europa deberían ser utilizados más como indicadores de calidad y de capacidad de resolución asistencial.

La adaptación transcultural ha dado lugar a la producción de multitud de listados, buscando dar una respuesta a las necesidades y características de cada población. Según J. Alfonso et al¹⁷ dependiendo del listado utilizado se podrán observar diferencias de hasta un 300% en los resultados de los estudios. En nuestro entorno, destaca la labor realizada por J. Caminal¹ cuya adaptación de códigos ACSC (listado restringido) constituyen a día de hoy el referente a la hora de trabajar con hospitalizaciones evitables. Dicho listado, publicado en 2001 y constituido tan solo por 35 códigos seleccionados mediante un estudio Delphi, supone una reducción, comparado con el estadounidense, de las limitaciones derivadas de la influencia de las características clínicas de los usuarios, de las directrices y políticas de admisión en los hospitales, así como de la variabilidad de la práctica clínica hospitalaria, lo que permitiría su uso como herramienta evaluadora de la efectividad de la AP en nuestro país.

En este estudio se ha usado el listado completo de 87 códigos. Este es el más usado a nivel internacional y, por tanto, de gran utilidad a la hora de comparar resultados con la bibliografía fuera de nuestro país. Como se recoge en la introducción, el listado completo tiene validez a la hora de evaluar el funcionamiento de AP salvo cuando se pretende comparar áreas dependientes de hospitales distintos⁶.

Otro aspecto importante a tener en cuenta en este tipo de estudios es la variabilidad geográfica en relación con el desarrollo socio-económico de la población estudiada. La mayoría de los estudios que abordan esta cuestión proceden de Estados Unidos. En nuestro entorno, los estudios de S.

Márquez¹⁸ y Bermúdez¹⁹ han puesto de manifiesto diferencias entre municipios de la provincia de Granada. Otro estudio, realizado por P. Magán²⁰ en Madrid, sí ha analizado las hospitalizaciones por ACSC y Calidad de la Atención Primaria con las variables socioeconómicas. En nuestro caso, hemos comparado nuestra zona, urbana con un nivel socio-económico medio-alto y con acceso a la medicina privada, con el resto de las zonas dependientes del hospital sin tener en cuenta esta variable por lo que las diferencias encontradas, aún siendo estadísticamente significativas, deben analizarse con cautela.

Otra limitación es la que se nos plantea cuando pretendemos realizar comparaciones con otros trabajos publicados en nuestro país debido a las diferencias existentes en los Sistemas Sanitarios de las diferentes Comunidades Autónomas, que afectan tanto a la estructura como a la organización, denominación de la áreas y centros.

Al margen de las ya comentadas limitaciones inherentes al propio instrumento empleado (ACSC), a la variabilidad geográfica y a la calidad de las fuentes de información empleadas, la principal limitación del presente estudio tiene que ver con las características intrínsecas de su diseño, concebido a partir de una serie de casos (ingresos registrados en el HUVN durante el período de estudio). Desde un punto de vista teórico, el diseño idóneo para alcanzar los objetivos del estudio sería un estudio de cohortes, basado en el seguimiento de la verdadera población en riesgo, constituida bien por el total de pacientes atendidos en cada UGC, o bien, en el caso de que se quieran considerar los factores asociados con las HE dependientes de variables intrínsecamente poblacionales, por el total de la población atendida por cada UGC. Ello nos permitiría disponer de estimaciones de incidencia de HE y no, como es el presente caso, de prevalencias de HE en función de la UGC de procedencia.

En nuestro entorno más próximo los estudios realizados sobre este tema son escasos si exceptuamos los realizados por I. Valenzuela^{21, 22} en el que se abordan los ingresos ACSC de mayores de 60 años en 2003-2005 en el HUVN y para el que usa una modificación del listado restringido de J. Caminal¹ obteniendo un 17.53% de HE con una distribución similar en cuanto a sexo y grupos diagnósticos principales a lo observado

en nuestro estudio; y el realizado en 2003 por Márquez S. et al¹⁸, usando un listado propio para el análisis de las altas emitidas por el HUVN durante el periodo de 1997 a 1999 con un porcentaje de HE del 9.8%.

A nivel nacional destaca el trabajo de J. Alfonso¹⁷ en 2004, que obtiene un porcentaje de HE del 15.8% usando nuestro mismo listado; y también tres estudios realizados en diferentes Comunidades Autónomas: Murcia, Madrid y Cataluña. En el primero, J. Calle^{23, 24} en Murcia (1999-2000) obtiene un porcentaje de HE del 9.56% usando el Listado Restringido de J. Caminal; en el segundo, A. Alberquilla²⁵ en Madrid (2004) el porcentaje de HE es del 13.01% usando el Listado Restringido de J. Caminal; y por último, M. Morales y J. Caminal²⁶ en 2003 (Cataluña) obtienen un porcentaje de HE del 15.80% usando también el listado de J. Caminal.

La mayoría de los trabajos^{27, 28} coinciden en resaltar el gran peso de la patología cardiovascular como causa de HE, aspecto que se repite en nuestro estudio.

Los resultados obtenidos podrán ser de utilidad a la hora de implantar áreas de mejora que incluyan medidas preventivas con el objetivo de disminuir el número de HE más frecuentes (cardiovasculares, neumonías, insuficiencia cardiaca, EPOC/ Bronquitis...), aumentar la capacidad de resolución y fomentar el uso adecuado de los recursos.

Por último, todas las limitaciones anteriormente expuestas hacen recomendable el diseño de nuevos estudios que incluyan, entre otros, un mayor número de variables y la ampliación del periodo observado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Caminal Homar J, Mundet Tudurí X, Ponsá JA, Sánchez E, Casanova Matutano C. Las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions: selección de listado de códigos de diagnóstico válidos para España. *Gac Sanit* 2001; 15: 128-141.
2. Billings J, Hasselblad V. A preliminary study: use of small area analysis to assess

- the performance of the outpatient delivery system in New York City. New York Systems Agency. 1989; 1-59.
3. Solberg LI, Peterson KE, Ellis RW. The Minnesota Project: a focused approach to ambulatory quality assessment. *Inquiry*. 1990; 27: 359-367.
 4. Weissman JS, Gatsonis C, Epstein AM. Rate of avoidable hospitalization by insurance status in Massachusetts and Maryland. *JAMA*. 1992; 268: 2388-2394.
 5. Billings J, Zeitel L, Lukomnik J, Carey TS, Blank AE, Newman L. Impact of socioeconomic status on hospital use in New York City. *Health Aff*. 1993;12: 162-173.
 6. Beneyto Castelló F. Hospitalizaciones Evitables por "Ambulatory Care Sensitive Conditions" en la Comunidad Valenciana 1996-2000. Variabilidad geográfica por áreas de salud y posibles factores asociados en los municipios del área 06 [Tesis Doctoral]. Valencia: Universidad de Valencia; 2006.
 7. Alberquilla Menéndez-Asenjo A, Fuentes Leal C, Severiano Peña S. Hospitalización evitable por Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC) en la Comunidad de Madrid. Reflexiones sobre su uso como medida de resultado de la Atención Primaria. *Rev Adm Sanit* 2003; 1: 657-78.
 8. Giuffrida A, Gravelle H, Roland M. Measuring quality of care with routine data: avoiding confusion between performance indicators and health outcomes. *BMJ*. 1999; 319:94-8.
 9. Sicras Mainar A, Navarro Artieda R. Validación retrospectiva del Johns-Hopkins ACGCase-MixSystem en la población Española. *Gac Sanit*. 2009; 23: 228-231.
 10. Starfield B, Weiner J, Mumford L, Steinwachs D. Ambulatory care groups: a categorization of diagnoses for research and management. *Health Serv Res*.1991; 26: 53-74.
 11. Green B, Barlow J, Newman C. Ambulatory Care Groups and the profiling of primary care physician resource use: examining the application of case-mix adjustments. *Journal of Ambulatory care Management*. 1996; 19: 86-89.
 12. Rosell M, Bolívar B, Juncosa S, Martínez C. Episodio: concepto y utilidad en la AP. *Aten primaria*. 1995; 10: 633-40.
 13. Gervás Camacho J, Caminal Homar J. Las hospitalizaciones por Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC) desde el punto de vista del médico de AP *Rev. Esp Salud Publica*. 2007; 81.
 14. Casanova Matutano C, Starfield B. Hospitalizations of children and access to primary care: a cross-national comparison. *International Journal of Health Services*. 1995; 25: 283-94.
 15. Peiró Moreno S Bernal Delgado E. Hospitalizaciones evitables. ¿Quién soporta la carga de la prueba? *Rev Calidad Asistencial*. 2006; 21: 173-5.
 16. Groenewegen P, Calnan M. Changes in the control of the health care systems in Europe. *Eur J Public Health*. 1995; 5: 240-4.
 17. Alfonso Sánchez JL, Sentis Vilalta J, Blasco Perepérez S, Martínez Martínez I. Características de la hospitalización evitable en España. *Med Clin (Barc)*. 2004; 122: 653-8.
 18. Márquez Calderón S, Rodríguez del Águila MM, Perea Milla E, Ortiz J, Bermúdez Tamayo C. Factores asociados a las hospitalizaciones por procesos sensibles a cuidados ambulatorios en los municipios. *Gac Sanit*. 2003; 17: 360-7.
 19. Bermúdez Tamayo C, Márquez Calderón S, Rodríguez del Águila MM. Características organizativas de la AP y hospitalización por los principales ambulatory care sensitive conditions. *Aten Primaria*. 2004; 33: 305-11
 20. Magán Tapia P, Alberquilla Menéndez-Asenjo A, Otero Puime A. Las hospitalizaciones por enfermedades sensibles a cuidados ambulatorios y Calidad de la Atención Primaria: su relación con variables

- socioeconómicas y Cuidado de la Salud en el Servicio de Salud de Madrid (España). *Med Care*. 2010; 25.
21. Valenzuela López MI. Evaluación de las intervenciones sanitarias a nivel de Atención Primaria que reduce las patologías sensibles a cuidados ambulatorios en mayores de 60 años [Tesis doctoral]. Granada: Universidad de Granada; 2007.
 22. Valenzuela López MI, Gastón Morata JL, Melguizo Jiménez M, Valenzuela López MM, Bueno Cavanillas A. Intervenciones sanitarias en atención primaria que disminuyen las hospitalizaciones evitables por Ambulatory Care Sensitive Conditions en mayores de 65 años. *Aten Primaria*. 2007; 39: 525-34.
 23. Calle Urrea JE, Gutiérrez Martín M, Rodríguez Martínez P, Parra Hidalgo P. La capacidad de resolución de la atención primaria en la región de Murcia. Ingresos por condiciones susceptibles de cuidados ambulatorios. Comunicación presentada al Taller del IX Congreso de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria; 2001 Nov 22-24; Zaragoza (España).
 24. Calle Urrea JE, Parra Hidalgo P, Gomis Cebrián R, Ramón Esparza T, Más Castillo A. Hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions en la Región de Murcia. *Rev Calidad Asistencial*. 2006; 21: 178-86.
 25. Alberquilla Menéndez-Asenjo A. Estudio de la hospitalización evitable por condiciones sensibles a los cuidados ambulatorios y de sus factores condicionantes en la Comunidad de Madrid [Tesis Doctoral]. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; 2004.
 26. Caminal Homar J, Morales Espinoza M, Sánchez Ruiz E, Cubells Larrosa MJ, Bustins Poblet M. Hospitalizaciones prevenibles mediante una atención primaria oportuna y efectiva. *Aten Primaria*. 2003; 31: 6-17.
 27. Caminal Homar J, Navarro Pastor JB. La evaluación de la capacidad de resolución de AP y contribución a la efectividad del sistema de salud. La hospitalización por ambulatory care sensitive conditions como medida. *Rev Clínica Electrónica Aten. Primaria*. 2003. URL: http://ddd.uab.cat/pub/rceap/rceap_a2005m6n7/rceap_a2005m6n7a2.pdf
 28. Fernández Moyano A, García Garmendia JL, Palmero Palmero C, García Vargas-Machuca B, Paez Pinto JM, Alvarez Alcina M, et al. Continuidad asistencial. Evaluación de un programa de colaboración entre Atención Hospitalaria y Atención Primaria. *Rev Clín Esp*. 2007; 207: 510-20.

Tabla 1. Ingresos totales en HUVN y procedentes de UGC Gran Capitán y su distribución por sexo.

Sexo	HUVN		UGC GRAN CAPITÁN	
	Nº	%	Nº	%
Masculino	14284	46	641	39
Femenino	16509	54	983	61
Totales	30793	100	1624	100

Tabla 2. Porcentaje de Hospitalizaciones Evitables por ACSC en HUVN y UGC Gran Capitán.

ACSC	HUVN		UGC GRAN CAPITÁN	
	Nº	%	Nº	%
ACSC	4848	15.7	202	12.4

Tabla 3. Porcentajes de Hospitalizaciones Evitables por ACSC en la UGC Gran Capitán por Grupos de Edad y Sexo.

Sexo		Grupos de edad						Total	
		<= 15		16- 60		> 60			
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Masculino		8	57	26	70	85	56	119	59
Femenino		6	43	11	30	66	44	83	41
Total		14	7	37	18	151	75	202	100

Gráfico 1. Distribución por Grupos de Edad y Sexo de las Hospitalizaciones Evitables por ACSC en la UGC Gran Capitán.

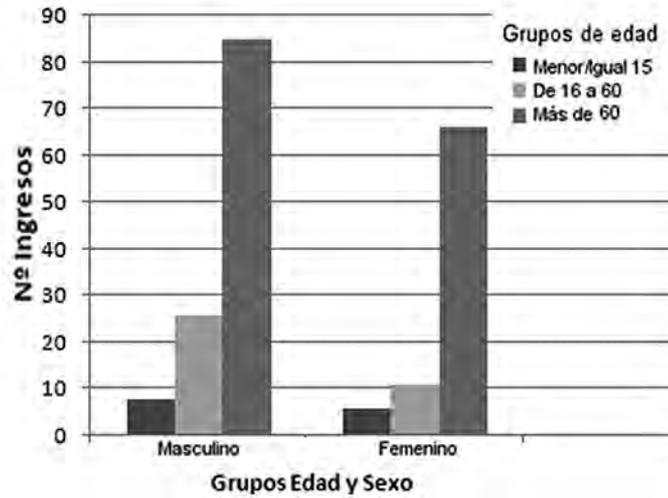
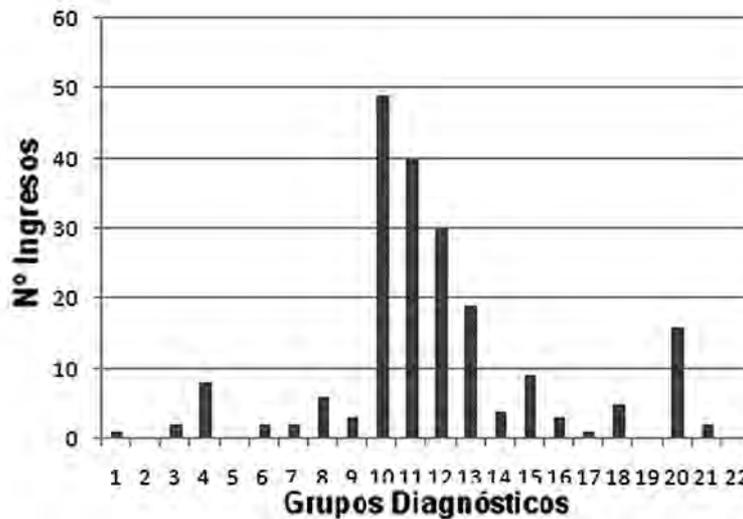


Gráfico 2. Distribución por Grupos Diagnósticos de las Hospitalizaciones Evitables por ACSC en la UGC Gran Capitán.



1.Patología infecciosa prevenible por inmunización u otras 2.Sifilis congénita 3.Tuberculosis 4.Diabetes 5.Deficiencias nutricionales 6.Trastornos del metabolismo hidro-electrolítico 7.Anemia ferropénica 8.Convulsiones 9.Infecciones ORL/Infecciones agudas vías respiratorias altas 10.Enfermedad cardiovascular hipertensiva 11.Insuficiencia cardiaca 12.Neumonía 13.EPOC / Bronquitis 14.Asma 15.Problemas dentales 16.Úlcera sangrante o perforada 17.Apendicitis perforada 18.Enfermedades de la piel y tejido subcutáneo 19.Gastroenteritis 20.Infecciones del tracto urinario 21.Problemas del crecimiento 22.Enfermedad inflamatoria pélvica

Gráfico 3. Distribución según CIE 9 de las Hospitalizaciones Evitables por ACSC en la UGC Gran Capitán.

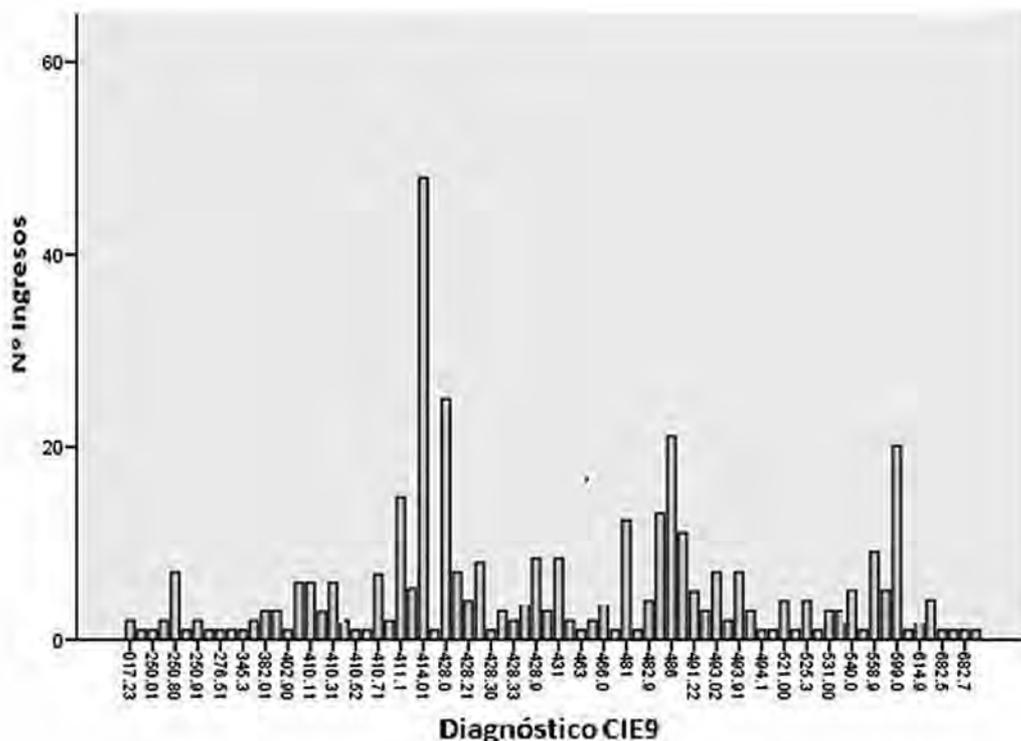
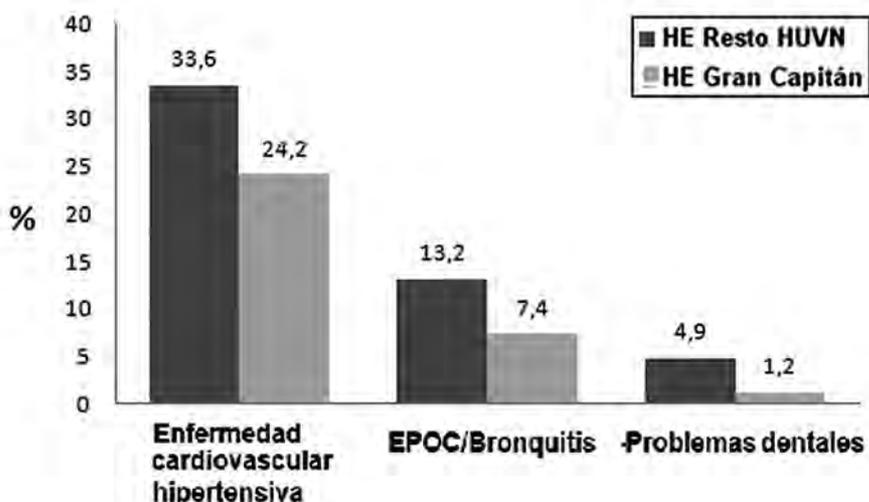


Gráfico 4. Hospitalizaciones Evitables por Grupos Diagnósticos entre los ingresos procedentes de la UGC Gran Capitán y el resto de ingresos del HUVN.



ANEXO 1: AMBULATORY CARE SENSITIVE CONDITIONS (ACSC) codificados según CIE 9 - MC 7ª Edición (Listado Completo).

Patología infecciosa prevenible por inmunización u otras	
Difteria 032	Rubéola (no rubéola congénita) 056
Tos ferina 033	Parotiditis 072
Tétanos 037	Meningitis por hemófilo 320.0
Poliomielitis aguda 045	Fiebre reumática 390;391
Sarampión 055	
Sífilis congénita	
Sífilis congénita 090	
Tuberculosis	
Tuberculosis pulmonar 011	Otras tuberculosis 012-018
Diabetes	
Diabetes mellitus sin mención de complicación 250.0	Diabetes con complicaciones generales agudas 250.1; 250.2; 250.3
Diabetes con trastornos circulatorios periféricos 250.7	Diabetes con otras manifestaciones especificadas 250.8
Diabetes con complicaciones no especificadas 250.9	Coma hipoglucémico 251.0
Hipoglicemia no especificada 251.2	Gangrena + Diabetes con trastornos circulatorios periféricos 785.4 + 250.7
Deficiencias nutricionales	
Kwashiorkor 260	Otras malnutriciones proteinocalóricas graves 262
Marasmo nutritivo 261	Raquitismo activo 268.0
Raquitismo efecto tardío 268.1	
Trastornos del metabolismo hidro-electrolítico	
Deshidratación 276.5	Hipopotasemia 276.8
Anemia ferropénica	
Anemias por carencia de hierro 280	
Convulsiones	
Epilepsia 345	Convulsiones 780.3
Infecciones ORL / Infecciones agudas vías respiratorias altas	
Otitis media supurativa y no especificada 382	Infec. agudas de vías respirat. sup. o de localización múltiple no especifica. 465
Sinusitis aguda 461	Faringitis crónica 472.1
Faringitis aguda 462	Absceso peritonsilar 475
Amigdalitis aguda 463	
Enfermedad cardiovascular hipertensiva	
Hipertensión esencial maligna 401.0	Enf. Renal hipertensiva maligna 403.0
Hipertensión esencial no especificada 401.9	Enf. Cardíaca/renal hipertensiva maligna 404.0
Enf. Cardíaca hipertensiva maligna sin ICC 402.00	Hipertensión secundaria maligna 405.0
Enfermedad cardíaca hipertensiva benigna sin ICC 402.1	Enfermedad cardíaca isquémica 410-414
Enfermedad cardíaca hipertensiva sin especificar, sin ICC 402.9	Enfermedad cerebrovascular 430; 431; 436; 437.2
Insuficiencia cardíaca (IC)	
Enf. Cardíaca hipertensiva maligna con IC 402.01	Fallo cardíaco 428
Enf. Cardíaca hipertensiva benigna con IC 402.11	Edema agudo de pulmón, sin especificar 518.4
Enf. Cardíaca hipertensiva sin especificar con IC. 402.91	
Neumonía	
Neumonía neumocócica 481	Neumonía bacteriana sin especificar 482.9
Neumonía debida a hemófilo 482.2	Neumonía debida a otro organismo especificado 483
Neumonía debida a Estreptococos 482.3	Bronconeumonía/Neumonía, por organismo sin especificar 485; 486

EPOC / Bronquitis.	
Bronquitis aguda 466.0	Enfisema 492
Bronquitis, no especificada como aguda ni crónica 490	Bronquiectasias 494
Bronquitis crónica 491	Obstrucción crónica vías resp., no clasificada bajo otro concepto 496
Asma	
Asma 493	
Problemas dentales	
Enfermedades de tejidos duros de los dientes 521	Otras enfermedades y estados de los dientes y estructuras de apoyo 525
Enfermedades de la pulpa 522	Enfermedades gingivales y periodontales 523
Enf. de tej. Blandos de la boca, salvo lesiones especiales de la encía y lengua. 528	
Úlcera sangrante o perforada	
Úlcera gástrica aguda/crónica o no especificada con hemorragia, o hemorragia y perforación 531.0; 531.2; 531.4; 531.6	Úlcera péptica, sitio no especificado, aguda, crónica o no especificada con hemorragia, o hemorragia y perforación 533.0; 533.4; 533.2; 533.6
Úlcera duodenal aguda o crónica o no especificada con hemorragia, o hemorragia y perforación 532.0; 532.2; 532.4; 532.6	
Apendicitis perforada	
Apendicitis aguda con peritonitis generalizada 540.0	Apendicitis aguda con absceso peritoneal 540.1
Enfermedades de la piel y tejido subcutáneo	
Celulitis y absceso de los dedos de la mano y del pie 681	Otras infecciones locales de piel y tejidos subcutáneos 686
Otras celulitis y absceso 682	Linfadenitis aguda 683
Gastroenteritis	
Otras gastroenteritis y colitis no infecciosas y no infecciosas no específicos 558.9	
Infecciones del tracto urinario.	
Pielonefritis crónica 590.0	Pielonefritis aguda 590.1
Otras Pielonefritis o pionesfrosis no especificadas como agudas ni Crónicas. 590.8	Infección de tracto urinario, sitio no especificado 599.0
Trastornos no específicos de uretra y tracto urinario 599.9	
Enfermedad inflamatoria pélvica	
Enfermedad Inflamatoria de ovario, trompa de Falopio, tejido celular pélvico y peritoneo 614	
Problemas del crecimiento	
Falta del desarrollo fisiológico normal previsto 783.4	

ORIGINAL BREVE

Estudio de contactos de tuberculosis en poblaciones "difíciles de alcanzar"

Cheng Lee NC, Giménez Cid D, Pérez Mena M^aA, Manzanares Rodriguez LM, Acosta Moyano RM^a, Extremera Montero F

Centro de Salud Palma Palmilla. Málaga

RESUMEN

Título: estudio de contactos de tuberculosis en poblaciones "difíciles de alcanzar"

Objetivo: realización de un Estudio de Contactos (EC) tras detectarse un caso de tuberculosis (TB). Caracterización de los pacientes y de sus factores de riesgo (FR)

Diseño: estudio descriptivo longitudinal (estudio de serie de casos).

Emplazamiento: Casa de Acogida y Terapéutica (CAT). Asociación de integración a la comunidad gitana Palma Palmilla, Málaga. Atención Primaria.

Participantes: todos los que convivían en la CAT cuando se detectó el caso de tuberculosis el 30.05.2013. Se incluyeron un total de 56 pacientes.

Intervenciones: se realizó EC a todos los participantes. Se siguieron las directrices de la Conferencia Nacional de Consenso.

Resultados: no se detectaron casos nuevos de TB en el estudio inicial.

Posteriormente aparecieron dos enfermos que no habían sido estudiados.

Dos personas fallecieron en este periodo por causas distintas a la enfermedad tuberculosa.

Completaron el estudio el 80%. La prevalencia de infección del 51%. En seis pacientes con Prueba Tuberculina (PT) negativa se realizó Quantiferón siendo positivo en dos de ellos. Se realizó quimioprofilaxis primaria en 7 pacientes y secundaria en otros 7. La Qx la finalizaron el 36% de los pacientes.

Los pacientes del estudio tenían numerosos FR. Drogadicción en el 80%, HIV (13%), VHC (40%), VHB (20%), cumpliendo condena y/o reinserción social el 22%

Conclusiones: alta prevalencia de infección y enfermedad tuberculosa, así como de enfermedades infecto-contagiosas entre los pacientes. Poca adherencia al tratamiento a pesar de TDO (Terapia Directamente Observada). Creemos que para realizar un estudio de este tipo, en poblaciones difíciles de alcanzar (Hard to Reach), se necesitan equipos multidisciplinares y experimentados, así como aumento de recursos socio-sanitarios e incentivos para los pacientes.

Palabras claves: tuberculosis, Contact tracing, Risk Factors, Social Isolation.

SUMMARY

Title: Contact investigation for tuberculosis in "Hard to Reach" populations

Goal: Conduction of a contact investigation (CI) upon detection of a case of tuberculosis (TB). Characterisation of patients and their risk factors (RF).

Design: Descriptive-longitudinal study (case series)

Setting: Therapeutic Foster Home TFH). Association for the Integration of Palma Palmilla Roma Community, Malaga (Spain). Primary Health Care.

Correspondencia: Francisco Extremera Montero
CS Palma Palmilla
Avenida de la Palmilla s/n
29011 Málaga
E-mail: fextremera@yahoo.es

Recibido el 19-05-2015; aceptado para publicación el 26-06-2014
Med fam Andal. 2014; 1: 51-59

Population and sample: Everyone living at the TFH at the time the TB case was detected, on 30.04.2013. A total of 56 patients were enrolled.

Interventions: A CI was carried out with all participants. Guidelines from the National Consensus Conference were followed.

Results: No new TB cases were detected during the first investigation.

Two active TB patients not previously investigated turned up later.

During this period, two persons died from causes other than TB disease.

80% of participants completed the study. The prevalence of infection was 51%.

Six patients with a negative tuberculin skin test had the QuantiFERON test done, giving a positive result in two of them. Seven patients received primary chemoprophylaxis and another seven received secondary prophylaxis. 36% of the patients completed the chemoprophylaxis.

Patients from this study had multiple RF. Drug-addiction (80% of them), HIV (13%),

HCV (40%), HBV (20%), serving sentence and/or social rehabilitation (22%).

Conclusions: High prevalence of TB infection and TB disease, as well other infectious-contagious diseases among patients. Poor adherence to treatment despite being DOT (Directly Observed Therapy). We believe that conducting such studies in Hard to Reach populations requires expertise and a multidisciplinary team approach, in addition to extra social health resources and incentives to motivate patients.

Key words: Tuberculosis, Contact tracing, Risk Factors, Social Isolation.

INTRODUCCIÓN

El Estudio de Contactos (EC) realizado sistemáticamente a los convivientes de un caso índice (CI) de Tuberculosis (TB), es una de las actividades sanitarias más eficaces desde el punto de vista de control de la TB, ya que permite la detección temprana de los infectados y enfermos de TB, rompiendo la cadena epidemiológica. (1)

Se sabe que una persona con una TB no tratada puede infectar anualmente a 10-15 personas, estando descrita una mayor incidencia de casos de TB en las poblaciones en riesgo social, consideradas "*Difíciles de Alcanzar*" (Hard to Reach): Indigentes, homeless, presos, adictos a drogas, alcoholismo, inmigrantes de bajo nivel socio-económico, e inadaptados sociales. Son colectivos que presentan elevada prevalencia de TB, multiresistencia a drogas anti-TB, así como altas tasas de no adherencia al tratamiento (2)

Desde el año 2006 la Asociación de Integración a la Comunidad Gitana Palma-Palmilla de Málaga, desarrolla un proyecto de prevención de la marginación y exclusión social en una comunidad terapéutica (CAT); dicho proyecto está abierto a todo el que lo desee y tiene convenios específicos con, Centro de Integración Social (CIS) e instituciones penitenciarias para el cumplimiento de condenas (reclusos en 3º grado).

Esta Comunidad tiene características peculiares, ya que acoge a personas con factores de riesgo social (FRS) que en muchas ocasiones han sido desahuciados por otros albergues y/o comunidades terapéuticas, configurándose como uno de los últimos "recursos" donde acudir.

Mediante una serie de actividades, talleres, laborterapia y con el apoyo de mediadores sociales y un equipo multidisciplinar, se intenta un cambio de comportamiento para tratar a los pacientes con drogodependencia, y su posterior reinserción social.

El ingreso es libre y voluntario (salvo a personas en búsqueda y captura), No es necesario aportación económica si no se dispone. El primer mes de estancia se realiza en régimen de interno, el tercer mes salidas acompañado, y posteriormente salidas solo. No existe límite de permanencia en el Centro.

Aunque existen estudios de contactos en estos colectivos, existe poca bibliografía en centros de desintoxicación de drogas dirigido por comunidades gitanas con las anteriores características.

El objetivo de nuestro estudio es describir el EC realizado en este colectivo tras un caso de tuberculosis bacilífera, así como la caracterización de los pacientes y de sus factores de riesgo (FR).

MATERIAL Y MÉTODOS

El Estudio de Contactos se llevo a cabo en el CAT, gestionada por la Asociación de integración a la comunidad gitana Palma Palmilla de Málaga.

Se trata de una Comunidad situada en una casa rural a unos 500 metros de la barriada Palma-Palmilla, la cual está considerada como una de las zonas marginales más deprimidas socioeconómicamente de Andalucía.

La CAT está dividida en zonas separadas para hombres y mujeres, con estancias comunes para ambos. Algunos habitantes de la casa tienen estancias independientes del resto del edificio para dormir, como ocurre con nuestro caso índice.

El caso índice se detecto el 30.05.2013, era HIV positivo y llevaba unos dos meses con un síndrome constitucional, debutando con una tuberculosis pulmonar bacilífera.

Ante un paciente bacilífero con gran poder contagiante, retardo diagnostico de 30 días y conviviente de un grupo de alto riesgo de contraer infección o enfermedad, se decidió realizar el EC por el Centro de Salud, planificando todas las actividades junto con el Distrito Sanitario y dirigentes de la CAT.

El Estudio Comenzó 14 días después de la declaración del CI y finalizo en Abril del 2014.

Dicho EC se realizo mediante un estudio descriptivo longitudinal, (serie de contactos de un caso), a los 55 integrantes que vivían en esas fechas en la CAT tanto internos como externos. (Una hermana del CI que vivía en un piso de la barriada rechazo participar en el EC).

Los dirigentes de la CAT proporcionaron el listado de pacientes que en ese momento convivían con el CI y a todos ellos se les realizo:

Historia Clínica individualizada:

- Antecedentes personales, edad, sexo, Comunidad Autónoma y País de origen, hábitos tóxicos, y motivo de ingreso en la CBV.

- Antecedentes del estado inmunitario de la TB: vacunación con BCG (Bacilos Calmarte-Guerín), Mantoux previos, infección tuberculosa, Qx primaria y secundaria y enfermedad TB .

- Factores de riesgo, y exploración física (peso, talla, índice de masa corporal, cicatriz de vacunaciones BCG, adenopatias y auscultación cardio-respiratoria.

Pruebas Complementarias:

Analítica sanguínea con hemograma y bioquímica general, Serología de Hepatitis B, C y HIV. (Sólo si estos datos eran desconocidos). Prueba de la Tuberculina, mediante la intradermoreacción del Mantoux con dos unidades de PPD (derivado proteico purificado) RT 23. Prueba de Quantiferón (3) en pacientes inmunodeprimidos. Igualmente y dada la comorbilidad e inmunodepresión existente en el grupo, se realizo radiología de tórax PA y L (informadas por un radiólogo), baciloscopias (Bx) (técnica de auramina), y cultivos (lowenstein) seriados.

- Valoración de la relación que cada contacto tuvo con el caso índice, según la cercanía y el tiempo que pasaba con el, calificándola en tres categorías:

a) cerrados.- si compartían el mismo domicilio o estaban expuestos diariamente al caso índice > 6 horas en lugares cerrados.

b) asiduos.- los expuestos diariamente al caso índice < 6 horas en lugares cerrados.

c) esporádicos- con contactos aislados y no diarios. Dado que todos los contactos vivían en la CBV se decidió la realización del EC a todos los integrantes. (4)

Para la realización de todas las pruebas anteriores se habilito una consulta específica en el Centro de

Salud, donde se citaban a los pacientes en grupos de unos diez, acompañados por un monitor de la CAT. El Distrito Sanitario proporciono de forma preferente las citas de radiología y analíticas al objeto de no retrasar el proceso diagnóstico – terapéutico.

La lectura de la prueba se llevo a cabo entre las 48 y las 72 horas, por personal experimentado, considerándose positiva si el diámetro de inducción era igual o superior a 5 mm.

Tras descartar enfermedad se realizo Qx primaria y tratamiento de la infección tuberculosa latente (TITL), realizando un segundo Mantoux a los dos meses en los casos que este fuese negativo.

Se realizo TDO, en todos los casos que se instauro Qx para mejorar la adherencia al tratamiento. Inicialmente enfermería entrego la medicación a los pacientes, y posteriormente un representante de la CAT que formaba parte de la comunidad (Agente de Salud), se encargaba de la distribución de la medicación, así como preguntar por la evolución y efectos secundarios de la medicación, adaptándonos a la realidad individual y a los recursos sanitarios que disponíamos. (5)

Para la mayoría de actuaciones se siguieron las directrices de la Conferencia Nacional de Consenso. (4), (6).

RESULTADOS

El caso índice era un varón de 50 años ex adicto a drogas vía parenteral, que vivía en un dormitorio individual en la CAT desde hacia 2 años. Tenía antecedentes de HIV, Virus de la Hepatitis C (VHC) positivo y Osteomielitis Crónica en Isquion.

Debuto con un Síndrome Constitucional con febrícula, tos y pérdida de 5-6 Kg. de peso de más de un mes de evolución.

Fue ingresado en el hospital y se diagnóstico de tuberculosis pulmonar; presentando una lesión infiltrativa en vértice pulmonar derecho. La tinción de Auramina fue positiva crecen BAAR (+++++) y microbiología molecular positiva para Mycobacterium Tuberculosis.

Se instauro tratamiento con Isoniacida, Rifampicina, Etambutol y Pirazinamida realizándose estudio de resistencias a dichos fármacos.

Tras la declaración de enfermedad tuberculosa bacilífera, se inicio el EC entre las 55 personas que vivían en la CAT en esos momentos. Completaron el EC 45 (80 %), 10 casos abandonaron en distintas fases del seguimiento: 5 de ellos se habían marchado de la CAT; 2 estaban ingresados por distintas patologías; y 3 rehusaron ser estudiados.

La edad media fue de 41 años, siendo el 71% varones, un 60% tenían antecedentes de haber estado en prisión, de ellos el 18% cumplían condena en la actualidad. (Tabla 1)

En los antecedentes y en las pruebas serológicas efectuadas se constata una alta prevalencia de enfermedades infecto contagiosas: HIV (13%), VHC (40%), VHB (20%), así como otros factores de riesgo asociados a la TB (Tabla 2).

Entre los antecedentes relacionados con la enfermedad tuberculosa encontramos cuatro enfermos tuberculosos y un 31 % con Mantoux positivo (Tabla 3).

Se realizo Rx de tórax en 39 pacientes (71%) no encontrando patología compatible con tuberculosis actual en ninguno de ellos.

Se hicieron Bx y cultivos en 27 (49%) de los pacientes siendo todas las Bx. y cultivos negativos para Mycobacterium Tuberculosis.

En 6 pacientes (4 con HIV y 2 VHC inmunodeprimidos), con PT negativas, se realizo test de Quantiferón, siendo positivo el test en dos de ellos.

El resultado final de los 45 casos estudiados fueron: 22 personas no infectadas (49%), 19 Infecciones Tuberculosas Latentes (42%) y 4 casos (9%) de TB pasada. (Prevalencia total de infección del 51%).

Tras valorar individualmente los aspectos clínicos, epidemiológicos y pruebas complementarias se decidió realizar Qx primaria en 7 (12.7%) de los casos y TITL en otros 7 (12.7%). Dicha Qx se realizo con 300 mg de Isoniacida siendo de tres meses en la primaria y de 6-9 meses en la secundaria. (7).

Ambas Qx fueron finalizadas por 5 pacientes (36%) de las 14 prescritas.

Tres meses después de la indicación de Qx primaria se realizó nuevo Mantoux siendo positivo (convertor) en uno de los 45 casos estudiados

Se produjeron dos fallecimientos cuando se estaba realizando el EC por causas distintas a la enfermedad tuberculosa. Uno era un paciente con diabetes y obesidad mórbida que ingresó y falleció en el hospital por Insuficiencia Renal.

El segundo estaba diagnosticado de HIV+ y VHC+ con antecedentes de tuberculosis ya tratada al que se realizó estudio de contactos que descartó reactivación de TB, y que falleció por Insuficiencia Respiratoria.

De forma paralela se diagnosticaron dos nuevos casos de enfermedad tuberculosa, estudiados por otros Servicios Sanitarios; uno de ellos no había sido incluido en el censo inicial y el otro rehusó participar en el estudio.

El primer caso se trataba de un varón de 49 años con un mantoux de 30 mm, (8) con un patrón miliar en la radiología de tórax y baciloscopias y cultivos negativos.

El segundo caso era también varón de 46 años, en tratamiento con Interferón y Ribavirina por Hepatitis C y Modcate* por una psicosis. Rechazo realizar el EC cuando se le ofertó.

DISCUSIÓN

Es conocido que la tuberculosis es una enfermedad <social> por el gran número de personas afectadas, y porque muchas causas que la favorecen tienen su raíz en factores y motivos sociales. Afecta como es conocido a las clases más pobres y desfavorecidas de la sociedad (2, 5).

Realizar los EC en estos pacientes con riesgo socio-sanitario, debe ser una prioridad por el alto riesgo de contraer la enfermedad.

Los numerosos FR Sociales encontrados: cumplimiento de condenas, reinserción social, drogadicción, alcoholismo, falta de recursos económicos y

sociales, unido a las altas tasas de enfermedades infecto contagiosas (HIV, VHB, VHC), complican y/o ayudan a facilitar la transmisión de la TB; al tener factores de comportamiento y redes comunes tal como refleja el estudio de Lu-Yu H. (2)

En nuestro EC, el 100% de los pacientes tenían al menos un FR y más del 40 % tenían dos o más, esto contrasta con estudios similares, realizados en nuestro país en población general como el de Anibarro L et al en Pontevedra en que el porcentaje de enfermos que presentan algún FRS es del 20.1%, o de otros estudios realizados en el NHS (Health Protection Agency. 2011) que encontraron un 10% de FRS en pacientes con TB, o los realizados en Hamburgo y Nueva York. No hemos encontrado trabajos similares al nuestro con estos porcentajes de FRS, (salvo colectivos específicos en reclusos), lo que sin lugar a dudas es una de las circunstancias que más dificultan este EC con respecto a los demás, y sea de difícil seguimiento y realización (5, 9).

Encontramos una alta prevalencia de infección (51%) y de enfermedad (8.9%). Lo que contrasta con las cifras obtenidas en países desarrollados; Así en una revisión sistemática de 108 estudios, realizada en distintos países la prevalencia de infección fue del 28.1% y de enfermedad del 1.4%. En España sí hemos encontrado algunos estudios como es el de Solsona et al (51.5%), Alseda M (44%) y Remacha MA (49.8%) en que las tasas de infección son semejantes al nuestro (10).

La adherencia al tratamiento preventivo de la TB ha sido baja a pesar de la Terapia Directamente Observada. (9, 11). Aunque tenemos que ser conscientes que la posibilidad de tener resultados finales insatisfactorios es mayor en estos colectivos tanto para los pacientes como para la realización del estudio. (5, 8)

Ha habido factores que han limitado nuestra actuación entre los cuales podríamos señalar:

- La falta de experiencia con estos colectivos, ya que los EC realizados por nuestro equipo han sido en ambientes domésticos y en colegios. (12)

- La mayoría de los pacientes de la CAT, son transeúntes que ingresan y salen continuamente, lo que dificulta el estudio y seguimiento en algunos de ellos.

- El no disponer de una PT previa y por tanto no conocer si la IT era reciente o antigua. Solo la mitad de los pacientes nos comunicaron verbalmente si eran positivos o negativos a la PT, aunque sin presentar ningún documento acreditativo, lo cual nos hace suponer que podría existir bastante confusión y errores en la interpretación de estos datos.

Es por ello, que creemos necesario realizar una valoración inicial médica con PT incluida, en instituciones de este tipo, para conocer su estado inmunitario, tal como es recomendada en muchas publicaciones. (5)

- Pero creemos que la principal limitación de nuestro estudio es no haber tenido acceso a los listados de las personas que convivieron con el CI los meses anteriores a su notificación. Evidentemente no fueron estudiados algunos pacientes, ya que el corte del EC se realizó de forma transversal en el momento de la declaración.

Así uno de los dos enfermos detectados con TB, se alojó en la CAT un mes antes de la fecha de declaración del CI, siendo diagnosticado en las urgencias hospitalarias y no en nuestro EC.

El otro enfermo con TB, fue diagnosticado también a posteriori, y tras un ingreso hospitalario. En este caso este paciente rehusó participar en el estudio cuando se le ofertó.

Una vez finalizado el EC nos planteamos si los resultados finales podrían haber sido más satisfactorios si pudiéramos haber captado al paciente enfermo de TB, así como a todas las pérdidas que tuvimos en el seguimiento.

Quizás esto podría haberse realizado con una política de incentivos y factores facilitadores tanto económicos, como sociales, o laborales, tal como recogen algunos autores: En cinco ensayos efectuados, los incentivos monetarios, aumentaron la tasa de retorno para obtener los resultados de la PT, o para acudir al consultorio para iniciar o continuar la Qx. (9, 10) Estos fondos podrían también utilizarse para pagar el transporte de los pacientes o clínicos, pagar a agentes comunitarios de entornos socioculturales similares a los enfermos para llevar a cabo la TDO, o bien

para procurar acomodación durante el curso del tratamiento.

Según un estudio en el NHS realizado en el 2009 el coste de tratar una TB "normal" es alrededor de 5.000 libras, mientras que el coste en estas "poblaciones" está estimado entre 50.000 y 70.000 libras; debido entre otros factores al número de episodios más frecuentes y largos de hospitalización, a tratamientos más largos y complejos, y al alto coste de tratar la multiresistencia a drogas. Lo que unido a la alta capacidad de transmitir la TB, por estos grupos, hacen que invertir más medios tanto humanos como materiales sea prioritario para conseguir resultados satisfactorios con estos pacientes. (5)

Un EC como el nuestro, rompe los moldes clásicos de los restantes estudios. La población del estudio es "muy peculiar"; con una problemática socio económica importante y a veces desgarradora, lo que hace que la preocupación por hacerse las pruebas para el diagnóstico de la TB, o tomarse una medicación durante 6 meses de forma preventiva, sea una de sus últimas prioridades.

En nuestra opinión, en estas poblaciones "difíciles de alcanzar" es prioritario realizar un "Juicio Clínico Individualizado" de cada paciente ya que la pluripatología que presentan tanto social como sanitaria hacen que las decisiones sobre la actitud a tomar desde el punto de vista diagnóstico, clínico, terapéutico y de seguimiento sean probablemente distintas y adaptadas a cada paciente.

La coordinación de todos los recursos tanto humanos como materiales; la incentivación a pacientes y profesionales, y sobre todo una labor minuciosa, metódica y constante ante el desánimo que a veces ocurre en estos estudios, pueden ser las claves ante la dificultad que entraña la realización de un EC de estas características.

De acuerdo con este estudio se necesitan acciones específicas dirigidas a poblaciones con Factores de Riesgo ya que son las más vulnerables para contraer la infección y/o enfermedad Tuberculosa. Solo así lograremos un diagnóstico temprano y una curación, rompiendo la cadena epidemiológica en estas poblaciones "difíciles de alcanzar".

BIBLIOGRAFIA

- 1 - Grupo de Trabajo de la SEPAR. Normativa sobre la prevención de la tuberculosis. Arch Bronconeumol. 2002; 38(9): 441-51.
- 2- Lu-Yu H, Grinnes CZ, Palmer R, Graviss EA. Latent tuberculosis infections in hard-to-reach drug using population-detection, prevention and control. Tuberculosis. 2008 Supl 1; 41-45.
- 3- Ballaz A, Salinas C, Aguirrea U, López de Goicoechea MJ, Diez R, Egurrola M. Analysis of discordance between tuberculin test and QuantiFERON-TB® Gold in Tube in studies of contacts. Med Clin (Barc). 2013; 140(7): 289-95.
- 4.- González-Martín J, García-García JM, Anibarro L, Vidal R, Esteban J, Blanquer R et al. Documento de consenso sobre diagnóstico, tratamiento y prevención de la tuberculosis. Arch Bronconeumol. 2010; 46(5): 255-274.
- 5 - National Institute for Health and Clinical Excellence. Identifying and managing tuberculosis among hard-to-reach groups. Health Technol Assess. 2012.
- 6- National Institute for Health and Clinical Excellence. Clinical diagnosis and management of tuberculosis, and measures for its prevention and control. Health Technol Assess. 2011.
- 7- Woldehanna S, Volmink J. Tratamiento de la tuberculosis latente en personas con infección por VIH (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Uptodate Software Ltd. Disponible en: <http://www.uptodate-software.com> (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd).
- 8 - Alsedà M, Godoy P. El tamaño de la reacción tuberculínica en contactos de pacientes tuberculosos. Arch Bronconeumol. 2007; 43(3): 161-4.
- 9- Anibarro L, Lires JA, Iglesias F, Vilariño C, Baloria A, de Lis JM et al. Factores sociales de riesgo para la falta de cumplimiento terapéutico en pacientes con tuberculosis en Pontevedra. Gac Sanit. 2004; 18(1): 38-44.
- 10.- Facilitadores e incentivos materiales para el tratamiento de la tuberculosis (Revision Cochrane traducida). Cochrane Database of Systematic Reviews 2012 Issue 1. Art.No.: CD007952. DOI: 10.1002/14651858.CD007952.
- 11.- Liu Q, Abba K, Alejandria M, Balanag M, Berba P, Lansang M et al. Sistemas de recordatorio e intervenciones para rescatar pacientes inasistentes para el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Uptodate Software Ltd. Disponible en: <http://www.uptodate-software.com> (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd).
- 12- Extremera F, Moyano R, Gómez B, Bermúdez P, López J, Aguilar S et al. Exposición a Mycobacterium tuberculosis durante un viaje en autobús. Med Clin (Barc). 2001; 116: 182-185.

Tabla 1. Características demográficas de la población.

Características demográficas de la población	Nº	%
Sexo	31	69
Varón	14	31
Mujer		
Edad	45	
Media	13	29
11-30	21	47
31-50	11	24
>50		
Hábitos Tóxicos	15	33
Alcohol	39	87
Tabaco	25	56
Opiáceos	25	56
Antecedentes de haber estado en prisión	5	11
Seguimiento en Consulta metadona		
Motivo de ingreso en la CBV	8	18
Cumplimiento de condena	4	9
Reinserción Social	39	87
Drogadicción	3	7
Inmigrantes sin recursos		
Contacto con el CI (n=45)		
Cerrados	11	25
Asiduos	24	53
Esporádicos	10	22

Tabla 2. Factores de riesgo entre los convivientes en el Estudio de Contactos.

Factor de riesgo	Número de pacientes	%
HIV –Sida	6	13
Hepatitis C	18	40
Hepatitis B	9	20
Desnutrición	4	9
Diabetes Mellitus	1	2
Insuficiencia Renal Crónica	1	2
Enfermedad Autoinmune	1	2

Tabla 3. Antecedentes de los pacientes relacionados con la Tuberculosis.

Antecedentes relacionados con la TB	Número de pacientes y %		Observaciones
Tuberculosis antigua	4	8.8 %	Tratados el 100%
Vacunados con BCG	4	9 %	
Mantoux conocido previo al EC	26	58 %	Positivos 14 31 (%) Negativos 12 27 (%)
Qx Previa al EC.	9	20%	6 completaron Qx. 3 no completaron Qx.

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Trombofilias en embarazo

Rebora Mariano T^{1*}, Castro Gomez JA^{2*}, Garrido Moyano F^{3*}

¹Residente 4º año MFyC

²Médico de Familia

³Residente 2º año MFyC

*Centro de Salud Almanjáyar. Granada

Las trombofilias hereditarias (TH) son trastornos genéticos que se asocian a un aumento de factores procoagulantes.

Las TH se han asociado a malos resultados obstétricos como abortos, pérdidas fetales tardías, etc.

Las TH se consideran un factor de riesgo de trombosis en el embarazo, con diferente riesgo según el tipo de TH.

Hay poca evidencia sobre la utilidad del tratamiento preventivo de trombosis en presencia de TH y embarazo.

No hay evidencia sobre la utilidad del tratamiento preventivo para abortos, pérdidas fetales tardías y otras complicaciones obstétricas en mujeres con TH.

Caso 1:

Mujer de 35 años de edad que había sido estudiada en consulta de fertilidad por presentar tres abortos consecutivos. La paciente nos trae los resultados donde destaca: Polimorfismo para MTHFR (metilentetrahidrofolato reductasa). A lo que la paciente nos plantea las siguientes preguntas: ¿Esto explica que yo haya tenido 3 abortos?, si me quedo embarazada de nuevo, ¿existe un tratamiento para prevenir que tenga otro aborto?

Caso 2:

Mujer de 32 años que acude a consulta por haberse realizado un test de gestación que ha sido positivo. Se encuentra en la 6 semana de gestación. Su madre presentó tromboembolismo pulmonar en su última gestación. Entre sus antecedentes personales figura positiva para polimorfismo para MTHFR y para Mutación del gen de la protrombina G20210A. Tiene antecedentes de un aborto previo y parto prematuro a las 34 semanas en su anterior embarazo. Solicita información sobre la necesidad de tratamiento preventivo.

INTRODUCCIÓN

Tanto los pacientes homocigóticos para el polimorfismo de MTHFR (C677T, 1298C), como los portadores de la mutación del gen de la protrombina G20210A son trastornos genéticos que condicionan un estado procoagulante y se incluyen dentro del grupo de trombofilias hereditarias (TH).

Las trombofilias son un grupo de trastornos del sistema de coagulación o de la fibrinólisis que provocan una tendencia a la trombosis.

El efecto trombótico puede producirse por:

A: por un defecto cualitativo o deficiencia cuantitativa de una ó más proteínas antitrombóticas: sistema de los inhibidores de proteasas séricas plasmáticas (antitrombina, alfa 2 macroglobulina y antitripsina) y la vía de la proteína C.

B: bien por un aumento del nivel de uno ó más factores de coagulación protrombóticos .

Correspondencia: Tomas Rebora Mariano
Centro de Salud Almanjáyar
C/. Joaquín Capulino Jáuregui, s/n.
18012 Granada
E-mail: tomas.rebora@gmail.com

Recibido el 26-02-2014; aceptado para publicación el 31-03-2014
Med fam Andal. 2014; 1: 60-66

Se clasifican en primarias o hereditarias y adquiridas (por condiciones clínicas o drogas).

Entre las adquiridas destaca por su especial relevancia el Síndrome antifosfolípido (1).

Trombofilias hereditarias

Las principales trombofilias hereditarias (2) son: (ver **Tabla 1**)

Las más frecuentes son la FVL y la PGM que conjuntamente suponen entre el 50 y el 60% de los casos (3).

1.-Mutación del factor V de Leiden

El FVL es la trombofilia más frecuente supone entre el 40 a 50% del total. Es el resultado de una mutación puntual que causa un cambio en un aminoácido resultante, Arginina por Glutamina en la posición 650. Este cambio ocurre precisamente en uno de los tres sitios donde la Proteína C Activada (APC) normalmente cliva e inactiva la forma procoagulante del Factor Va, haciéndose por tanto parcialmente resistente a la acción anticoagulante de la APC y resultando en un aumento de la trombina circulante y por tanto a un estado protrombótico. El tipo de herencia de esta alteración es autosómico dominante, los heterocigotos tienen 5-10 veces más riesgo de sufrir un episodio de trombosis venosa que la población general, y los homocigotos tienen 91 veces más riesgo

2.- Mutación del gen de la protrombina (factor II) G20210A

Es una transición de guanina por adenina en el nucleótido 20210. Esto genera elevación de la concentración de protrombina circulante (actividad > 130%), efecto que promueve la generación de trombina e impide la inactivación del factor V activado por la proteína C. Los portadores de esta mutación tienen niveles de hasta un 30% más de protrombina en plasma que la población normal.

3.- Deficiencia de proteína S

La proteína S (PS) es una glicoproteína dependiente de vitamina K, es un cofactor de activación de

proteína C, ya que la proteína C inactiva al factor Va y VIIIa en presencia de proteína S libre y fosfolípidos. Además la proteína S libre por sí misma tiene acción anticoagulante al inhibir el complejo protrombinasa (factor Xa, factor Va, y fosfolípidos) el cual convierte protrombina en trombina e inhibe la conversión de factor X a factor Xa. Entre un 40% o 50% se encuentra en forma libre y es la forma activa. Existen 3 fenotipos de deficiencia de proteína S que se basan en las concentraciones de proteína S, proteína S libre y actividad del cofactor de proteína C activa: El riesgo de trombosis venosa, en el embarazo, es 8 veces mayor que las mujeres embarazadas sin este déficit.

Tipo I: El tipo clásico con un 50% de niveles de PS normales. Defecto cuantitativo. *Tipo II:* Se caracteriza por niveles normales de PS total y libre pero una disminución de su actividad. Defecto cualitativo. *Tipo III:* Se caracteriza por niveles normales de PS total y una disminución en la PS libre y en la actividad de la misma en torno a un 40%.

4.- Deficiencia de proteína C

La proteína C es una proteína dependiente de la vitamina K, precursor de proteína C activada, el cual modula la generación de trombina al inactivar el factor V y VIII activados. Su forma activa es la que ejerce la función anticoagulante. Se han descrito dos formas:

Tipo I es la más frecuente y los pacientes presentan el 50% de las concentraciones plasmáticas normales. *Tipo II* en estos pacientes los niveles están normales pero con alteraciones de su funcionamiento.

5.-Deficiencia de Antitrombina

Es una glicoproteína vitamina K independiente que es el mayor inhibidor de la protrombina, y de los factores X, IX, XI mediante la formación de un complejo irreversible. Está presente en el plasma es sus dos variantes, activa e inactiva: *Tipo I* se relaciona con la disminución en la síntesis normal de la molécula inhibidora de proteasa y consecuente disminución de hasta 50% de los niveles de antitrombina.

Tipo II es una disminución en la función de la antitrombina.

6.- Polimorfismo del gen MTHFR

Es un gen que tendría la función de regular los niveles de Acido Fólico y Homocisteína. La homocisteína es un aminoácido trombogénico, sulfurado, que se forma en el metabolismo de la metionina. Se cataboliza a cisteína por la vía de la transulfuración con la intervención de dos enzimas dependientes de la vitamina B6 (cistationina B sintasa y cistationasa) o puede ser remetilada a metionina, proceso en el que interviene la enzima metilentetrahidrofolato reductasa (MTHFR). El polimorfismo 677 / 1298 altera el normal funcionamiento de la enzima produciendo aumento de homocisteína.

El mecanismo trombótico mediante el cual la hiperhomocisteinemia causa daño, no es completamente conocido, sin embargo se sabe que causa daño vascular al interferir con el metabolismo oxidativo endotelial, aumenta la producción de tromboxano, favorece agregación plaquetaria, antagoniza acción de óxido nítrico, inhibe acción de proteína C y trombomodulina y activa factor XII

Trombofilias y gestación

Aproximadamente el 15% de los embarazos reconocidos clínicamente terminan en aborto. Se considera aborto recurrente a tres pérdidas fetales o más antes de la semana 20 de gestación, esto ocurre en el 0,4-1% de la población. Las causas suelen ser múltiples aunque en más del 50 % de los casos no se encuentra una patología específica. Se considera que el estudio de posibles causas fetales se debe iniciar con la segunda pérdida.

El embarazo normal se asocia a cambios en los factores de coagulación existiendo un estado de hipercoagulabilidad con un aumento de factores procoagulantes y una reducción de los niveles de proteínas anticoagulantes (4,5): los cambios observados son:

- Resistencia a la actividad de la proteína C
- Disminución de la actividad de la proteína S
- Aumento del fibrinógeno y de los factores II, VII, VIII y X

- Aumento de la actividad y de los niveles de inhibidores fibrinolíticos, TAFI, inhibidos del activador del plasminogeno Tipo1 y tipo 2.

Las principales consecuencias del estado de hipercoagulabilidad durante la gestación son la Enfermedad tromboembólica venosa (ETE) y más raramente las trombosis arterial (200 por cada 100.000 partos).

En la mitad de las portadoras de TH que presentan ETE, esta se produce en concurrencia con factores de riesgo (FR) clásicos como reposo, cirugía, embarazo, etc. Por otro lado, más del 50% de las pacientes que presentan ETE durante el embarazo tienen una trombofilia subyacente (hereditaria y/o adquirida. Si bien hay que tener presente que, la mayoría de las pacientes con TH tienen embarazos normales.

1.- Trombofilias y placenta

Se ha sugerido la relación de las trombofilias como causante de abortos, argumentando como posible fisiopatología la aparición trombosis en la circulación inter-placentaria lenta y esto causaría complicaciones como abortos, preeclampsia, crecimiento intrauterino retardado, o desprendimiento placentario y muerte fetal intrauterina. Sin embargo no se han observado diferencias entre las placentas de madres con trombofilias y madres sin trombofilias (6). Igualmente no ha podido demostrarse una relación de causalidad siguiendo los criterios de Hill's (7).

2.- Complicaciones Obstétricas

Múltiples estudios han tratado de evaluar la relación entre la trombofilia y la presencia de complicaciones obstétricas, mayormente con los abortos de repetición. Las evidencias actuales están fundamentadas en estudios observacionales, los cuales, en la mayoría de los casos, no han cumplido con criterios básicos de calidad. La mayoría de estudios que han descrito asociaciones entre las diversas trombofilias están basados en estudios casos-control de pequeño tamaño. La mayoría de los estudios no son concluyentes y en algunas ocasiones contradictorios. Se ha observado que la asociación de varias trombofilias aumenta el riesgo de pérdidas fetales. Diferentes estudios de caso control encuentran asociación entre trombofilias y aborto, pérdidas fetales y

abortos recurrentes precoces y tardíos. Es difícil establecer conclusiones ya que los hallazgos de unos estudios a otros son contradictorios. En la Tabla II, se exponen los hallazgos de tres revisiones sistemáticas (8,9).

(Ver **Tabla 2**)

En relación con otros acontecimientos adversos del embarazo como **preeclampsia, restricción del crecimiento intrauterino y desprendimiento prematuro de membranas** los resultados son igualmente contradictorios si bien la evidencia de asociación con las trombofilias hereditarias es aún menor que para las pérdidas fetales (11,12).

¿Está indicado el estudio de Trombofilias hereditarias en mujeres con malos antecedentes obstétricos?

No hay evidencia respecto a la necesidad de estudio de TH en complicaciones obstétricas. No se ha demostrado que el tratamiento de TH disminuya las recurrencias de estas complicaciones

Para la ACOG (13) el estudio de trombofilias debe de considerarse en:

- a) Mujeres con antecedentes de tromboembolismo no relacionados con factores de riesgo (cirugía, inmovilización etc.).
- b) En aquellas mujeres con familiares de primer grado con trombofilia de alto riesgo. O trombofilia hereditaria y ETEV.

Las trombofilias hereditarias se han clasificado en distintas categorías de riesgo de tromboembolismo pero esta clasificación no se relaciona con el riesgo de otros acontecimientos adversos de la gestación. Las TH se han clasificado en

- a) Alto riesgo a las portadoras de déficit de AT, FVL homocigoto, FII G20210A homocigoto y doble heterocigotas de FVL y FII G20210A.
- b) Bajo riesgo: factor V Leiden heterocigoto; prothrombin G20210A heterocigota; déficit de proteína C o S. Las portadoras de TH que no sean de alto riesgo, que nunca hayan presentado

ETEV y que no tengan otros factores de riesgo adicionales se consideran de bajo riesgo.

El principal FR de ETEV en una paciente portadora de TH es el antecedente personal o en un familiar de primer grado de ETEV. Además, los factores de riesgo clásicos (edad > 35, multiparidad, obesidad, tabaquismo, reposo, cirugía reciente) tienen alto valor en la identificación de pacientes en riesgo trombótico.

Tratamiento.

El hecho de existir un fundamento teórico basado en que todas las trombofilias pueden asociarse a eventos trombóticos vasculares, y por tanto a resultados adversos perinatales, ha llevado que, por extrapolación de las trombofilias adquiridas, sean estudiadas y tratadas la mayoría de trombofilias hereditarias, sin embargo la evidencia actual es controvertida. Diversos estudios han demostrado que el tratamiento con aspirina o heparina no mejora las tasas de niños nacidos vivos en mujeres con antecedentes de pérdidas fetales recurrentes (14,15,16,17).

La recomendaciones de las dos guías de práctica clínica (18,19) más destacadas se pueden ver en la Tabla III. Estas guías plantean el tratamiento profiláctico basadas en riesgo de ETEV, no en la prevención de otros acontecimientos adversos. Teniendo en cuenta que el riesgo trombótico en la gestante es mayor antes de la 20 semana en caso de utilizar tratamiento preventivo este debería iniciarse en el primer trimestre.

(Ver **Tabla 3**)

CONCLUSIONES

Caso 1: Los pacientes portadores homocigóticos y heterocigotos para el gen MHTRF no tienen una mayor incidencia de efectos adversos en la gestación. Tampoco hay evidencia para tratar por los abortos previos.

Caso 2: La paciente es heterocigota para dos trombofilias por lo que se considera de alto riesgo de ETEV y además tiene antecedentes familiares

de ETEV. Según las guías debería de recibir tratamiento profiláctico ante y postparto para prevenir la ETEV. (Grado 2B. Evidencia discreta para recomendar su uso).

BIBLIOGRAFÍA

1. Díaz L, Medina R, Sosa L, Briozzo L, Alonso J, Pedreira G et al. Trombofilia y embarazo. Pautas de diagnóstico y tratamiento. Arch Med Interna. 2011; XXXIII (Supl 2):S01-S20.
2. Dawood F. Inherited and Acquired Thrombophilia in Pregnancy Consultado Noviembre 2013. Disponible en: <http://www.intechopen.com/books/thrombophilia/inherited-and-acquired-thrombophilia-in-pregnancy>
3. Lockwood Ch J, Bauer KA. Inherited thrombophilias in pregnancy. Up to Date 2013. Consultado en Noviembre 2013.
4. Pierangeli S, Leader B, Barilaro G, Willis R, Branch W. Acquired and Inherited Thrombophilia Disorders in Pregnancy. Obstet Gynecol Clin N Am. 2011; 38: 271-295.
5. Ford HB, Schust DJ. Recurrent Pregnancy Loss: Etiology, Diagnosis, and Therapy. Reviews in Obstetrics & Gynecology. 2009; 2, 2:76-83.
6. Beeksmá FA, Erwich M, Khong TY. Placental fetal vascular thrombosis lesions and maternal thrombophilia. Pathology. 2012; 44: 24-28.
7. Rodger MA, Paidas M, McLintock C, Middeldorp S, Kahn S, Martinelli et al. Inherited Thrombophilia and Pregnancy Complications. Obstetrics & Gynecology 2008; 112:320-324
8. Rey E, Kahn SR, David M, Shrier I. Thrombophilic disorders and fetal loss: a meta-analysis. Lancet. 2003; 361:901
9. Robertson L, Wu O, Langhorne P, Twaddle S, Clark P, Lowe GD, Walker ID, Greaves M, Brenkel I, Regan L et al. Thrombophilia in pregnancy: a systematic review. Br J Haematol 2006; 132:171-196.
10. Lykke JA, Bare LA, Olsen J, Lagier R, Arellano AR, Tong C, Paidas MJ, Langhoff-Roos J. Thrombophilias and adverse pregnancy outcomes: results from the Danish National Birth Cohort. J Thromb Haemost. 2012; 10:1320-5.
11. Hossain N, Paidas MJ. Inherited Thrombophilia Diagnosis and Anticoagulation Treatment in Pregnancy. Clin Lab Med. 2013; 33:377-390.
12. Lin J, August P. Genetic thrombophilias and preeclampsia: a meta-analysis. Obstet Gynecol. 2005; 105:182
13. Inherited Thrombophilias in Pregnancy. Practice Bulletin. Obstetrics & Gynecology. 2011; 118: 3.
14. Kaandorp SP, Goddijn M, van der Post J, Hutten BA, Verhoeve HR, Hamulyák K et al. Aspirin plus Heparin or Aspirin Alone in Women with Recurrent Miscarriage. N Engl J Med. 2010; 362:1586-96.
15. de Jong PG, Goddijn M, Middeldorp S. Antithrombotic therapy for pregnancy. Human Reproduction Update. 2013; 19,6: 656-673.
16. Check J. The Use of Heparin for Preventing Miscarriage American Journal of Reproductive Immunology. 2012; 67: 326-333.
17. Chakraborty P, Banerjee S, Saha P, Nandi SS, Sharma S, Goswami SK et al. Aspirin and Low-Molecular Weight Heparin Combination Therapy Effectively Prevents Recurrent Miscarriage in Hyperhomocysteinemic Women. PLoS ONE 8(9): e74155. doi:10.1371/journal.pone.0074155.
18. Inherited thrombophilias in pregnancy. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol Practice Bulletin. 138; 122,3.
19. Bates SM, Greer IA, Middeldorp S, Veenstra DL, Prabulos AM, Vandvik PO. VTE, thrombophilia, antithrombotic therapy and pregnancy: antithrombotic therapy and prevention of thrombosis. 9th ed American College of Chest Physicians Evidence Based Clinical Practice. Chest. 2012; 141:13; 122:706-17.

Tabla 1

	Prevalencia en población general
Mutación del factor V de Leiden (FVL) Heterocigótica	1-15
Mutación del factor V de Leiden (FVL) Homocigótica	< 1
Mutación del gen de la protrombina G20210A (PGM) Heterocigótica	2-5
Mutación del gen de la protrombina G20210A (PGM) Homocigótica	< 1
Deficiencia de proteína S	0,2-0,4
Deficiencia de proteína C	0,03-0-13
Deficiencia de Antitrombina	0,02
Polimorfismo del gen MTHFR	6-16%

Tabla 2

Tipo de trombofilia	Aborto 1er o 2º trimestre OR (95% CI)	Aborto recurrente 1er trimestre OR (95% CI)	Aborto no recurrente 2º trimestre OR (CI 95%)	Perdida fetal tercer trimestre OR (95% CI)
FLV Homocigoto	2,7 (1,3-2,6)	2,1(1,13-3,5)	ND	2.0 (0,4-9,7)
FLV Heterocigoto	1,7 (1,1-2,6)	1,9 (1,0-3,6)	4,1 (1,9-8,8)	2,1 (1,1-3,9)
PGM	2,5 (1,2-5,0)	2,7 (1,4-5,3)	8,6(2,2-34,0)	2,7(1,3-3,5)
Déficit antitrombina	0,9(0,2-4,5)	ND	ND	7,6(0,3-196)
Déficit proteína C	2,3 (0,2-26)	3,48(1,58-7,7)	ND	3,1(0,2-38,5)
Déficit proteína S	3,6(0,4-8,7)	5,1 (1,8-14)	7,4(1,2-42,6)	20,1(3,7-109,2)

Tabla 3

	Chest 2012	Acog 2013
Antecedentes de dos o más abortos sin historia de trombofilias o síndrome antifosfolípido	No profilaxis (Grade 1B)	
Con trombofilia hereditaria e historia de complicaciones obstétricas	No Profilaxis (Grado 2c)	
No historia previa de ETEV y que sean homocigótica para el factor V Leiden o la protrombina 20210A mutación y que no tienen una familia positiva historial de TEV	Profilaxis postparto 6 sem* (Grado 2B)	Profilaxis postparto 6 sem*
No historia previa de ETVE que sean homocigóticas para el FLV o para protrombina 20210A e historia familiar positiva de ETVE. (La guía ACOG añade el hecho de tener asociación de trombofilias)	Profilaxis antepartum y postparto* 6 sem (Grado 2B)	Profilaxis antepartum y postparto* 6 sem
Otras trombofilias sin antecedentes de tromboembolismo y que tengan una historia familiar de ETVE	Profilaxis postparto 6 sem* (Grade 2C)	Profilaxis postparto 6 sem*
Otras trombofilias e historia personal de ETEV		
Otras trombofilias sin historia personal o familiar de ETVE	No profilaxis. (Grade 2C)	Profilaxis Postparto*
Con síndrome antifosfolípido y tres o más pérdidas fetales	Profilaxis preparto. (Grado 1B)**	

*Profilaxis con Heparina de bajo peso molecular. **Profilaxis con Heparina de bajo peso molecular más Aspirina. La profilaxis anteparto se propone desde el primer trimestre.

PREGUNTAS

1) ¿Cuál de las siguientes trombofilias no hay evidencia de asociación a abortos de repetición?

- a) Heterocigótico para MHRTF.
- b) Portadora heterocigótica del factor de Leyden.
- c) Portadora déficit de antitrombina.
- d) Homocigótica gen protrombina G20210A.

2) En embarazadas con abortos de repetición, ¿cuál es la trombofilia hereditaria que se encuentra con más frecuencia?

- a) Deficiencia de proteína S.
- b) Mutación del gen de la protrombina G20210A (PGM) Homocigótica.
- c) Mutación del factor V de Leiden (FVL).
- d) Deficiencia de proteína C.

3) ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?

- a) Más del 50 % de los abortos recurrentes se asocian a trombofilias hereditarias.
- b) La gestación se asocia a aumento de factores procoagulantes.
- c) Las trombofilias en la gestación se asocian más a abortos que a trombosis venosas.
- d) La asociación entre trombofilia hereditaria y trombosis venosa profunda es independiente de otros factores de riesgo.

4) Cual de las siguientes trombofilias se considera de alto riesgo trombotico.

- a) Portadoras déficit antitrombina.
- b) Déficit de proteína C.
- c) Déficit de proteína S.
- d) Portadora Factor V de Leyden heterocigótico.

5) ¿En cuál de los siguientes casos no estaría indicado la profilaxis antitrombotica en gestante?

- a) Gestante sin antecedentes de Enfermedad tromboembolica (ETVE) y homocigótica para el factor V de Leyden.
- b) Gestante sin historia previa de ETVE que sean homocigóticas protrombina 20210A e historia familiar positiva de ETVE.
- c) Gestante portadora de trombofilia hereditaria e historia de complicaciones obstétricas .
- d) Gestante con antecedentes de trombofilias sin antecedentes de tromboembolismo y que tengan una historia familiar de ETVE.

Respuestas:

1) Respuesta a) No hay evidencia de la asociación entre portador del polimorfismo MHRTRF y malos resultados obstétricos y tampoco se ha evidenciado relación con enfermedad tromboembolica en el embarazo.

2) Respuesta c) En mujeres con más de tres abortos previos cuando se estudia la prevalencia de trombofilia hereditaria el Factor V de Leyden es el más prevalente, más del 50 % de los casos.

3) Respuesta b) Durante la gestación hay un aumento de factores procoagulantes. La trombofilia hereditaria se asocia a enfermedad tromboembolica en presencia de otros factores de riesgo (obesidad, hta, etc.). La prevalencia de trombofilias hereditarias en mujeres con abortos de repetición es inferiores al 50%.

4) Respuesta a) Las pacientes portadoras de déficit de Antitrombina se consideran de alto riesgo trombótico.

5) Respuesta c) Las mujeres con malos antecedentes obstétricos y portadoras de trombofilia hereditaria no tiene indicación de profilaxis salvo que sean portadores homocigóticas del Factor V de Leyden u homocigóticas para el gen de la protrombina.

SIN BIBLIOGRAFÍA

Redescubriendo @pontealdiaAP, ¿nos acompañas?

e-SAMFyC (Grupo de nuevas tecnologías SAMFyC)

Carbajo Martín L¹, Pérez y Pérez L², González Uceda MC³, Prados Castillejo JA⁴, Del Ojo García F⁵, Solís de Dios M⁶, Ávila Lachica L⁷, García Resa O⁸, Parras Rejano JM⁹

¹Médico de Familia. Hospital de Alta Resolución Utrera. Sevilla

²Médico de Familia. Hospital Infanta Luisa. Sevilla

³Médico de Familia. CS Alameda Perchel. Málaga

⁴Médico de Familia. CS Ciudad Jardín. Córdoba

⁵Médico de Familia. CS Sierra Nevada. Granada

⁶Médico de Familia. CS Bollullos Par del Condado. Huelva

⁷Médico de Familia. Consultorio Almáchar. Málaga

⁸Médico de Familia. UGC del Guadiato. Córdoba

Por qué

Este proyecto surge a través del Grupo de Trabajo de Nuevas Tecnologías de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria para dar respuesta a la necesidad de actualización continua en nuestras consultas.

Innovar y telemedicina no es sólo investigación e inversión en tecnología, la innovación también pasa por crear nuevas formas de trabajo y comunicación que mejoren la calidad de la asistencia y la eficacia de nuestra atención.

Tenemos que tener en cuenta que el conocimiento sobre nuestra actividad como médicos de familia está en continua evolución y si queremos mantenernos actualizados hay que buscar herramientas fáciles de manejar, prácticas y rápidas. El conocimiento va a velocidad de vértigo a través de la red y además cuando llega a formato papel es mucho menos accesible.

En la red podemos encontrar muchísima información, tanta que se habla de infoxicación; la sobresaturación y la sobrecarga de información

que hace incluso que no seamos capaces de tomar una decisión o permanecer informad@s sobre un tema. Existen tecnologías gratuitas accesibles online para la mayoría de la población con unos requisitos mínimos de aprendizaje por lo que su uso se hace fácil y habitual para tod@s.

Por tanto, este proyecto pretende facilitar el acceso al conocimiento práctico, útil y de calidad para tod@s los médic@s de familia, ahorrando los pasos de acceso, captación y ordenación de dicho conocimiento.

Qué nos planteábamos

Lo más importante que nos planteábamos era seleccionar el mejor conocimiento para el médico de familia y difundirlo para tod@s los compañeros. El mejor entendiéndolo como el más actual, útil, práctico y basado en la evidencia.

¿Fácil? ¿Difícil?

A priori puede resultar una ardua tarea si queremos abarcar y leer tod@s los artículos publicados en diferentes medios, por eso pensamos que había que simplificarlo. @pontealdiaAP capta sólo información a través de twitter. Asumimos que habrá información y profesionales que no podremos seguir pero de esta forma también

Correspondencia: José Antonio Prados Castillejo
E-mail: joseantonio.prados@gmail.com

Recibido el 29-11-2013; aceptado para publicación el 14-02-2014
Med fam Andal. 2014; 1: 67-71

minimizamos la variabilidad individual, la información es más rápida y, lo más importante, mejora la factibilidad.

¿Por qué Twitter como herramienta?

De todas las herramientas posibles que la web 2.0 nos facilita, elegimos twitter por su inmediatez, por su agilidad, porque nos da la opción de visualizar enlaces de manera rápida, porque nos permite según sus reglas hacer referencia a la fuente, nos permite asociar imágenes o multimedia y, sobre todo, por su brevedad de lectura.

Lo difícil puede convertirse en simple y fácil a través del buen uso de la web 2.0. Twitter nos ha facilitado esta tarea.

Cómo

La apuesta más importante de @pontealdiaAP es conseguir seleccionar a los profesionales y entidades más punteros en cada ámbito. Esta selección no es fija sino que se evalúa cada 3 meses y se revisan los tweets que nos han aportado.

Seguimos a profesionales expertos o entidades de índole nacional y/o internacional que elegimos por consenso tod@s los miembros del grupo. Por supuesto esos usuarios de twitter deben usar fuentes fiables, basadas en la evidencia. Son usuarios que twittean sobre todo temas profesionales y que no tienen declarados conflictos de intereses.

Muy bien, ya tenemos los usuarios a los que seguimos y revisamos cada cierto tiempo, ¿ahora qué hacemos? A continuación toca revisar diariamente los tweets y seleccionamos los más interesantes, aplicables y útiles. Requisitos que cumplen nuestros tweets: el conocimiento publicado es reciente, es útil y práctico para el médico de familia, aporta el enlace donde se puede ampliar la información y no genera dudas porque tiene información suficiente en el mismo tweet.

Y, ¿cómo hacemos para que lleven la misma estructura? Pues usando nuestras "mini-normas de Vancouver" internas: Ponemos código TEA (T Tiempo Lectura - 0 Poco Mucho 2 / E Evidencia

- 0 Poca alta 2 / Aplicabilidad en consulta - 0 Poca Inmediata 2). A continuación la idea principal resumida, quién aporta el tweet y el enlace reducido.

Un ejemplo: T1E2A2: [#condroprotectores #SY-SADOA](#) v/s placebo, no evidencias de utilidad en [#osteoartrosis](#). Via [@rincondesisifo](#). <http://www.murciasalud.es/preevid.php?op=>

Por qué @pontealdiaAP es diferente

Porque no retwitteamos las noticias o artículos. Los leemos, los analizamos y lo que hayamos aprendido con el tweet lo resumimos a modo de regalo a tod@s nuestros compañeros. De este modo el seguidor no tiene que leerlo completo salvo que quiera ampliar o comprobar el contenido. Esa es la verdadera esencia de @pontealdiaAP: la aportación de micropíldoras concretas de conocimiento.

Profesionales/entidades estamos siguiendo actualmente

General: @Medscape / @bmj_latest / @txemacoll / @JAMA_current / @NEJM / @nih_njibi

Farmacia: @MedicalLetter / @BITNavarra / @prescripP / @FDA_Drug_Info / @CADIME_EASP / @ernestob / @rincondesisifo / @vbaosv

Guías de práctica clínica: @NICEcomms / @cochranecollab / @EvidenceUpdates / @Guia-Salud

Pediatría: @mipediatra / @jgdd / @HSJD_FAROS
Neumología: @Epocsite / @SociedadGRAP / @accpchest

Cardiología: @escardio / @American_Heart

Infecioso: @CDCInjury / @CDCgov / @CDCespanol

Evidencia: @tripdatabase / @rafarotaech / @rafabravo

Comunidad: @doctorcasado / @pcamarelles / @rcofinof

Seguridad: @sanoysalvoblog

Gestión: @sminue

Epidemiología: @WHO

Ética: @psimoneasp

Otros: @eSAMFYC

Análisis por grupos de usuarios que tenemos en la actualidad

TEMA	USUARIO	N° tweets	E2	A2
GENERAL	@Medscape	31	2 (6.45%)	10 (32.26%)
	@bmi_latest	27	11 (40.74 %)	13 (48.15%)
	@txemacoll	25	6 (24 %)	20 (80 %)
	@JAMA_current	19	5 (26.32%)	9 (47.37%)
	@NEJM	8	2 (25%)	1 (12.5%)
FARMACIA	@rincondesisifo	107	43 (40.20 %)	54 (50.47 %)
	@ernestob	60	34 (56.67%)	35 (58.33 %)
	@CADIME_EASP	8	3 (37.5%)	7 (87.5%)
	@vbaosv	6	3 (50%)	5 (83.33%)
	@FDA_Drug_Info	5	2 (40%)	3 (60%)
GUIAS PRACTICA CLINICA	@NICEcomms	9	9 (100%)	8 (88.89%)
	@cochranecollab	9	8 (88.89%)	8 (88.89%)
PEDIATRIA	@HSJD_FAROS	10	1 (10%)	4 (40%)
	@jgdd	3		2
	@mipediatra	5	1 (20%)	3 (60%)
NEUMOLOGIA	@Eposite	15		9 (60%)
	@accpchest	7	1	1
CARDIOLOGIA	@escardio	4	1	2
	@American_Heart	2		1
INFECCIOSO	@CDCespanol	6	3 (50%)	3 (50%)
EVIDENCIA	@rafabravo	13	3 (23.08 %)	11 (84.6 %)
	@rafarotae	2	1	2
COMUNIDAD	@pcamarells	5	2 (40 %)	5 (100 %)
	@rcofinof	4	1	4
	@doctorcasado	4		2
SEGURIDAD	@sanoyalvoblog	72	22 (30.55 %)	48 (66.66 %)
EPIDEMIOLOGIA	@WHO	2	1	1
ETICA	@psimoneasp			
GESTION	@sminue	1		1

Análisis del usuario twitter @pontealdíaAP

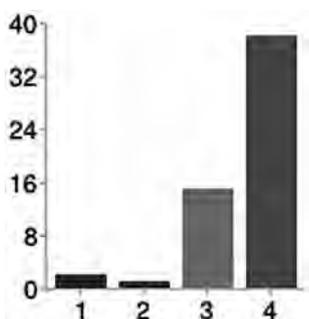
Tras un año de seguimiento tenemos un total de 699 seguidores y hemos realizado 647 tweets (una media de 1.13 tweets por día).

En los últimos 6 meses hemos tenido 1817 retweet (promedio de 3.14 retweet por cada uno) y han marcado como favoritos 323 tweets. Como hashtags más usado tenemos #EPOC.

Encuesta de evaluación on line

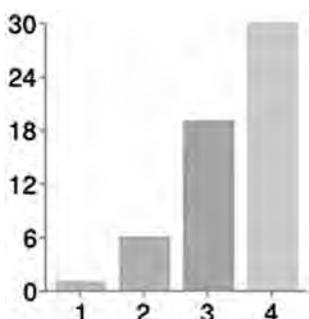
Durante unos meses hemos puesto en marcha una encuesta para evaluar la opinión de nuestros seguidores. Hemos obtenido 57 respuestas y estos son los resultados.

¿Consideras útil y práctica la herramienta? Te sirve para mantenerte actualizad@ de manera rápida y eficaz.



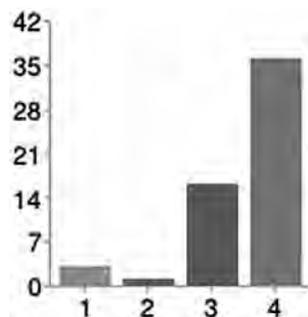
El 68% considera la herramienta útil y práctica respecto al 4% que no lo considera.

¿Consideras que es aplicable en consulta? Lo que aprendes con los tweets es de aplicabilidad inmediata en consulta.



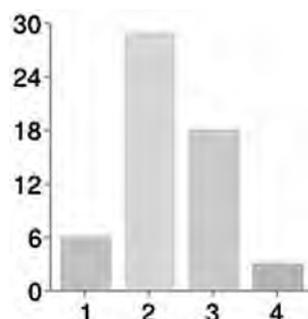
El 54% considera que la herramienta es aplicable en consulta, frente al 2% que no lo considera aplicable.

¿Consideras que es de fácil uso? No sólo twitter en general sino la forma de redactar los tweets.



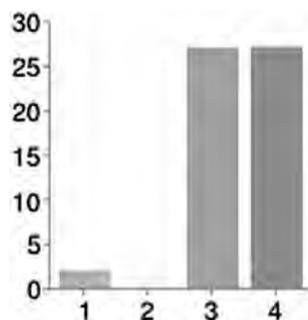
Para el 64% es de fácil uso.

¿Qué opinas de la temporalidad de los tweets? ¿Consideras que son muchos tweets para seguirlo? Habitualmente ofrecemos 1-3 tweets diarios.



El 5% opina que son muchos tweets frente al 11% que pone un nivel bajo, es decir, pocos tweets y el 52% que pone un nivel intermedio.

¿Qué nivel de confianza tienes en nuestros tweets? Seguimos a usuarios twitter de prestigio en cada una de sus vertientes y nos gustaría saber qué grado de confianza depositas en nuestros tweets resumidos.



El 48% nos da el nivel máximo de confianza y otro 48% un nivel intermedio, respecto al 2%

que no tiene confianza en nuestros tweets (sólo 2 respuestas).

Hacia dónde vamos

Mantenemos una re-evaluación continua de los usuarios a los que seguimos, por lo que aceptamos todo tipo de propuestas. Hemos propuesto nuevos usuarios y los iremos añadiendo a lo largo del trimestre.

Pero también queremos expresar nuestro agradecimiento desde aquí a los usuarios twitter que más nos han aportado en este primer año, por la calidad de su trabajo y por su generosidad al compartir el conocimiento con los demás. Estos son los **reconocimientos desde @pontealdiaAP:**

1. Mayor retwiteado: @rincondesisifo (Carlos F. Oropesa)
2. Mayor evidencia científica (estudios avalados, revisiones Cochrane o metanálisis fundamentalmente). En nuestra calificación mayor porcentaje de E2. Requisito indispensable al menos 10 tweets: @ernestob (Ernesto Barrera)
3. Mayor aplicabilidad en consulta. En nuestra calificación A2. Sabemos que puede ser muy subjetivo pero igualmente queremos premiarlo. Requisito indispensable al menos 10 tweets: @rafabravo / @txemacoll.

Muchas gracias a tod@s los que seguís y hacéis posible @pontealdiaAP.

SIN BIBLIOGRAFÍA

Divagaciones en torno a la medicina y la Web 2.0

García Torrecillas JM

*Médico de Familia en Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias
Coordinador de la Sección de Investigación. Adjunto a la Jefatura de Estudios
Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería*

Hace algún tiempo tuve la oportunidad de participar, como docente, en las VII Jornadas SAMFyC para tutores, aportando mi pequeño granito de arena con el Taller "Web 2.0. Herramientas para la investigación colaborativa".

Actualmente, en un mundo cada vez más globalizado, donde las fronteras se diluyen hasta lo indecible y donde es casi tan fácil contactar con un sabio afamado a través de su muro en Facebook como intercambiar fotos del último guateque con tu compañero de guardias, parece inexcusable que nos pongamos al día y que los médicos abordemos seriamente el asunto 2.0: llamémosle como queramos, 2.0, 3.0 o discursos en la nube, pero sí hay algo cierto y es que no podemos ni debemos sustraernos al enorme potencial de las nuevas aplicaciones en la web.

Vivimos rodeados, todos, de compañeros que trabajan inmersos en tecnología punta: tablets de todo tipo, smartphones, iphones, ipads... y curiosamente me cuesta encontrar (discúlpenme los que se consideren una excepción, que las hay) algún atisbo de producción científica en muchos de ellos, alguna utilidad que no sea el mero placer de estar a la última... mucho brillo... pocas nueces. Frente a esto contraponemos un humilde netbook y o un viejo pentium con conexión a internet, supongámoslo capaz tan sólo de gestionar un navegador (he dicho bien, sólo un navegador). A partir de este punto sólo necesita usted tres cosas: teclado, ratón y tener algo que decir. Todo el futuro de las aplicaciones online

está en su mano, gire la cabeza –esa que no se le quedará sin pilas en el peor momento de la guardia- en el sentido contrario al brillante Iphone o como se llame y dispóngase a trabajar con las plataformas 2.0, al final de la jornada sonreirá como si la alta tecnología le hubiera acompañado toda la jornada, pese al viejo pentium IV...

Si se encuentra ya ubicado en esa situación, recreemos fantasiosamente lo que podría ocurrir en una imaginaria sesión 2.0. Está cómodamente ubicado en su despacho o en el garaje, usted elige, no es imprescindible una taza de café, usted mismo (sinceramente yo se la recomiendo). Abrimos el correo y encontramos lo que yo, una amable invitación a escribir unas líneas sobre el taller Web 2.0 Herramientas colaborativas (www.invesforma.wikispaces.com). Accedo a una suite ofimática online de mi gusto (Google Docs) aunque me tienta Zoho o Inetword, pero acabo claudicando ante la sencillez y elegancia de la primera, abro una página en blanco de su procesador de textos y comienzo a teclear, sin miedo a que un virus infecte mi ordenador o la taza caiga inadvertidamente sobre el teclado echándolo a perder: todo lo que escribo está en la nube, donde no se puede perder ni infectar y además se puede compartir. Tras teclear media página me surge una duda ¿por qué me está saliendo un texto tan poco técnico y más bien melancólico?... elijo la opción compartir este documento con alguien de mi confianza, me gustaría ser más objetivo y, en un *plis*, veo como un fantasma comienza a subrayar en mi inmaculada hoja cosas que suprimiría, aprecio una ventanita de chat a la derecha del texto donde mi ayudante (a 300 Km de distancia) me dice..."chico, estás depre, es 2.0, no poesía...", respondo en la ventanita que bueno, me apetece seguir en la línea, y me corrige varios errores gramaticales y

Correspondencia: Juan Manuel García Torrecillas
E-mail: garcia.torrec@yahoo.es

Recibido el 13-01-2014; aceptado para publicación el 25-02-2014
Med fam Andal. 2014; 1: 72-74

de estilo, mientras veo el cursor moverse por la pantalla como si fuera yo moviendo el ratón. Esto es colaborar online: tu y yo separados por 300 largos kilómetros escribiendo en la misma hoja, corrigiendo a la vez y discutiendo en el margen, y es sólo el comienzo.

Cerramos el tema del artículo y nos ponemos, mi invisible colaborador y yo, a retomar los protocolos en los que trabajamos a medias. Hemos creado un protocolo de investigación entre tres médicos, a cada cual más distante del otro, corregidos, subrayados y machacados hasta la saciedad en nuestra eterna hoja compartida. La subimos a una carpeta en la nube, allí vamos a subir también las hojas de cálculo que utilizaremos para ir introduciendo los datos del estudio, un multicéntrico; facilitaremos a cada colaborador (una lista de 50 médicos) un enlace y con sólo un click podrán abrir nuestra hoja recién subida e introducir los casos recogidos en la jornada y... ¡plas!... ya tenemos 1000 registros, hora de analizar ¿verdad?

SPSS me encanta, pero su precio me tira para atrás, así que opto por entrar en www.openepi.com y comenzar a hacer los cálculos directamente en la web. Además he descargado Epidat por si aparecen problemas serios, pero para casi todas las necesidades de análisis dispongo de una herramienta que me devuelve, desde la ventanita asomada a internet, los resultados oportunos. Hay que parar, hora de ir al trabajo, y tras un pequeño viaje y 16 horas seguidas de guardia, decido que mi insomnio manda más que yo y busco un PC con conexión a internet, y ahí está mi infatigable editor online, con mis líneas, mis correcciones y la ventanita con los comentarios de mis colaboradores. Da igual lo que tenga instalado el PC, no dependo de él, ni de su disco duro ni del software que tenga instalado... lo usamos para acceder a información que está en el servidor, la creamos y la guardamos, ¿quién sabe desde qué máquina haré las próximas modificaciones? Por cierto, que de paso también evité el eterno problema de las versiones, ¿esta es la versión de casa o la que retoqué en la guardia?... es igual, sólo hay una versión, sigues por donde lo dejaste, la versión siempre será la última.

Necesito ampliar la bibliografía para el proyecto, las alertas de Feedly o las de Netvibes me avisan que hay nuevas publicaciones españolas en las últimas 24 horas, me paseo por la aplicación y res-

cato los nuevos artículos, añado las de MedWorm y estoy tranquilo, no he tenido que entrar una por una a las 20 revistas que tienen los contenidos que necesito, desde la pantalla principal lo decido todo. Me doy un breve paseo por Puble y Pubget buscando guías de práctica clínica y ficheros pdf que puedan serme útiles, subo dos a mi carpeta compartida y mi colaborador invisible los lee esa misma noche, los subraya, los anota e inserta comentarios (de nuevo ese ratón que se mueve solo por la pantalla como animado por un fantasma).

Recuerdo por un instante que, como tutor de residentes, estaría bien compartir estos ficheros con ellos. Accedo a Blogger, entro en mi blog y cuelgo los dos enlaces a los ficheros más importantes: los documentos arriba, los residentes y yo abajo, los ficheros enfrente, si el PC arde no se preocupe salvo por los gastos: sólo tenemos que cambiarnos a otra máquina para seguir nuestra investigación, por fin nos hemos soltado las cadenas. Accedo a mi web colaborativa (una wiki, suena simpático) e inserto dos libros para que los residentes puedan leerlos online, desde Google Books, añado un par de vídeos sobre RCP avanzada que encontré, incrustados directamente desde Youtube, y reviso el historial de comentarios de la wiki: dos residentes han hecho aportaciones importantes, esto no es la wikipedia, pero casi...

Tras hacer un backup de toda la información en www.adrive.com o www.mediafire.com por exceso de neurosis (siempre me acompaña) nos ponemos manos a la obra con las presentaciones. El viejo power point está... no sé dónde pero da igual. Entro en www.sliderocket.com y comienzo a hacer diapositivas, las comparto con mi colaborador, espero que añada algunas interesantes. Obtengo el código que me permite incrustar las presentaciones una vez terminadas en la wiki, no han quedado mal pero, definitivamente el formato estilizado y elegante de www.calameo.com me gusta más, las subo al servidor y las convierto a dicho formato, ahora si están bonitas, accesibles, editables por aquellos a los que se han dado los permisos oportunos, y seguras en mi wiki, donde puedes verlas, pero no modificarlas salvo que te animes a esta aventura.

Cuando la espalda comienza a denotar la tensión me daría un paseo por Facebook, pero hoy prefiero www.biomedexperts.com, una red social que aglutina a científicos de todo tipo. Me dedico

un rato a rastrear las últimas aportaciones de mi compañero M. Millán, los nuevos "papeles" de Peiró como él los llama y me entretengo un rato observando cómo se conecta a través de misteriosos círculos un investigador con otro, publicaciones en común, mails, número de autorías y coautorías, lugares donde han publicado y donde se han leído, lamento ser tan cotilla...pero es que las fotos de botellón subidas al Facebook me aburren, sin embargo disfruto algo más viajando a través de separatas invisibles por la red y viendo como se conectan entre ellas, como viejas amigas.

Esto es sólo un ejemplo imaginario, fantástico, algo adornado pero real. Pensar que un día podría trabajar de este modo, con todos y desde cualquier lugar, me hizo adentrarme en el mundo de la Web 2.0 y, afortunadamente hoy, no es un ejemplo, es una rutina bastante satisfactoria.

Bienvenidos, como anunciaba la portada de "Time" de 2006: ahora el personaje del año no es una persona física concreta, eres tú, somos todos. Bienvenidos a la era de la información (y la formación).

SIN BIBLIOGRAFÍA

Fibrosis retroperitoneal idiopática: ¿traumatismo abdominal?

Flores Solís LM¹, Ámez Rafael D², Fernández Martín E³, Padilla Del Campo C³, Ruiz Ortiz MS⁴, Molina Garrido MJ⁵, Andrade Juárez JA⁶

¹MIR 1^{er} año de Medicina del Trabajo. CS La Gangosa. Almería

²MIR 1^{er} año de MFyC. CS La Gangosa. Almería

³Médica de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Berja. Almería

⁴DUE. CS Aguadulce. Almería

⁵MIR 2^o año de Medicina del Trabajo. CS La Gangosa. Almería

⁶Médico de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Gangosa. Almería

Resumen

La fibrosis retroperitoneal idiopática (FRI) es una enfermedad poco frecuente, que afecta principalmente a hombres con edad media de 50-60 años y que puede ocasionar uropatía obstructiva por afectación ureteral uni o bilateral. Los síntomas que produce suelen ser inespecíficos, aunque el dolor abdominal o lumbar es el síntoma de presentación más frecuente. El diagnóstico suele realizarse con técnicas de imagen como TAC o RM. El tratamiento incluye corticoides o inmunosupresores y en caso de insuficiencia renal aguda severa puede realizarse cateterismo ureteral retrógrado o colocación de nefrostomía percutánea. Describimos el caso de un varón con fibrosis retroperitoneal idiopática que presentó insuficiencia renal aguda secundaria a uropatía obstructiva y que fue tratado con nefrostomías bilaterales y colocación de catéteres ureterales doble J bilaterales, además de prednisona.

Descripción del caso

Varón de 55 años, sin antecedentes familiares de interés y con antecedente de accidente de tráfico unos 6 meses antes. Consultó por cuadro de

rectorragia y melenas de 15 días de evolución. En la exploración física destacaba la palidez cutánea y de mucosas, en la palpación abdominal se apreciaba empastamiento en hipogastrio, con dolor a palpación profunda en hipogastrio y en flanco izquierdo y en el tacto rectal había restos de heces no melénicas, sin otras alteraciones. Fue derivado a la consulta hospitalaria de urgencias con sospecha de proceso digestivo para realizar pruebas complementarias. A su ingreso se diagnosticó insuficiencia renal aguda y en los días posteriores presentó empeoramiento progresivo de la función renal con anuria e hidronefrosis.

Pruebas complementarias hospitalarias al ingreso

Bioquímica. Glucosa 84 mg/dl, urea 149 mg/dl, creatinina 9,32 mg/dl, filtrado glomerular por MDRD-4 (IDMS) 5,9 mL/min/1,73 m², fósforo 5,1 mg/dl, hierro 43 µg/dl, ferritina 383 ng/ml, transferrina 123 mg/dl, índice de saturación de la transferrina 25%, sodio 146 meq/L, potasio 5,4 meq/L, proteínas totales 5,9 g/dl, proteína C reactiva 7,47 mg/dl, proteinuria 38,6 mg/dl, microalbuminuria 115,3 mg/l.

Hemograma. Leucocitos 11020/µl, hemoglobina 8,6 g/dl, hematocrito 26%, plaquetas 432000, neutrófilos 69,6%, linfocitos 17,7%, monocitos 7,5%, eosinófilos 3,8%, basófilos 0,2%.

Marcadores tumorales. Alfa-fetoproteína, 2-microglobulina, CA-125, CA 15.3, CA-19.9, CEA y PSA normales.

Correspondencia: Carmen Padilla del Campo
CS Berja
Carretera de Adra, 3
04760 Berja (Almería)
E-mail: carmen.padi@hotmail.com

Recibido el 20-01-2014; aceptado para publicación el 31-03-2014
Med fam Andal. 2014; 1: 75-77

Inmunología. Complemento C3 y C4, inmunoglobulinas G, A y M normales.

Serología VIH negativa.

Hormonas. TSH y PTH intacta normales.

TAC abdominopélvico sin contraste. En la exploración realizada se observa aumento de densidad de partes blandas retroperitoneales, que rodea aorta y vena cava inferior desde la salida de las arterias renales hasta caudal a la bifurcación iliaca. Dicha masa de partes blandas engloba también a ambos uréteres desde su porción media aproximadamente produciendo dilatación retrógrada bilateral más acentuada en el lado izquierdo. No se identifican adenopatías de tamaño significativo, líquido libre, colección organizada ni engrosamiento mural de asas. Aorta abdominal de calibre normal. Conclusión: fibrosis retroperitoneal.

Ecografía abdominal y vesical. Riñón derecho de tamaño disminuido con respecto al contralateral, con un diámetro longitudinal de 104 mm, presentando morfología y diferenciación corticomedular adecuados, no obstante, con dilatación ureteropielocalicial grado II-III. Extremo de catéter doble J en pelvis. Riñón izquierdo aumentado de tamaño respecto al contralateral, con un diámetro longitudinal de 140 mm, con morfología y diferenciación corticomedular adecuada, no obstante, presenta dilatación ureteropielocalicial grado II-III, con extremo de catéter doble J en pelvis.

Vejiga vacía y sondada. Se observa imagen hipocogénica mal delimitada que rodea aorta, cava y ambos uréteres, a nivel retroperitoneal, compatible con fibrosis retroperitoneal. Flujo arterial y venoso conservado a nivel de arterias y venas renales, aorta y cava.

Evolución

Al ingreso precisó transfusión de hemoderivados y se realizó el tratamiento de la insuficiencia renal aguda secundaria a uropatía obstructiva, por lo que se decidió realizar nefrostomías bilaterales y colocación de catéteres ureterales doble J bilaterales. La TAC abdominopélvica confirmó el diagnóstico de fibrosis retroperitoneal, por lo que se inició tratamiento con corticoides, tras lo

cual presentó mejoría clínica. Durante su estancia cursó con colestasis disociada, con resonancia magnética de vías biliares que indicó vesícula y vía biliar sin alteraciones y que mejoró progresivamente. Le fue dada el alta con un diagnóstico de fibrosis retroperitoneal. Actualmente el paciente se encuentra en seguimiento por urología, nefrología, medicina interna y digestivo.

Pruebas complementarias hospitalarias al alta.

Bioquímica. Glucosa 88 mg/dl, urea 67 mg/dl, creatinina 1,56 mg/dl, sodio 136 meq/L, potasio 4,4 meq/L, proteína C reactiva 0,19 mg/dl.

Hemograma. Leucocitos 24550/μl, hemoglobina 10,5 g/dl, hematocrito 31,7%, plaquetas 425000, neutrófilos 70,5%.

Discusión

La FRI es una entidad clínica poco frecuente, que suele cursar con uropatía obstructiva. Fue descrita por primera vez en 1905 por el urólogo Joaquín Albarrán, pero en 1948 John Ormond describió la enfermedad en 2 casos, motivo por el que suele llamarse enfermedad de Ormond.

La mayor parte de los pacientes con FRI tienen una causa idiopática, pero en el 30% de los casos están asociados a varios factores como fármacos (derivados de la ergotamina, betabloqueantes, metildopa, aspirina, codeína, entre otros), enfermedades del tejido conectivo (como lupus eritematoso sistémico o espondilitis anquilosante), neoplasias (carcinomas, sarcomas o carcinoides), aneurismas de aorta y vasculitis. En nuestro caso, el único antecedente de interés como causa etiológica es un traumatismo abdominal y lumbar leves tras accidente de tráfico; por lo que nos surge el interrogante de añadir como causa etiológica, el traumatismo abdominal, dado que no existe, en la literatura consultada por nosotros, ningún dato al respecto. La FRI se presenta en el 15% de los casos con afectación de otros órganos y sistemas, como la fibrosis mediastínica, la tiroiditis de Reidelseudotumor orbitario o la cirrosis biliar primaria.

Los síntomas de la FRI pueden ser inespecíficos como pérdida de peso, astenia, anorexia, malestar general o náuseas, pero el síntoma de

presentación más frecuente en los pacientes es el dolor abdominal o en la fosa lumbar. A veces puede palparse una masa abdominal y de forma tardía puede existir oliguria o anuria.

El diagnóstico de la FRI suele realizarse mediante pruebas de imagen, durante el estudio de otras patologías como uropatía obstructiva, insuficiencia renal o hipertensión y el diagnóstico definitivo se confirma con el estudio histopatológico. La TAC es la técnica de elección ya que permite visualizar una masa de partes blandas, periaórtica y con signos de hidronefrosis cuando afecta a los uréteres. La RM es otra técnica de imagen que también puede utilizarse en estos casos, así como la ecografía abdominal. El diagnóstico diferencial por imagen debe establecerse con procesos como tumores retroperitoneales primarios y secundarios o abscesos, entre otros.

La analítica indica una respuesta inflamatoria sistémica, con elevación de reactantes de fase aguda como la proteína C reactiva o la velocidad de sedimentación globular. Otros datos analíticos son anemia, gammapatía policlonal y alteración o no de la función renal.

Los objetivos del tratamiento de la FRI son la recuperación de la función renal y la supresión del proceso fibrótico. En caso de insuficiencia renal aguda severa puede realizarse cateterismo ureteral retrógrado o colocación de nefrostomía percutánea. El tratamiento médico incluye el uso de corticoides como la prednisona, de otros inmunosupresores como la azatioprina o ciclofosfamida o fármacos como el tamoxifeno. El pronóstico de los pacientes con FRI suele ser satisfactorio.

ARTÍCULO ESPECIAL

Intervención en una mujer de 30 años con síntomas y signos mal definidos

Pedrosa García C¹, Valverde Bolívar FJ², Moreno Corredor A³, Zafra Alcántara J⁴, Navarrete Espinosa C⁵

¹Médico Interno Residente de Medicina Familiar y Comunitaria de Jaén. CS de Torredonjimeno. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Jaén

²Médico de Familia. Jefe de Estudios. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Jaén

³Médico de Familia. Tutor de residentes. CS de El Valle. Jaén

⁴Médica de Familia. Tutora de residentes. CS de Torredonjimeno. Jaén

⁵Médico de Familia. Técnico de Salud. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Jaén

RESUMEN

El caso clínico se desarrolló en un **ámbito** mixto entre Atención Hospitalaria, Urgencias y Atención Primaria principalmente. Se trataba de una mujer de treinta años, casada y sin hijos, sana y perteneciente a una familia nuclear (familia formada por dos individuos, que ejercen las funciones de padres, y sus hijos) normofuncionante (familia capaz de cumplir las funciones que le han sido encomendadas para posibilitar el desarrollo saludable de sus miembros, de acuerdo con la etapa del ciclo vital familiar en que se encuentra y en relación con las demandas que percibe desde el entorno social), que comenzó a asistir a consulta de forma reiterada y con síntomas muy diversos, hechos que nos llamaron la atención. La intervención por nuestra parte desde una perspectiva integral, en la que no solo prevalece la agenda del médico sino también la del paciente, es la que nos permitió una actuación centrada en el paciente y que metodológicamente recoge el esquema defendido por Riegelman junto con el enfoque sistémico o familiar.

CASO CLÍNICO

Nuestra paciente, una mujer de treinta años, consulta por primera vez en Atención Primaria

por un cuadro vertiginoso, siendo éste el inicio de una serie de visitas durante los siguientes meses tanto a consulta programada como de Urgencias con sintomatología variada (tabla 1): disnea, epigastralgia, dolor mamario, palpitaciones, dolor abdominal, sensación de mareo, astenia, irritabilidad y sobre todo parestesias en miembros superiores, que por lo general se manifestaban de noche, impidiéndole conciliar el sueño.

Presentaba como **antecedentes personales** de interés migraña ocasional diagnosticada el año anterior, sin toma de medicación alguna, ni hábitos tóxicos. Como **antecedentes familiares**, resaltar el hábito tóxico alcohólico de su padre, su madre diabética insulino-dependiente y con depresión, su hermana con síndrome de Down y una tía materna con cáncer de mama.

En la figura 1 podemos observar el genograma familiar de la paciente. Siguiendo un orden y metodología en su lectura¹, comprobamos como según su **estructura familiar**, se trata de una familia **nuclear con parientes próximos** (dos individuos con o sin sus hijos y con los padres viviendo en su misma localidad). Su **Ciclo Vital Familiar**, considerando el modelo de la OMS modificado por De la Revilla (tabla 2), se encuentra en la **etapa I o de Formación** (desde el matrimonio hasta el nacimiento del primer hijo); y según el modelo de Duvall y Medalie (tabla 3), **nido sin usar** (la pareja está casada y no tiene hijos). Con un **estilo familiar centrípeto** (basado en la unión familiar, la crianza de los hijos y donde hay límites individuales difusos y límites externos rígidos).

Correspondencia: Celia Pedrosa García
E-mail: celia_437@hotmail.com

Recibido el 27-12-2013; aceptado para publicación el 28-01-2014
Med fam Andal. 2014; 1: 78-85

Para evaluar la **función familiar** se utilizó el test de **Apgar familiar** (tabla 4), con una puntuación de nueve puntos, correspondiente a una familia **normofuncional**.

Genograma relacional

Hipótesis sistémica: los padres de nuestra paciente están vivos y viven en la misma localidad que ella. Su padre tiene 60 años y es alcohólico. Su madre tiene 53 años, es diabética insulino-dependiente y es depresiva, está unida a ella proporcionándole apoyo emocional y afectivo. Su abuelo tiene 80 años, es pluripatológico y vive en el mismo hogar que sus padres. Su hermana tiene 24 años y tiene síndrome de Down. El cuidado de su abuelo y la hermana son una sobrecarga importante de trabajo para la madre, agravando su estado depresivo.

Los padres de su marido tenían una relación conflictiva, hace años la madre murió asesinada por su esposo suicidándose éste posteriormente.

Con respecto a su **red social**, nuestra paciente de estudio tenía su gran apoyo en su mejor amiga, con la que estaba muy unida y le aportaba apoyo afectivo, emocional, confidencial e interacción social positiva. El **acontecimiento vital estresante**² que más influyó a su estado de salud fue la muerte de ésta hace un año. Otros acontecimientos vitales estresantes que también alteraron su bienestar fueron el empeoramiento del estado de salud de su abuelo y la mala relación con una compañera de trabajo que la amenazaba y que además era la nueva novia del novio de su amiga fallecida.

SEGUIMIENTO

En sus continuadas visitas al Centro de Salud y siguiendo la **agenda del médico**³, le hicimos una **exploración física** completa que no arrojó hallazgos importantes y comenzamos a solicitarle las **pruebas complementarias** que consideramos necesarias: analítica sanguínea con hemograma y bioquímica, electrocardiograma, radiografía de columna cervical, ecografía de abdomen; todas ellas sin alteraciones patológicas significativas.

Mientras tanto consideramos, junto con la paciente, derivarla a Salud Mental, iniciando tra-

tamiento con clorazepato dipotásico 5 mg diario como hipnótico y ansiolítico para lograr conciliar el sueño, resultando en un principio ineficaz por la falta de cumplimentación por su parte.

En función al **método clínico de toma de decisiones diagnósticas de Riegelman**^{4,5} que sigue un razonamiento hipotético-deductivo, nos planteamos los siguientes diagnósticos diferenciales:

- 1 - Vértigo periférico
- 2 - Polineuropatía periférica
- 3 - Pinzamiento neurovascular de la arteria subclavia
- 4 - Trastorno de ansiedad generalizada
- 5 - Depresión mayor
- 6 - Trastorno adaptativo
- 7 - Trastorno de la personalidad
- 8 - Violencia de género

Siguiendo a su vez la **agenda del paciente** y debido a la hiperfrecuentación en consulta, poco a poco fuimos adquiriendo confianza con ella, lo que nos permitió ahondar más no solo en sus síntomas y quejas^{6,7}, sino también en los problemas que le estaban causando en relación con su ámbito familiar, social y laboral.

Nos reveló que meses antes su mejor amiga había muerto de forma repentina por la noche, acontecimiento que le marcó psíquicamente y que le hizo sentirse muy agobiada por la diversidad de síntomas que presentaba, lo que le hacía pensar que tenía una patología grave no diagnosticada que iba a provocarle la muerte de forma súbita mientras dormía en cualquier momento ("**como a mi amiga**"), impidiéndole conciliar el sueño ante cualquier mínimo síntoma que se notaba⁸. La actitud cada vez más depresiva de nuestra paciente preocupaba mucho a su marido y a su madre, repercutiendo severamente en la situación familiar. Así, tras valorar en conjunto la clínica que manifestaba, el acontecimiento estresante narrado por ella, la situación socio-familiar en la que se encontraba, y en definitiva aplicando un **enfoque clínico integral** centrado en el médico y en la paciente^{9,10}, se le diagnosticó de un **trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo (F43.22)**^{11,12}. Esta enfermedad se presenta en el 5-20% de los pacientes de Atención Primaria, manifestándose a los tres-seis meses con síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un aconteci-

miento estresante psicosocial identificable. La expresión clínica de la reacción consiste en un acusado malestar, superior al esperable dado la naturaleza del estresante, y un deterioro significativo de la actividad.

PLAN DE ACCIÓN

En función al esquema propuesto por **Riegelman para la toma de decisiones terapéuticas**^{4,5} valoramos la efectividad de las medidas terapéuticas que íbamos a emplear, la seguridad de nuestras intervenciones teniendo en cuenta el riesgo-beneficio, los efectos adversos de los fármacos con sus interacciones y llevamos a cabo una decisión terapéutica en base a nuestros conocimientos y experiencias y teniendo en cuenta la opinión de nuestra enferma, con sus creencias y expectativas, entrando en un proceso de negociación⁶.

Con ello, la paciente comenzó tratamiento farmacológico con antidepresivos (Sertralina 50 mg diaria) y terapia psicológica por parte de Salud Mental basada en el consejo asistido de forma escalonada mediante aceptación del hecho, experiencia compartida del dolor y de la pena, reorganización del sistema familiar y de la vida cotidiana, reinterpretación positiva del suceso, establecimiento de nuevas metas y búsqueda de apoyo social¹²⁻¹⁴.

EVOLUCIÓN

La paciente acudía de forma regular a nuestras revisiones llevando un buen cumplimiento terapéutico y evidenciando una gran mejoría clínica que fue favorecida por el apoyo emocional y afectivo por parte de su familia. Todo ello demuestra que las intervenciones realizadas durante el proceso de toma de decisiones han sido las correctas y expone la aplicación que este caso tiene para la Medicina Familiar y Comunitaria basándose en la importancia que tiene por nuestra parte un buen seguimiento de nuestros pacientes englobando sus visitas en un conjunto, lo que nos ayuda a detectar rápidamente problemas de salud que están influyendo a su entorno familiar y social.

CONCLUSIONES

1. Razonamiento y método clínico centrado en el paciente. En relación al desarrollo de este caso clínico, uno de los aspectos más importantes a tener en cuenta es la importancia de la *toma de decisiones en el ámbito de la Atención Primaria* mediante un proceso de razonamiento clínico que se define como **método clínico centrado en el paciente**^{9,10,15,16}, donde el médico tiene que comprender no sólo la enfermedad, sino también al paciente. Hay que resaltar que la relación médico-paciente ha sufrido importantes cambios en los últimos años, pasando de un modelo paternalista y autoritario tradicional a considerar la libertad del paciente y de su familia para negociar en la práctica médica. Así la consulta centrada en el paciente, *en contraposición a la centrada en el médico*, hace referencia a un tipo de consulta donde se tienen en cuenta los problemas del paciente, sus opiniones, temores, posibilidades evolutivas, sentimientos y expectativas, y donde se le informa adecuadamente para que comprenda su enfermedad y su situación y con ello se haga responsable también de las decisiones a tomar para llegar a un acuerdo entre ambos.

Para desarrollar este método, hay que apreciar el valor de los datos procedentes de la anamnesis y la clínica, decidir las exploraciones complementarias que más información pueden aportarnos, y por último, decidir el tratamiento más adecuado considerando los beneficios frente a los riesgos para el paciente, y así lograr una satisfactoria evolución. La clave de este método es conseguir que el paciente transmita la *mayor información* posible, incluyendo la expresión de sus sentimientos; por lo que será crucial por parte del médico la escucha activa, tanto de los datos objetivos como los subjetivos referidos por el paciente, teniendo en cuenta el escaso tiempo con el que contamos en la mayoría de nuestras consultas.

2. Motivo/Razón de consulta. Lo primero que hay que resaltar es el *motivo de consulta* real^{6,7} por el que nuestra paciente acudía de forma reiterada. En el ámbito de la Atención Primaria el médico de familia tiene que atender a pacientes que asisten con variados motivos de consulta que en la mayoría de las ocasiones son síntomas y signos mal definidos que ocultan el problema real de asistencia, que generalmente tiene además de una manifestación física, una afectación

psicológica y social¹⁷. Cuando el paciente acude a su médico de familia por primera vez suele presentar su problema de una forma fragmentada e indirecta, haciendo su propia explicación de su dolencia. Como sucedió en nuestro caso, la paciente acudió en varias ocasiones a consulta programada y de urgencias con motivos de consulta muy diversos¹⁸, revelando con el tiempo su principal problema “enmascarado” en su sintomatología: la preocupación por el acontecimiento vital estresante sucedido a su mejor amiga los meses anteriores, hasta el punto de obsesionarse tanto que ella pensaba que también se moriría de forma repentina. Para llegar a la *razón de consulta real* de nuestra paciente se realizó una escucha activa y continuada en el tiempo, recogiendo todos los motivos de consulta y averiguando cuál era el motivo más importante que le había llevado a consulta, logrando así una adecuada relación médico-paciente⁶. Tuvimos que interpretar su dolencia para entender su problema, para ello fue necesario descubrir cuál era el significado de toda su sintomatología e incluir en el razonamiento clínico sus preocupaciones y las repercusiones que el problema estaba teniendo en su entorno familiar y social.

3. Incertidumbre. Otro punto que hay que destacar en el proceso de toma de decisiones diagnósticas de la enfermedad es el uso de determinadas herramientas, como es la realización de *pruebas complementarias*: es muy importante saber sus indicaciones, valorar el riesgo-beneficio para el paciente, los recursos económicos, y hay que tener en cuenta si van a disminuir nuestra incertidumbre en el diagnóstico y si los posibles resultados van a modificar las decisiones a tomar¹⁹. Además, una ventaja que tiene el médico de familia es que su relación con el paciente tiene un carácter continuado, por lo que el empleo de la evolución en el tiempo para validar algunas de nuestras hipótesis puede servirnos como herramienta diagnóstica y ahorrarnos la realización de pruebas innecesarias en determinadas situaciones, siempre y cuando no conlleve riesgos injustificados para el paciente. Pero un inconveniente importante es que muchas veces los pacientes exigen la realización de exploraciones complementarias, que hacemos potenciando así la medicina defensiva. En nuestro caso, a la paciente se le realizaron analíticas y pruebas de imagen en los distintos servicios, de las cuales alguna fue innecesaria ya que no aportó

información concluyente al diagnóstico, quizás motivado por un modelo arcaico cuyo método consiste en descartar lo biológico para centrarse en lo psico-social.

4. Bidireccionalidad. Una vez realizado el diagnóstico, es muy importante llegar a la *comprensión de la situación del paciente*⁶. Para ello debemos dar sentido al caso explicándole al paciente de forma clara y comprensible el por qué de sus síntomas y relacionar su problema con su contexto socio-familiar. En nuestro caso, la paciente estaba muy asustada pensando que iba a morir de forma repentina como su amiga, por lo que ante el mínimo síntoma acudía rápidamente al Centro de Salud. Tuvimos que explicarle sus temores y razonar con ella su situación haciéndole entender que todas sus manifestaciones clínicas eran el resultado del acontecimiento estresante sucedido, y que por ello le causaban malestar y un deterioro de su actividad.

5. Derivación a otra especialidad. Otro dato a resaltar es la decisión de *derivar al paciente a otro especialista*. En este punto hay que destacar principalmente la idoneidad del momento en el que se deriva, no siendo excesivamente pronto para poder llegar a profundizar en el problema de nuestros pacientes y sabiendo cuales son las indicaciones de derivación¹². En nuestro caso, la paciente presentaba un trastorno del estado de ánimo importante por lo que la derivación fue correcta, pero tendríamos que haber ahondado más en su acontecimiento vital estresante previamente.

6. Terapéutica y medicina basada en la evidencia. El siguiente punto a resaltar una vez formulado y razonado con la paciente el diagnóstico es decidir de forma conjunta un plan de manejo que conlleve la mejor *terapéutica*^{4,5,19}. Habitualmente la decisión está guiada por experiencias previas con anteriores enfermos; sin embargo, la decisión debe ser muy meditada, resultado de un proceso de elaboración científica que evalúe los potenciales beneficios frente a los posibles riesgos, la eficiencia y la efectividad, la empatía, el sentido común, la ética y el tiempo. Es importante recalcar que la terapéutica no se aplica a una enfermedad concreta, sino a una persona enferma, entendida como una globalidad orgánica y psíquica en el que también hay que tener en cuenta su entorno familiar, social y laboral^{8,13}.

7. Toma de decisiones compartida. Por otro lado, en la actualidad nuestros pacientes cada vez reclaman más y mejor información, que se les facilite su comprensión y que se les haga partícipes al elegir un tratamiento²⁰. Para ello el **método clínico centrado en el paciente** es clave, pues el médico una vez que informa de una forma clara y comprueba su comprensión, lleva a cabo una *toma de decisiones compartida*, buscando acuerdos sobre la naturaleza del problema y la estrategia a seguir y así hacer al paciente capaz de responsabilizarse de su propia salud. En nuestro caso, en las primeras consultas nuestra paciente afirmaba insomnio de conciliación que le imposibilitaba su actividad laboral, por lo que se le prescribió una benzodiazepina sin ahondar en el tema. Con el tiempo y tras tomar más confianza con ella, supimos el motivo real de su insomnio y se le modificó el tratamiento con un antidepresivo tipo ISRS¹⁵.

8. La familia. Finalmente, otra cuestión importante a tener en cuenta en la comunicación de los resultados y la negociación del plan de actuación con el paciente, es que también hay que contar con la participación de *su familia y el entorno socio-laboral*, sabiendo cual es el impacto que la enfermedad está ejerciendo sobre ella, sus peticiones y preocupaciones^{1,13,14}.

BIBLIOGRAFÍA

- De la Revilla L. Bases teóricas, instrumentos y técnicas de la Atención Familiar. Las Gubias (Granada): Adhara; 2005.
- Holmes TS, Rahe RH. The social readjustment rating scale. J. Psychosomatic Research 1976; 11:213-218
- Ian R. MacWhinney. Medicina de Familia. Barcelona: Mosby/Doyma; 1994.
- Riegelman RK. Minimizing medical mistakes: The art of medical decision making. Boston: Little Brown and Co; 1991.
- Torío Durantez J, García Tirado M^oC. Razonamiento clínico. En: Casado Vicente V. Tratado de Medicina Familiar y Comunitaria. Barcelona: semFYC ediciones; 2007. p. 5-23.
- Borrell Carrió F. Entrevista clínica. Manual de estrategias prácticas. Barcelona: semFYC ediciones; 2004.
- Boxó Cifuentes JR, Alcaine Soria FL. Caracterizar la consulta sobre problemas psicosociales: ¿Queja o demanda? Med fam Andal. 2011; 1: 74-81.
- Echeburúa E, de Corral P. Intervención en crisis en víctimas de sucesos traumáticos: ¿cuándo, cómo y para qué? Psicología Conductual. 2007; 15(3): 373-387.
- Levenstein JH, McCracken EC, McWhinney IR, Stewart MA, Brown JB. The patient-centered clinical method. A model for the doctor-patient interaction in family medicine. Fam Pract. 1986; 3(1): 24-30.
- Stewart M, Belle-Brown J, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam C, Freeman TR. Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1995.
- Trastornos adaptativos. En: DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson SA; 1995. p. 639-43.
- Junta de Andalucía. Ansiedad, Depresión, Somatizaciones: Proceso Asistencial integrado. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud; 2011.
- Neumeyer-Gromen A, Lampert T, Stark K, Kallischnigg G. Disease management programs for depression: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Med Care. 2004; 42(12): 1211-21.
- Fernández Alonso MC, Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol R, Chocrón Bentata L, García Campayo J, Montón Franco C, et al. Prevención de los trastornos de la salud mental. Grupo de Salud Mental del PAPPs. Aten Primaria. 2012; 44 (Suppl 1): 52-6. doi: 10.1016/S0212-6567(12)70014-8.
- Ruiz-Azarola A, Perestelo-Pérez L. Participación ciudadana en salud: formación y toma de decisiones compartida. Informe SESPAS 2012. Gac Sanit. 2012; 26(S): 158-161.

16. Jani B, Bikker AP, Higgins M, Fitzpatrick B, Little P, Watt GCM, et al. Patient centredness and the outcome of primary care consultations with patients with depression in areas of high and low socioeconomic deprivation. *Br J Gen Pract.* agosto de 2012; 62(601): e576-581.
17. Grover S, Kate N. Somatic symptoms in consultation-liaison psychiatry. *Int Rev Psychiatry.* 2013; 25(1): 52-64.
18. Montero Monterroso JL, Pérula de Torres LA, Larrea Barroso MJ. Mareo y su relación con la ansiedad y la depresión en un servicio de urgencias de atención primaria. *Aten Primaria.* 2006; 38: 200-5.
19. Straus SE, Richardson WS, Glasziou P, Haynes RB. *Evidence-based Medicine: How to Practice and Teach EBM.* Fourth Edition. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2010.
20. Fowler FJ Jr, Gerstein BS, Barry MJ. How patient centered are medical decisions?: Results of a national survey. *JAMA Intern Med.* 2013; 173(13): 1215-21.

Figura 1. Genograma familiar.

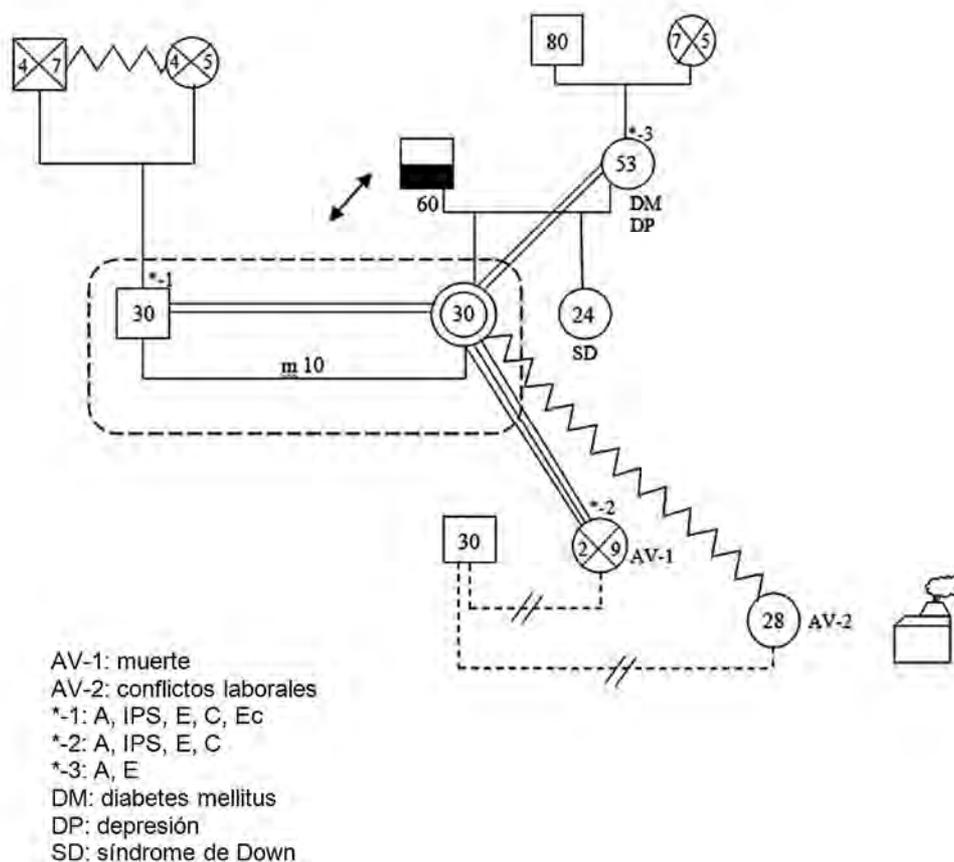


Tabla 1. Patobiografía (Tabla de flujo-tiempo).

FECHA	MOTIVO DE CONSULTA	LOCALIZACIÓN	EXPLORACIÓN
Enero	Cuadro vertiginoso	Urgencias	Neurológica N
Febrero	Palpitaciones, disnea, parestesias	AP	Neurológica y Ecg N
Marzo	Mejoría con clorazepato dipotásico	AP	
Principios de Junio	Inestabilidad y parestesias	Urgencias	Neurológica. N
Mediados de Junio	Tos y dolor de garganta	AP	Faringe eritematosa
Finales de Junio	Dolor HCI	Urgencias	Abdomen N
Al día siguiente	Derivación a Salud Mental	AP	
Mediados de Julio	Cuadro de ansiedad	S. Mental	Psíquica alterada
Finales de Julio	Hipoestesis y vértigos	Urgencias	Neurológica N
Principios Agosto	Mareos nocturnos	Urg. ORL	Neurológica N
Mediados Agosto	Revisión	S. Mental	Psíquica alterada
Finales de Agosto	Dolor y bulto en mama	Urgencias	Eco mamaria + PAAF
Principios Octubre	Mareos nocturnos	Urg. ORL	Neurológica N
Mediados Octubre	Resultado Eco mama + PAAF	AP	Fibroadenoma
Finales de Octubre	Revisión	S. Mental	Psíquica alterada
Noviembre	Epigastralgia y náuseas	AP	Abdomen y analítica N
Diciembre	Revisión	AP	

Tabla 2. Ciclo Vital Familiar. Clasificación de la OMS modificado por De la Revilla.

ETAPA	Desde	Hasta
I - Formación	Matrimonio	Nacimiento del primer hijo
IIA - Extensión	Nacimiento del primer hijo	El primer hijo tiene 11 años
IIB - Extensión	El primer hijo tiene 11 años	Nacimiento del último hijo
III - Final de la extensión	Nacimiento del último hijo	El primer hijo abandona el hogar
IV - Contracción	El primer hijo abandona el hogar	El último hijo abandona el hogar
V - Final de la contracción	El último hijo abandona el hogar	Muerte del primer cónyuge
VI - Disolución	Muerte del primer cónyuge	Muerte del cónyuge superviviente

Tabla 3. Términos equivalentes en las clasificaciones de la OMS modificada y Duvall y Medalie.

Modelo de la OMS modificado por De la Revilla	Modelo de Duvall y Medalie
Etapa I	Nido sin usar
Etapa I	Pareja que espera un hijo
Etapa IIA	Familia con hijos pequeños
Etapa IIB	Familia con adolescentes
Etapa IV	Familia lanzadera
Etapa VI	Nido vacío

Tabla 4. Cuestionario Apgar familiar.

	Casi nunca (0 puntos)	A veces (1 punto)	Casi siempre (2 puntos)
¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?			
¿Discuten entre ustedes los problemas que tienen en casa?			
¿Las decisiones importantes se toman en conjunto?			
¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted permanecen juntos?			
¿Siente que su familia le quiere?			

≥7 puntos: familia normofuncional.

4-6 puntos: disfunción familiar leve.

≤3 puntos: disfunción familiar grave.

ARTÍCULO ESPECIAL

Los médicos especialistas: trámites de la primera cita en el centro de salud

Rojas Bruno IM^a

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

INTRODUCCIÓN

Las primeras citas para especialistas se gestionan desde los centros de salud. Están reguladas en el Decreto 128/97 de 6 de mayo, de libre elección de médico especialista y de hospital en el Sistema Sanitario Público Andaluz (BOJA 24/05/97, nº60)[1]. Cuando el paciente es derivado al especialista por el facultativo, el usuario es quien presenta la solicitud en la unidad administrativa para su trámite. Las posteriores citas, revisiones e interconsultas, así como otras pruebas tramitadas por el médico especialista[2], son asignadas por el área de consultas externas de los hospitales.

Las agendas de citas pueden encontrarse abiertas, cerradas o bloqueadas, y las especialidades se dividen según su agrupación tradicional en clínicas, quirúrgicas y médico-quirúrgicas y de laboratorio.

Existen otros tipos de pruebas y citas que se gestionan desde el centro de salud o unidad de gestión clínica, algunas de ellas son: retinopatías, maxilofacial, odontología, ecografía 12 semanas de embarazo, libre elección de médico especialista, mamografías, TAC craneal, etc.

La función administrativa en todos ellos engloba, además de los trámites habituales, citar o diferir la solicitud, con la lógica comprobación

de datos, solventar aquellas otras situaciones que en un principio no se observan pero que van apareciendo según comienza el proceso, o bien, aclarar citas que presentan irregularidades, como por ejemplo fecha no vigente, citas anuladas sin que se haya informado al paciente, citas asignadas pero que no constan en la agenda, tachadas y asignadas a la vez, etc. Todas ellas pueden ser resueltas y como consecuencia solucionadas.

SUJETOS Y MÉTODOS

El estudio evidencia mediante un muestreo aleatorio simple, las actuaciones administrativas que resultaron muy representativas de aquellas que tramitaron los administrativos. Se contabilizaron las gestiones del centro de salud durante dos meses, de mayo a junio 2012, y fueron las siguientes:

- Los especialistas[3] mayormente demandados.
- Las solicitudes resueltas favorablemente con asignación de cita en el momento de la tramitación.
- Aquellas citas anuladas por el hospital o paciente, recibidas por correos fuera de plazo, error en datos, etc.
- Las peticiones diferidas por encontrarse las agendas cerradas.

El hecho de que las citas para especialistas[4] fuese una de las mayores reclamaciones del trabajo administrativo en el centro de salud, quedó patente en el resultado, entre ocho y quince citas diarias, con un total de 520 gestiones, que correspondió al 100% del muestreo.

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 3-10-2013; aceptado para publicación el 16-02-2014
Med fam Andal. 2014; 1: 86-89

RESULTADOS

Los resultados desprendidos del examen sobre la muestra de 520 derivaciones (100%) del facultativo de Atención Primaria, revelaron estos datos:

- Se eligieron por orden de mayor derivación las cuatro muestras, principalmente demandadas de médicos especialistas, siendo seleccionadas las especialidades[5] de traumatología 114 (22%), dermatología 99 (19%), oftalmología 83 (16%), y ginecología 73 (14%). A continuación de estas destacaron, aunque en menor medida, las peticiones para el cardiólogo, otorrino, neurólogo, urólogo y alergólogo[6], sumando todas ellas el 100% muestreado (**Figura 1**).
- Las solicitudes con cita (**Figura 2**), es decir con finalización satisfactoria para el usuario correspondieron a 156, el 30% de la muestra. En cambio de 270 gestionadas, el 52% pasaron a "diferidas" por el administrativo, cuyo hecho significó que el paciente esperó un máximo de 60 días para la recepción de la cita, vía correos o teléfono. Para concluir, un 18%, 94 peticiones no pudieron gestionarse inmediatamente, porque contenían datos erróneos, (nombre, apellidos, D.N.I., N.I.E, dirección, teléfono, especialista, o situación sanitaria entre otros), o estaban caducadas, bien porque el plazo de presentación había transcurrido, o porque llegó fuera de plazo por correos (**Tabla**).

DISCUSIÓN

Las gestiones de primeras citas para especialistas[7] pueden en principio parecer un simple y sencillo trámite, pero si el procedimiento se va complicando por diversos motivos, puede llevar al administrativo a efectuar desde un simple cambio de datos o una llamada, hasta modificaciones importantes que puedan suponer paralizar, momentáneamente, el proceso para subsanar errores tan considerables como la ausencia de asistencia sanitaria, que registre un "pasivo" en la Base de Datos del Usuario (BDU), cambios en tesorería, o bien mínimos, como el hecho de que una solicitud esté caducada y de lugar a la creación de una nueva.

Cuando el usuario se presenta en la unidad administrativa para obtener su cita, exceptuando aquellos que ya asistieron en otras ocasiones, cree que se le va a facilitar en varios días, pero eso no es real, salvo casos en los que el administrativo pueda "rescatar" citas anuladas de otros pacientes, aperturas de nuevas agendas cercanas en el tiempo, o bien que algunas especialidades tengan citas inmediatas, aunque esto ocurre en contadas ocasiones.

Otro error por parte del usuario es pensar que el administrativo del centro de salud se ocupa de abrir agendas y citas, cuando realmente lo realiza consultas externas en el hospital. Esto puede estar derivado por la falta de información y llevar a malentendidos.

El paciente prefiere una cita aunque sea lejana en el tiempo, a una diferida, ya que esto último supone esperar y añadir la inseguridad de no recibirla.

No quedó claro en el estudio el hecho de que en ocasiones el servicio de consultas externas del hospital abra agenda internamente y en ese momento el administrativo del centro de salud al localizar la cita libre, opte por seleccionarla para el paciente al que está atendiendo.

Teniendo en cuenta que las citas a especialistas constituyen una parte muy importante del trabajo administrativo, resulta interesante aclarar que no se trata sólo de citar o diferir la solicitud, si no verificar los datos del paciente en la BDU, e indicar la fecha de entrada en la unidad, y realizar en su caso las modificaciones oportunas.

Quedan pendiente de estudio las derivaciones de niños y adultos, con volante firmado y sellado por el facultativo de Atención Primaria, detallando el facultativo minuciosamente el diagnóstico, los datos del paciente, y las libres elecciones de especialistas, siempre y cuando estén ofertadas.

En el estudio resaltaron (**Figura 1**) los principales especialistas demandados en el área "Algeciras-Sur, Saladillo", y aunque los porcentajes sobre la muestra estaban bastante igualados, la derivación a traumatología es la especialidad predominante.

BIBLIOGRAFÍA

[1] 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

[2] Real Decreto 127/1984, de 11 de enero, por el que se regula la formación médica especializada y la obtención del título de médico especialista. Boletín Oficial del Estado 1984; 26: 2524-2528.

URL:<http://www.boe.es/boe/dias/1984/01/31/pdfs/A02524-02528.pdf>

[3] García Olmos L, Gervas Camacho J. Reformas organizativas en la relación entre médicos generales y especialistas: impacto sobre la demanda derivada. Aten Primaria. 2010; 42(1):52-6.

[4] Pérez Lahuerta C. Especialidades médicas: cuántas y cuáles (I).1999. URL:

<http://ortopedia.rediris.es/tribuna/art16.html>

[5] Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. Boletín Oficial del Estado 2008;45: 10020-10035. URL:<http://www.boe.es/boe/dias/2008/02/21/pdfs/A10020-10035.pdf>

[6] Ley 44/2003 de 21 de noviembre de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. Boletín Oficial del Estado 2003; 280: 41442-58.

URL:<http://www.boe.es/boe/dias/2003/11/22/pdfs/A41442-41458.pdf>

[7] García Olmos L, Gervas Camacho J, Otero A, Pérez Fernández M. La demanda derivada: un estudio de la relación entre médicos generales y especialistas. Rev San Hig Púb. 1994; 68(2):267-78.

Figura 1. Médicos Especialistas mayormente demandados en la U.G.C Algeciras-Sur.

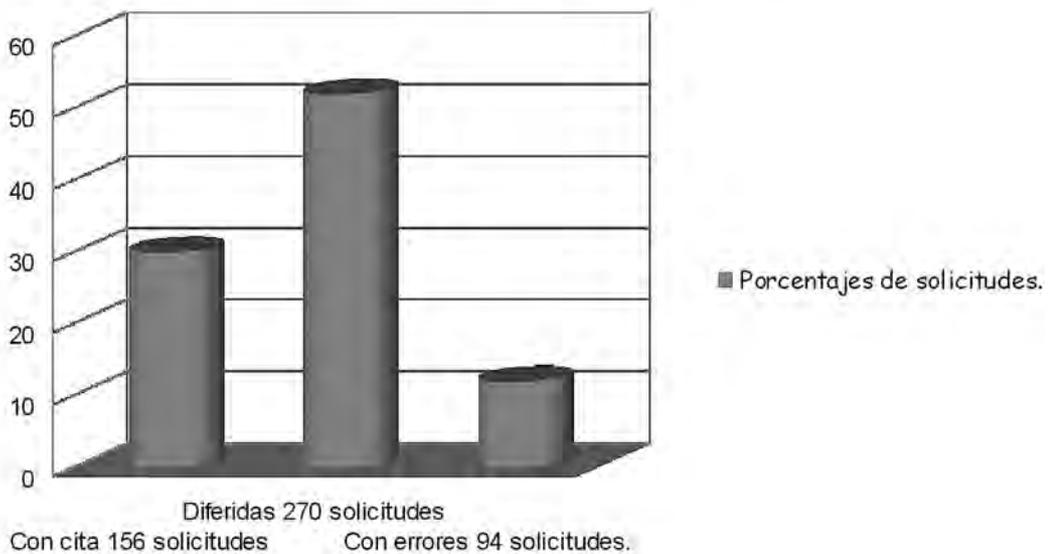


Figura 2. Solicitud de cita para especialista.

FIRMA DEL FACULTATIVO SOLICITANTE				
Datos del Usuario				
Apellidos y Nombre	DNI	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> H	Fecha de Nacimiento	NUHSA
Datos de la Solicitud				
Apellidos y Nombre del facultativo solicitante				
Centro de Procedencia			CNP	Clave Médica
Tipo de Cita Solicitada	Carácter	Fecha de Solicitud		
Primera consulta procedente de AP				
Pertenece al proceso		Traslado en ambulancia		
Datos de la Cita Solicitada				
UGC/Servicio-Especialidad		Unidad		
Datos Clínicos				
Motivo de la Consulta:				
Juicio Clínico		Código	Diagnóstico	
Informe de Derivación				
ALERGIAS Y CONTRAINDICACIONES (Sin datos)				
PROBLEMAS CLÍNICOS DEL USUARIO (Sin datos)				

Tabla.

Citas de especialistas.
520 solicitudes gestionadas 100%



CARTAS AL DIRECTOR

Importancia del consentimiento informado en cicatrices inestéticas tras realizar cirugía menor

Sr. Director:

Los queloides son lesiones de la piel formadas por crecimientos exagerados del tejido cicatricial en el sitio de una lesión cutánea que puede ser producida por incisiones quirúrgicas, heridas traumáticas, vacunación, quemaduras, varicela, acné, radiación, piercings, pequeñas lesiones o arañazos (4). Los queloides no se aplanan ni se hacen menos visibles con los años (todo lo contrario que las cicatrices hipertróficas). El queloide tiene capacidad de extenderse en superficie, mientras que las cicatrices hipertróficas se extienden en grosor, sin superar los límites de la lesión originaria (2). Los queloides extensos pueden limitar la movilidad de las manos, pies o extremidades, además de causar problemas estéticos.

La cirugía estética tiene una función social absolutamente definida porque contribuye a corregir defectos corporales, rejuvenecer físicamente al paciente, entre otras cosas por lo que juega un papel fundamental en la apariencia del individuo como ser bio-psico-social. Hay que considerar que los rasgos característicos de la apariencia física pueden generar una serie de trastornos psicológicos suscitando una depresión en la autoestima tanto antes de someterse a la cirugía como tras los resultados de la cirugía.

En cirugía estética, el consentimiento informado es imprescindible, ya que pone en evidencia la autonomía del paciente, lo cual es un derecho fundamental del paciente, y también una exigencia ética y legal para el personal sanitario (5). Es un presupuesto de la *lex artis* y, por lo tanto, un acto clínico, cuyo incumplimiento puede generar responsabilidad. Se trata de una de las máximas aportaciones que el derecho ha realizado a la medicina. Debe prestarse antes del acto médico y es revocable sin formalidad alguna. Aunque en la mayor parte de los casos el consentimiento es oral, existe una tendencia a documentarlo por

escrito. El derecho del paciente a la autodeterminación y el respeto a su libertad son factores preponderantes a considerar en la relación personal sanitario-paciente, en tal forma que el derecho a la información es una manifestación concreta del derecho de la protección a la salud y, a su vez, uno de los derechos de la personalidad. En definitiva, es un proceso gradual que tiene lugar en el seno de la relación sanitario-usuario, en virtud del cual el sujeto competente o capaz recibe información comprensible por parte del sanitario, que le capacita para participar voluntaria, consciente y activamente en la adopción de decisiones respecto al diagnóstico y tratamiento de su enfermedad.

El objeto del consentimiento informado lo constituye el tratamiento médico-quirúrgico ajustado a la "*lex artis ad hoc*" y con los riesgos que le son inherentes, pero no comprende el resultado que es aleatorio, dada la incidencia en el mismo de múltiples factores endógenos y exógenos, ajenos al actuar de los facultativos intervinientes y que pueden truncar el fin perseguido; por lo que los sanitarios le informamos al paciente de todas aquellas circunstancias que puedan incidir de forma razonable en la decisión a optar o no por la cirugía, sobre la forma (medios) y el fin del tratamiento médico, señalándole el diagnóstico de su proceso (fibroma), su pronóstico (benigno) y las alternativas terapéuticas que existen, con sus riesgos (infección local, reacción alérgica a anestésico tópico, cicatriz inestética o dolorosa, reaparición de nuevo fibroma...) y beneficios, así como la posibilidad de llevar a efecto el tratamiento tras las complicaciones de la cirugía (1). Por lo tanto, la extensión de la validez y eficacia que alcanza el consentimiento del paciente depende hasta donde haya sido informado el mismo.

Cuanto menos necesario sea un tratamiento, más rigurosa ha de ser la información, debiendo ser extrema en las intervenciones de cirugía estética que son cirugías voluntarias.

Hay distintos factores que deben ser considerados para determinar el contenido del deber de información del personal sanitario: unos de carácter subjetivo y otros objetivos. En los criterios subjetivos deben ponderarse: nivel cultural, edad y situación personal, familiar, social y profesional del paciente. En los de carácter objetivo, deben evaluarse: urgencia del caso, necesidad del tratamiento, peligrosidad de la intervención, novedad del tratamiento, gravedad de la enfermedad y posible renuncia del paciente a recibir información. En este sentido, cuanto más urgente es una intervención médica, menor precisión es exigible en la información del sanitario a suministrar al paciente.

Es recomendable establecer criterios claros para la admisión de pacientes que acuden a solicitar los servicios de cirugía estética. Se debe buscar los factores de personalidad que acrecientan el deseo de mejorar físicamente. Una persona inteligente que sepa escuchar y entienda con claridad los pros y los contras, es un buen candidato. Individuos que presentan un problema físico objetivo, acerca del cual tienen un interés razonable, pero no neurótico, son buenos candidatos. Personas cuyo trabajo le exige un aspecto de bienestar y dinamismo, que debe competir con personas más jóvenes también es un buen candidato.

El momento del consentimiento informado debe ser aprovechado por el personal sanitario para detectar cuadros psicológicos importantes en el paciente que puedan afectar el resultado del procedimiento o reaccionar por el no cumplimiento de expectativas no ofrecidas, y el considerar la no realización del procedimiento en pacientes problemáticos (6). En este punto se establece la antigua relación médico-paciente de respeto y confianza mutua, que seguramente se presta para una mayor tolerancia ante resultados insatisfactorios. Es importante reconocer la capacidad del paciente para entender la información que se le da, especialmente de los riesgos previstos a que se va a someter y si capta la importancia de su decisión, asumiendo las consecuencias de éstos.

Otro aspecto primordial es la evaluación emocional del paciente, prestando especial interés a pacientes con labilidad emocional, intolerantes a resultados que no llenen sus expectativas y generalmente poco colaboradores.

Cuando existen distintas alternativas terapéuticas, el personal sanitario no siempre determinará cuál es la mejor para un determinado paciente, por cuanto las personas poseen valores y objetivos que no siempre son coincidentes, en el sentido de que la elección no será indefectiblemente aquella que maximice la salud, sino la que promueva el máximo bienestar dentro de la escala de valores individual de cada persona, en tal forma que habrá casos en los que tratamiento y no tratamiento podrán considerarse alternativas aceptables y válidas, en función del proyecto vital de cada persona (3).

Tras aparecer el queloide en región de escote (Figura 1), el paciente recibió varias líneas de tratamiento en los primeros 4 meses. Se le aplicó apósitos de gel de silicona. Para intentar disminuir el espesor de la cicatriz se inyectó Acetato de Triancinolona. Pretendiendo reducir en dimensión y prevenir la aparición de nuevas lesiones se le cubrió con vendas de compresión. Actualmente se está sometiendo a sesiones de criocirugía (es un queloide pequeño de tamaño y se despigmenta la piel cuando se congela).



Figura 1. Cicatriz horizontal de 2,5 cm de longitud, coloración rosada, forma irregular y marcadamente elevada en región central de tórax en varón tras extirpación de fibroma (cirugía).

BIBLIOGRAFIA

1. Fernández LD, Soberanez GE, Diaz E. Consentimiento informado en medicina. *Acta Medica*, grupo ángeles. 2003; 3(1): 59–61.
2. Juckett G, Hartman-Adams H. Management of keloids and hypertrophic scars. *Am Fam Physician*. 2009; 80(3): 253-260
3. Mayraforou A, Giannoukas A, Michalodimitrakis E. Medical litigation in cosmetic plastic surgery. *Med Law*. 2004; 23(3): 479-88.
4. Romanelli R, Dini V, Miteva M. Dermal Hypertrophies. In: Bologna JL, Jorizzo JL, Schaffer JV, et al, eds. *Dermatology*. 3rd ed. Philadelphia Pa: Mosby Elsevier; 2012. chap 98.
5. Simón P. Capacidad o Competencia. En: *El Consentimiento Informado*. España: Triacastela; 2000; 337-8.
6. Sturman ED. The capacity to consent to treatment and research: A review of standardized assessment tools. *Clin Psychol Rev*. 2005; 25: 954-974.

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

CARTAS AL DIRECTOR

Manejo del paciente hiperfrecuentador y de las inyecciones intramusculares en urgencias

Sr. Director:

La hiperfrecuentación de servicios de salud, como comportamiento individual ante una percepción de necesidad de atención en salud que se caracteriza por acudir frecuentemente y por iniciativa propia a las consultas externas y de urgencias de los servicios de salud, genera un exceso de procedimientos innecesarios, polifarmacia, citas médicas... Esta conducta es un problema para las familias y los servicios del sistema de salud. Uno de los requerimientos actuales es el manejo del paciente hiperfrecuentador o "consultador crónico", pero no se dispone de lineamientos claros para su abordaje.

El personal sanitario desde el inicio en su formación debe conocer y dominar la técnica de aplicación de inyecciones, las indicaciones, las contraindicaciones, y sobre todo, las complicaciones que pueden presentarse en el manejo de las mismas, para que en su papel de educador de la salud, sea el encargado de transmitirla a la sociedad (5).

Actualmente, la vía intramuscular es la más usada de todas las vías parenterales de los servicios de urgencias. Es sencilla y menos arriesgada que la vía intravenosa. La absorción es tan exacta como por vía intravenosa. Permite la administración de un abanico más amplio de preparaciones medicamentosas que la vía oral.

La inyección intramuscular consiste en la administración de medicamentos que, introducidos por vía parenteral, se depositan en el músculo para que éste, de forma fisiológica, lo absorba por medio de sus capilares sanguíneos (3).

Se emplea esta vía de administración con finalidad profiláctica y terapéutica cuando se pretende aplicar: medicamentos que proporcionan una acción general rápida, medicamentos que no existen para administrarse vía oral, medicamentos a

enfermos que no puedan deglutir, medicamentos que se alteran por los jugos digestivos, medicamentos irritantes para el aparato gastrointestinal o para vía subcutánea, aplicación de algunas vacunas, fármacos que se persiga una absorción lenta del mismo...

La principal ventaja de la vía intramuscular sobre otras vías parenterales es que los músculos presentan mayor irrigación sanguínea y menor número de fibras nerviosas (la absorción del fármaco es casi completa). Los trastornos gastrointestinales no afectan al medicamento y el paciente no necesita estar consciente para recibir el medicamento. Esta vía está contraindicada en casos de insuficiencia circulatoria en los que se requiere un uso de medicamentos de urgencia y cuando el paciente está en tratamiento con medicación anticoagulante (2).

Las áreas para aplicación una inyección intramuscular más comúnmente utilizada en urgencias es la dorsoglútea porque permite un mayor volumen de fármaco para administrar (hasta 7 ml), teniendo especial precaución con el nervio ciático. La segunda área en frecuencia es la ventroglútea que permite la administración de un volumen de hasta 5 ml (4).

Si se deben aportar dosis de fármacos mayores de 5 ml, hay que fraccionar a la mitad de la dosis e inyectar en sitios distintos.

En caso de ser necesario la aplicación de inyecciones repetidas, debe alternarse el sitio de la punción; cuando se regrese al primer sitio, la punción estará por lo menos a 2,5 cm del sitio donde se inyectó antes, con el fin de evitar que se formen depósitos de fármaco sin absorber, abscesos o fibrosis (1).

Además de esta forma, se concientia al paciente hiperfrecuentador del número de fármacos que se le está administrando.

Si se hace un uso excesivo de esta vía hay más riesgo de que aparezcan posibles complicaciones como pueden ser: hipersensibilidad, síncope, "pseudociática del Piramidal" o síndrome del Piramidal o Piriforme, mala técnica de aplicación de la inyección (se deposita el medicamento en la grasa y no en el músculo; la grasa tiene muy poca o baja circulación, repercutiendo en permanezca por mucho tiempo y no se absorba ni se degrade el fármaco), absceso glúteo, granulomas calcificados, tinción local de la piel (por ejemplo al inyectar hierro), necrosis del tejido (tejido quemado por administrar un medicamento por vía intramuscular siendo éste inyectable por vía intravenosa), rotura de la aguja (por tener el músculo contraído), cristalización del fármaco (para evitarlo, el líquido de disolución ha de estar templado y en el cono una burbuja), lipodistrofia (reducción de la grasa subcutánea en las regiones inyectadas repetidamente; se evita rotando las zonas de la inyección), sangrado (en pacientes con problemas hematológicos cuyo riesgo de sangrado es mayor se debe tener especial cuidado en la presión posterior a la punción, y si es posible, buscar otra vía de administración del medicamento), equimosis y hematomas, lesión de fibras nerviosas (generalmente del nervio ciático y se produce por no utilizar las zonas adecuadas de punción intramuscular; el daño lo produce el fármaco y no la lesión traumática del nervio). En caso de que se presente, el enfermo experimentará dolor agudo inmediato a la inyección y déficit nervioso. Esta complicación se minimiza en riesgo no otorgándola a enfermos que tengan músculos hipotróficos o flácidos, o descartando inyectar el medicamento a un enfermo cuando manifieste dolor severo inmediato en el sitio de la punción, siendo necesario buscar otro sitio para su aplicación (6).

Merece especial mención las dos posibles complicaciones, como son:

- Depósito de fármaco no absorbido, sucede cuando no se alternan los sitios de inyección en enfermos que necesitan múltiples aplicaciones, puede llegar a formar abscesos y fibrosis, que deberán ser drenados o incluso tratados quirúrgicamente.
- Absceso estéril (acumulación localizada de células inflamatorias), aparece cuando

se inyectan medicamentos concentrados o irritantes en tejido subcutáneo, o en sitios donde no pueden ser absorbidos totalmente, los fagocitos tratan de retirar la sustancia extraña.

A modo de conclusión, la vía intramuscular está indicada cuando la enfermedad del paciente o las propiedades del medicamento excluyan la vía oral, ya que la vía oral debe ser siempre la primera opción para la administración de fármacos en pacientes hiperfrecuentadores, pacientes con patología crónica, enfermos psiquiátricos... es la más conveniente y en general es la más segura, la menos costosa y, por lo tanto, a la que hay que optar para que sea la más frecuentemente utilizada.

La vía oral presenta las ventajas de ser una vía fácil, cómoda, con capacidad de absorción para medicación y eliminación de fármacos mediante lavado gástrico. Los inconvenientes principales son la imposibilidad de administrar fármacos en pacientes inconscientes, la degradación de algunos fármacos y el paso a través del hígado (efecto de primer paso).

BIBLIOGRAFÍA

1. Bulechek GM, McCloskey JC, (Eds.). Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Versión en español de la cuarta edición de la obra en inglés, Nursing Interventions Classification (NIC). Madrid: Elsevier España SA; 2005. p. 145
2. Buxton ILO. Dinámica de la absorción, distribución, acción y eliminación de los fármacos (11ª ed). México: The McGraw-Hill. 2006. p. 7.
3. Craven RF, Hirnle CJ. Medication administration. In: Fundamentals of nursing: Human health and function. (4th ed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003. p. 513-574
4. Esteve J, Mitjans J. Enfermería. Técnicas clínicas. Madrid: McGraww-Hill. Interamericana; 2002.

5. Perry AG, Potter PA. Clinical nursing skills & techniques (5th ed). St. Louis: Mosby; 2002. p. 436-452,528-534.
6. Zimmerman P. Revisiting IM injection. ANJ. 2030; 110(2): 60-6.

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

CARTAS AL DIRECTOR

Sífilis y conflicto entre los principios de la bioética. Priorización de valores

Sr. Director:

-Nos encontramos con el caso de un varón de 33 años con sífilis genital primaria. Se trata de una enfermedad grave, cuya evolución, incluida la supervivencia, depende de un tratamiento e intervención sanitaria adecuada.

-En la primera parte de la entrevista clínica el paciente tiene un papel activo, hablando y expresando sus síntomas. En la segunda parte de la entrevista, comenta su preocupación por su patología, permanece callado, adopta un papel pasivo y contesta con monosílabos y frases cortas, desvía la mirada hacia el suelo, hace gestos de desacuerdo con la mirada y utiliza adaptadores (mirar su móvil). Finalmente, niega prácticas sexuales de riesgo, salvo que mantiene una relación con una señora casada; no quiere desvelar la identidad de su pareja sentimental. La relación la define unida y conflictiva y sin confianza para hablar sobre este problema.

-No se debe ir en contra ni incumplir los principios deontológicos, ajustados a la Lex Artis, de no maleficencia (nivel 1), autonomía (nivel 2), beneficencia (nivel 2) y justicia (nivel 1).

-Para el afrontamiento y resolución de este caso conflictivo, desde el punto de vista ético, realizamos una reflexión personal poniendo en orden los elementos del dilema ético, tratando de dar respuesta a estos cuatro principios básicos (3):

- Beneficencia: ¿qué nos parece lo mejor para el paciente?
- Autonomía: ¿qué quiere el paciente?
- No Maleficencia: los actos/actitudes terapéuticas que se toman con la finalidad de la recuperación del paciente, ¿conllevan consigo alguna implicación dañina?

- Justicia: ¿qué perjudicaría de forma grave a la sociedad/terceras personas?

-Se contempló la posibilidad de consultar a un Comité Asistencial o a la Comisión de Deontología de los Colegios de Médicos (son comisiones consultivas, al servicio de los profesionales y usuarios de una institución sanitaria, creadas para la resolución de los conflictos éticos. Son órganos meramente consultorios y no decisorios, por lo que su informe no supondría un dogma de actuación frente al dilema ético por el que se consultan (1)).

-Martha Craven Nussbaum afirmó que el desafío de la medicina es siempre el de conectar los deseos y necesidades más profundos del paciente con su sentido de lo que es más importante. Para considerar que se ha tenido éxito en la intervención sanitaria, se le debe conceder una vida que en definitiva aceptarán como una mejoría (6).

-El primer valor amenazado sería el de NO MALEFICIENCIA, no hacer el mal al otro: "primum non nocere" (favorecer o al menos, no dañar). No se debe realizar ninguna acción (diagnóstica, terapéutica ó intervención sanitaria) que provoque un perjuicio al paciente. Este principio se basa en el respeto a la vida.

-También hay que tener en cuenta y respetar la voluntad del paciente de no desvelar la identidad de su pareja, ya que está casada; haciendo uso del principio de AUTONOMÍA: respetando la libertad, la conciencia de la persona y derecho a la intimidad. Es importante recordar que la libertad de uno acaba donde empieza la libertad del otro. El paciente es libre de decidir acerca de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos a los que se quiere someter, con la responsabilidad que esto conlleva y previa información facilitada por el personal sanitario responsable; sin poner en peligro a la ciudadanía. Será tratado como ser autónomo y se le prestará especial protección; para ello aconsejaremos y nunca obligaremos.

-Preservando siempre el secreto profesional y la intimidad del paciente, actuaríamos según nuestro principio de BENEFICIENCIA. Debemos ser capaces de negociar (la oposición a identificar su pareja, la aceptación sin abandonar al paciente) y mantener una actitud de alerta con respecto a nuestras responsabilidades éticas. Se pretende buscar el mayor beneficio para el paciente en particular, consiguiendo el equilibrio entre riesgos y beneficios, incluyendo la prevención de la enfermedad. Como sanitarios debemos ser sensibles al sufrimiento del paciente, estableciendo una relación de ayuda y explicarle que tenemos el deber de socorrer y ayudar a todas las personas (5).

-Según el principio de JUSTICIA, trataremos a todos los pacientes por igual (equidad), sin discriminación alguna y con la misma consideración y respeto; evitando el daño a terceros y promoviendo el bien social. El paciente es una persona que sufre, o que al menos se siente necesitada de ayuda, evitando cualquier prejuicio que le pueda discriminar.

Los servicios de Atención Primaria son un dispositivo privilegiado de amplia cobertura y ejercen un papel clave en la prevención, diagnóstico precoz de enfermedades y contribución a la adherencia al tratamiento. Así desde AP debemos realizar las siguientes tareas:

- Ofrecer información sobre el tema y resolver sus dudas. La sífilis o lúes es una compleja enfermedad sistémica producida por la espiroqueta *Treponema pallidum*, en la que virtualmente todos los órganos pueden verse afectados, habiéndose llegado a definir como “la gran imitadora o impostora”. El contagio se produce tras contacto sexual con sujeto infectado durante la fase primaria y secundaria (30% de riesgo de contagio tras exposición sexual). El germen penetra en la piel (a través de una abrasión ó de piel/mucosa intacta), se multiplica, y, mediante la vía linfática o hemática, alcanza diversos órganos. El hombre es el huésped y vector natural de *T. pallidum*. Actualmente, la sífilis está íntimamente relacionada con la infección por VIH, incluso ambas infecciones pueden mutuamente potenciarse. La co-infección puede alterar la interpretación de las pruebas de cribado y de confirmación y condicionar el seguimiento posterior. El

período de incubación es alrededor de 28 días (límites 10-90 días). La clínica (historia natural de la enfermedad no tratada): la sífilis primaria (chancro sifilítico), lesión ulcerada, generalmente indurada, no dolorosa. Dura 1-6 semanas y se localiza preferentemente en pene y labios mayores, aunque un 5% pueden tener otras localizaciones, según las prácticas sexuales (puede simular la clínica de una fisura anal, pero con presencia de inflamación y adenopatías inguinales bilaterales). Cura espontáneamente (4).

El período asintomático es de 6 semanas a 6 meses, tras el cual puede aparecer: sífilis secundaria, sífilis latente (precoz, tardía), sífilis terciaria (neurosífilis, sífilis cardiovascular, gomas).

- Explicar la necesidad de detección y atención de personas con prácticas de riesgo para poder realizar un diagnóstico precoz e instaurar actividades de educación y promoción de la salud. Además de indagar en las vías de transmisión para poder detectar conductas de riesgo (interrogando sobre relaciones sexuales).
- Prestar atención a personas infectadas en coordinación con el centro hospitalario.
- Realizar seguimiento del paciente que se niega a realizar tratamiento.

En toda lesión ulcerosa anogenital se deben repetir los test serológicos a los 3 meses si fueron inicialmente negativos.

Todo paciente diagnosticado de sífilis debe ser investigado para VIH, y repetirse a los 3 meses en caso de negatividad inicial.

A todos los pacientes tratados se les debe repetir la exploración y la serología no treponémica a los 3, 6, 12 y 24 meses, o cada 6 meses hasta negatividad de la serología (2), o más frecuentemente, sobre todo en caso de coinfección por VIH.

En los pacientes que presentan clínica o aumento cuádruple de los títulos serológicos (o títulos inicialmente elevados, $\geq 1/32$, que no descienden a un nivel 4 veces menor a los 12-24 meses) debe considerarse reinfección o fracaso terapéutico, por lo que

deben ser re-tratados (se recomiendan 3 dosis a intervalos semanales de penicilina G benzatina 2,4 millones U im), aunque es preciso descartar previamente la presencia de neurosífilis mediante el estudio del LCR. Todo paciente con serología positiva sin constancia de un tratamiento adecuado en el pasado debe considerarse que tiene sífilis activa, y debe tratarse. Los pacientes asintomáticos y con VDRL o RPR negativos durante 1 año pueden ser dados de alta por curación.

Los pacientes con VIH concomitante y los no tratados con penicilina deben ser seguidos anualmente de por vida.

- Contribuir a la adherencia al tratamiento de nuestros pacientes. Tratar a las parejas sexuales de los últimos 90 días de un paciente diagnosticado de sífilis primaria, secundaria o latente precoz (deben considerarse posiblemente infectados, incluso si son seronegativos). El seguimiento debe ser ampliado a 2 años en parejas de pacientes diagnosticados de sífilis tardía.

BIBLIOGRAFIA:

1. Escribar A, Pérez M, Villarroel R. Bioética. Fundamentos y dimensión práctica. Santiago: ed. Mediterráneo; 2004.
2. Kingston M, French P, Goh B, Goold P, Higgins S, Sukthankar A, et al.; Syphilis Guidelines Revision Group 2008, Clinical Effectiveness Group. UK National Guidelines on the Management of Syphilis 2008. *Int J STD AIDS*. 2008; 19(11):729-40.
3. Lora P, Gascón M. Bioética: principios, desafíos, debates. Madrid: Alianza editorial; 2008.
4. Richens J. Donovanosis (granuloma inguinal). *Sex Transm Infect*. 2006; 82 Suppl 4:iv21-2.
5. Sgreccia E. Manual de bioética. I: Fundamentos y ética biomédica. Madrid: BAC; 2009.
6. Velayos Castelo C. Salud, enfermedad y felicidad. En: García Gomez-Heras JM (coord.), Velayos Castelo C (coord.). Bioética: perspectivas emergentes y nuevos problemas. España: ed. Tecnos; 2005. p. 62.

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

CARTAS AL DIRECTOR

Eficacia, efectividad y eficiencia de una exploración física básica en Atención Primaria para detección de disimetrías

Sr. Director:

Una exploración física elemental en atención primaria, ha demostrado una vez más, que es útil para el diagnóstico precoz de posibles patologías, evitando un consumo innecesario de recursos sanitarios, riesgos, derivaciones, radiaciones ionizantes; aumenta la rentabilidad del uso de pruebas de imagen y el grado de satisfacción del paciente, fomenta la confianza en la relación equipo atención primaria y paciente...

Para la detección de una disimetría es necesario valorar al paciente en:

-Bipedestación: en el plano frontal se observará si existe desviación lateral de la cabeza, altura de hombros, presencia de escoliosis (4), simetría o nivel de la cintura escapular y pélvica, pliegues subescapulares, simetría en pliegues glúteos, huecos poplíteos, distancia intercondílea (siempre es patológico), distancia intermaleolar (será normal hasta 5 cm) y posición del retropié. En el plano sagital se buscarán desviaciones anteroposteriores de la cabeza, antepulsión/retropulsión escapular y/o pélvica, adelantamiento de un miembro respecto al contralateral, presencia de genu flexum o genu recurvatum (2).

-Decúbito supino: en esta posición se valoran la disimetría real y/o funcional (aparente). Previo a la medición se descontractura la musculatura para que no falsee los resultados. En el caso de observar una disimetría se realiza la maniobra de *Galeazzi-Ellis* para identificar si la disimetría es debida al fémur o a la tibia (3).

-Dinámica: principalmente realizamos un análisis de la marcha. Básicamente hemos de identificar que la fase de apoyo o choque del talón debe ser en ligero varo. En la fase de medio apoyo no debe existir inestabilidad ni derrumbe del arco longitudinal interno del pie. La fase de despegue debe realizarse por el primer dedo para una eficaz propulsión (1).

La pronación de la ASA (articulación subastragalina) implica un aumento en el rango de movimiento del resto de articulaciones del pie. Esta circunstancia se da tras la fase de apoyo del talón, de este modo el pie al contactar con el suelo tiene mayor libertad para amoldarse al terreno. Por el contrario, la supinación de la ASA produce una relativa rigidez en las articulaciones del pie, este hecho es necesario para una correcta y eficaz propulsión del pie, actuando como palanca rígida. Por lo tanto, en el apoyo del talón, la ASA muestra una posición supinada que va pronando hasta que contacta todo el pie y después comienza a supinar antes del despegue del talón, para facilitar el momento propulsivo en la fase de despegue (6).

Nos encontramos en la consulta de atención primaria con un varón con 70kg de peso y 1,76 m de estatura. Es estudiante y practica dos veces en semana actividad física deportiva. No tiene antecedentes personales traumáticos, pero sí presenta antecedentes familiares de disimetrías y escoliosis en abuela y tía. Utiliza calzado deportivo habitualmente y calza el número 43. Su fórmula digital es un pie griego y la fórmula metatarsal, index minus.

El paciente explica que está diagnosticado de una disimetría de 1.5 cm, siendo el miembro inferior izquierdo el más largo. Aporta radiografía en proyección AP (anteroposterior) y lateral de MMII (miembros inferiores), radiografía AP y lateral de columna vertebral y telemetría de MMII. En la telemetría se observa que el íleon izquierdo está más elevado que el derecho; en cambio, a nivel de cóndilos femorales no se observa disimetría. En la radiografía de columna vertebral se objetiva una doble curva escoliótica compensada.

El médico traumatólogo que lo ha tratado, le ha prescrito un alza de 1 cm (Figura 1) en el miembro más corto. Aun así, siente dolor durante la actividad física y cierta cojera.

Según todos los datos recogidos, nos avalan y apoyan el diagnóstico de dismetría. Antes de la exploración, se espera encontrar como compensación de la dismetría, el pie del miembro más corto supinado (en este caso el pie derecho) y el del miembro más largo pronado (pie izquierdo). Recuerden, que la supinación es un movimiento triplanar formado por flexión plantar, aducción e inversión del pie, por lo tanto, la supinación "alarga" el miembro más corto. Por su parte, la pronación está compuesta de flexión dorsal, abducción y eversión, "acortando" el miembro más largo.

En la exploración se evidencia una subluxación del músculo tibial posterior del pie derecho, el que supuestamente debería posicionarse en supinación para compensar el miembro más corto. A modo de reflexión, la única relación que explica este hallazgo, es que la subluxación del músculo tibial posterior, pueda estar causada por la tracción permanente y constante de este músculo para provocar la inversión del pie.

El objetivo del tratamiento consiste en compensar parcialmente la dismetría, y evitar movimientos pronatorios y supinatorios del pie izquierdo y derecho respectivamente, como compensaciones patológicas (5). De corregir totalmente la dismetría, provocaríamos una hipercorrección y con ello, sus consecuencias. De hecho, se ha simulado una compensación total, colocando un alza de 1.5cm bajo el retropié del miembro más corto (derecho), se ha medido con el nivel las caderas y se ha apreciado la hipercorrección, quedando más alta la cadera derecha. Este hecho radica en que aunque la dismetría está estructurada, las partes blandas de su cuerpo ya están compensando parcialmente la dismetría.



Figura 1. Podoscopio y retropié derecho con alza de 1 cm. Se aprecia rotulado el tubérculo medial del escafoides del pie izquierdo (valora la dinámica) y los puntos del retropié (calcula la línea de Helbing y la posición del calcáneo en el plano frontal): punto superior (punto medio del vientre de tendón Aquiles) y punto inferior (punto medio del calcáneo).

El paciente ya tiene un alza de 1 cm en el miembro inferior derecho (el más corto) que usa desde hace 3 o 4 años y sus tejidos blandos están adaptados a ello.

Se le explica al paciente que lo ideal sería corregir la mitad de la dismetría, es decir 0.75cm y de esta manera mejoraría el dolor del miembro inferior derecho durante la práctica de actividad física y la cojera.

BIBLIOGRAFÍA:

1. De Pablos J, González Herranz P. Apuntes de Ortopedia Infantil. Madrid: Ergon; 2000.
2. Harvey WF, Yang M, Cooke TD, Segal NA, Lane N, Lewis CE, et al. Association of leg-length inequality with knee osteoarthritis: a cohort study. *Ann Intern Med.* 2010; 152: 287-95.
3. Herring JA. Tachdjian's pediatric orthopaedics. 4ª ed. Texas: Editorial Elsevier; 2007.
4. Lenke LG, Betz RR, Harms J, Bridwell KH, Clements DH, Lowe TG, et al. Adolescent idiopathic scoliosis: a new classification to determine extent of spinal arthrodesis. *J Bone Joint Surg Am.* 2001; 83: 1169-1181.
5. Morrissy RT, Weinstein SL. Lowell and Winter's Pediatric Orthopaedics. 5ª ed. Philadelphia: Ed. Lippincott, Williams and Wilkins; 2001.
6. Staheli LT. Ortopedia pediátrica. Madrid: Editorial Marbán; 2003.

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)

Estudiante 4º Grado de Podología. Universidad de Málaga

mariavillajuarezjimenez@gmail.com

CARTAS AL DIRECTOR

Detección de un caso de paludismo en un Servicio de Urgencias

Sr. Director:

La malaria es una enfermedad causada por 5 especies: *Plasmodium falciparum*, *P. vivax*, *P. ovale*, *P. malariae*, *P. knowlesi* y transmitida a través de mosquitos del género *Anopheles* de actividad nocturna. Los síntomas típicos son fiebre alta intermitente con días afebriles entre crisis), cefalea, mialgias generalizadas y astenia. Aunque se describieron otros síntomas más atípicos tales como diarrea, vómitos o tos. Puede dar complicaciones multisistémicas por diferentes mecanismos: hemólisis, insuficiencia renal y/o hepática, malaria cerebral, esplenomegalia, CID o edema pulmonar. Los casos severos y las muertes son casi en su totalidad atribuibles a *P. falciparum*.

La inmunidad es específica para cada tipo de plasmodio dejando una inmunidad parcial que, sin contacto con la enfermedad, irá disminuyendo progresivamente hasta desaparecer en un periodo variable que va desde meses hasta dos años.

En el diagnóstico diferencial es importante no olvidar enfermedades habituales en nuestro medio tales como diarrea, infecciones respiratorias y urinarias e incluir dentro de nuestras posibles patologías otras como malaria, dengue, fiebre tifoidea, hepatitis, meningitis, tuberculosis o primoinfección por el VIH.

El diagnóstico clínico es poco específico, se basa en la sospecha epidemiológica si existió un viaje reciente a zona endémica. El tiempo de incubación depende de la subespecie, habiéndose descrito, en ocasiones, hasta un año después de la infección. El diagnóstico de confirmación: gota gruesa o serología (positiva hasta 2 semanas después de la curación).

El tratamiento varía según las especies por las resistencias desarrolladas. Para *P. Falciparum*, la primera opción son los derivados de la artemisina en combinación con un segundo antimalárico.

Para el resto, el tratamiento sigue siendo una combinación de cloroquina y primaquina.

CASO CLÍNICO

Varón de 40 años natural de Mauritania que acude a urgencias de hospital comarcal por segunda vez por persistencia de cuadro febril de hasta 40° C de 48 horas de evolución. Estaba en tratamiento con antitérmicos orales sin mejoría. A la exploración presentaba temperatura de 40° C, regular estado general, estaba consciente y orientado, sin signos meníngeos. A la auscultación tonos rítmicos a buena frecuencia, con murmullo vesicular bilateral normal, abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación, sin visceromegalias. Ante la persistencia de la fiebre sin focalidad aparente solicitamos hemograma y bioquímica pautando paracetamol 1 g iv.

Tras dos extracciones el analizador es incapaz de dar una lectura correcta respecto a la población leucocitaria (imposible discriminar si se trata de neutrófilos o linfocitos). Hematíes 4.34 106/μl, hemoglobina 13 g/dl, leucocitos 5280/μl, plaquetas 76000, coagulación INR 1.29, bioquímica sin alteraciones. Se reinterroga al paciente sobre antecedentes personales, familiares y posibilidad de haber realizado algún viaje al extranjero en el último mes refiriendo visita a Mauritania hacía 3 semanas (llevaba 6 años en España).

Ante la imposibilidad de realizar frotis sanguíneo de urgencia en nuestro centro y la sospecha de que se trate de un caso de fiebre importada se deriva al hospital de referencia con temperatura al alta de 37.5°C. A la mañana siguiente se analiza la muestra de nuestro centro donde se observan abundantes hematíes parasitados por plasmodium. Se ponen en marcha una alerta sanitaria y comunicación a su médico de familia para localizar al paciente que no acudió al hospital de tercer nivel a pesar de la indicación. A las 48 horas el paciente es localizado y tratado con pauta de cloroquina. Tras compro-

bar déficit de glucosa 6-fosfato deshidrogenasa se prescribe cura radical con primaquina durante 14 días. El paciente actualmente se encuentra afebril y en seguimiento en consultas especializadas en Unidad de Infeccioso.

CONCLUSIONES

Cada año en España 12-13 millones de personas visitan el extranjero. El porcentaje que visita zona tropical ronda un 9-10% (aproximadamente 1 millón de personas).

En la actualidad no se sabe bien el impacto que la patología importada tiene en nuestro medio aunque se calcula en torno a unas 100.000 visitas al año. Las causas son el aumento de movilidad de nuestros ciudadanos por motivos laborales, turísticos o el retorno temporal de inmigrantes a su tierra (VFR -visitors of friends and relatives-). Estos últimos corren un mayor riesgo (Odds Ratio 4.5) debido a la falta de conciencia de la necesidad de vacunas y determinadas profilaxis, una mayor duración de su estancia, hábitos de más riesgo como consumo de comidas en locales callejeros o no evitar las picaduras de insectos. Esta poca conciencia del riesgo se pone de manifiesto porque solo el 50% acude a consultas pre viajes y de ellas, solo un 61% toma correctamente la profilaxis de malaria.

Es importantísimo ante el cambio de hábitos y, por tanto, de epidemiología, realizar una buena anamnesis en todas las patologías, especialmente en fiebres recurrentes sin focalidad aparente en las que entran en juego una gran variedad de infecciones. Un hemograma y una gota gruesa se hacen necesarios ante el antecedente de un viaje a zona endémica. Como nota que sirva también de ejemplo casi 25% de los VFR atendidos en la unidad de medicina tropical del Hospital Ramón y Cajal fueron diagnosticados de malaria.

Por tanto un cuadro de fiebre en un viajero que estuvo hace menos de 3 meses en una región endémica, debe considerarse malaria hasta que no se demuestre lo contrario (incluidos aquellos que tomaron profilaxis).

BIBLIOGRAFÍA

1. Gómez Moreno J. Fiebre en el viajero: actuación en urgencias. *Emergencias*. 2004; 16:152-161

2. Grupo de Trabajo de Enfermedades Infecciosas de semFYC. Manual de enfermedades infecciosas en Atención Primaria. 3ª ed. Barcelona: semFYC; 2010.
3. Díaz-Menéndez M, Pérez-Molina JA, Serre N, Teviño B, Torrús D, Matarranz M et al. Infecciones importadas por inmigrantes y viajeros: resultados de la Red Cooperativa para el estudio de las Enfermedades Importadas por Inmigrantes y Viajeros, +Redivi. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2012; 30(9): 528-534.
4. Pomeroy G. *International Travel and Health*. Geneva: WHO; 2012.
5. López-Vélez R, Marín Echavarría E; Pérez Molina JA al. Guía de enfermedades infecciosas importadas. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2008. URL: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/migracion/docs/GuiaEnfInflmp.pdf>
6. Norman F, Monje Mailló B, Navarro Beltrá M, Rodríguez Navaza B, Guionnet A, López-Vélez R. Enfermedades infecciosas importadas por inmigrantes residentes en España que se desplazan temporalmente a sus países de origen (VFRs). Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Socia; 2009. URL: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/migracion/docs/enfInflmporPaisesOrigen.pdf>
7. Díaz Menéndez M, Pérez Molina JA, López-Vélez R. Red cooperativa para el estudio de las enfermedades infecciosas importadas por viajeros e inmigrantes. Fase 3: desarrollo e implantación. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2012.

Carbajo Martín L

Servicio de Urgencias Hospital de Alta Resolución Utrera

García Gozálbres J

Organizaciones sin ánimo de lucro en países con malaria endémica

laura.carbajo@gmail.com

¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO?

Dolor de larga evolución en 5º dedo de mano izquierda

Soriano Villalba G¹, López-Cortacans G²

¹Médico de Familia, Centro Urgencias Atención Primaria, Centro Salud, Salou, Tarragona. Institut Català de la Salut

²Enfermero, centro salud, Salou, Tarragona. Institut Català de la Salut

Paciente varón pakistaní de 32 años de edad, sin alergias conocidas y sin antecedentes de interés. Acude a nuestra consulta por presentar dolor en 5º dedo de mano izquierda, refiere aumento de tamaño desde hace 5-6 años. A la exploración presenta aumento de diámetro de falange proximal de 5º dedo de mano izquierda sin signos flogóticos. En el examen físico se aprecia dolor cuando se palpa la zona de la falange proximal. No se aprecia afectación articular, vasculo-nerviosa y balance articular completo. En la exploración radiológica destaca lesión lítica en el extremo proximal de la falange proximal del quinto dedo, de localización diafiso epifisaria, que adelgaza la cortical con una apariencia en vidrio deslustrado y calcificaciones punteadas y finas en su interior.



Figura 1. Rx dedo 5º.

¿Cuál es su diagnóstico?

a) **Condrosarcoma periosteal**, localizado más en tronco y zonas proximales de huesos largos, tumor de células gigantes, que suele ser multicéntrico, preferentemente epifisario y con gran porcentaje de recidivas.

b) **Osteosarcoma parosteal, metafisario**, con localización perióstica y excepcional en manos, infarto medular, con un mayor número de calcificaciones dispuestas de forma anular y un ribete esclerótico característico y con el quiste óseo aneurismático, típico también de huesos tubulares largos pero de mayor tamaño.

c) **Encondroma** es el tumor primario óseo benigno más frecuente, en el contexto de un hallazgo incidental, representando entre el 3-18% de las biopsias óseas. En la práctica clínica representan entre el 10 al 25% de los tumores óseos benignos.

d) **Quiste óseo solitario**, lesión cística grande con o sin adelgazamiento cortical. Lesión radiolúcida sin margen escleroso, que se localiza centralmente, en la metafisis o diáfisis de un hueso largo no suele darse en huesos tubulares cortos.

e) **Quiste epidermoide intraóseo**, lesión osteolítica, concortical adelgazada que se pierde en algunos puntos y sin reacción periosteal o de partes blandas adyacentes.

¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO?

Dermatosis con escasa respuesta al tratamiento médico conservador

Juárez Jiménez MV¹, Baena Bravo AJ²

¹Médico de Familia. Centro de Salud Valdepeñas II (Ciudad Real)

²Enfermero de Atención Primaria. Centro de Salud Valdepeñas II (Ciudad Real)

Mujer de 86 años de edad diagnosticada de hipotiroidismo, hipercolesterolemia, asma, artrosis, cardiopatía hipertensiva, fibrilación auricular en tratamiento con anticoagulación oral, insuficiencia venosa periférica crónica y colecistectomizada. La paciente se encuentra polimedificada con Furosemida 40 mg, Tramadol 150 mg, Haloperidol 2 mg/ml, Ranitidina 150 mg, Hidroxicina 50 mg, Metamizol 575 mg, Levotiroxina 25 mg, Simvastatina 20 mg, Acenocumarol 4 mg y Enalapril 20 mg. Realiza una vida sedentaria.

Solicita atención domiciliaria en el centro de salud por presentar una lesión en la cara anterior del tercio distal de la pierna izquierda desde hace unos 5 meses de evolución. Refiere haber sufrido un traumatismo accidental en dicha zona e inicialmente apareció una lesión ampollosa.

A la exploración física se objetiva una lesión eritematosa de 30 mm de diámetro, con riesgo de deterioro de la integridad cutánea, sin exudado ni signos locales de infección.

Desde la aparición de la lesión en la pierna de la paciente, la herida ha sido tratada según su fase o curso de evolución. Debido a la movilidad reducida de la paciente, el programa de curas por el servicio de enfermería se ha desarrollado en el domicilio.

En su primera fase o estadio I, se caracterizaba por una zona eritematosa circunscrita de 3 cm de diámetro, se procedió a lavar la zona con suero fisiológico, posterior secado y aplicación de Mepentol, para aumentar la resistencia de la piel y evitar su deshidratación. Se aconsejó a la paciente evitar presión en la zona de la lesión, mantener la piel seca e hidratada, evitar cualquier tipo de traumatismo, no utilizar calcetines y/o medias que puedan hacer anillos de compresión.

A las dos semanas se observó una solución de continuidad con una pérdida parcial de la epidermis junto a lesión ampollosa. En este estadio II, se optó por la colocación de un apósito hidrocoloide extrafino en el lecho de la herida, previa limpieza con suero fisiológico y secado. La herida ha sido revisada dos veces en semana por enfermería.

Seguidamente la herida evolucionó hacia un tejido de granulación exuberante, sobrepasando el nivel de la piel, el lecho estaba cubierto parcialmente por fibrina, no estando afectados los bordes de la herida. El nivel de exudado fue moderado-alto, optándose por realizar un desbridamiento autolítico, colocando un primer apósito desbridante y un alginato. La finalidad del primer apósito es eliminar los restos de fibrina del lecho de una manera fácil e indolora. El apósito elegido para este fin, en contacto con los exudados, hace que sus fibras hidrodetersivas se gelifiquen, obteniendo una alta afinidad por los residuos fibrinosos de la herida. Estos residuos se absorben y se retienen por la estructura del apósito, facilitando la retirada de los mismos. El plan de curas, se ha realizado en días alternos, hasta eliminar la fibrina del lecho de la herida en un plazo de 8 días (Figura 1).

Tras la mala respuesta terapéutica y el tiempo de evolución se decide realizar una biopsia cutánea mediante punch, obteniéndose el resultado anatómo-patológico de la lesión de "atipia en todo el grosor de la epidermis, desde el estrato córneo hasta la lámina basal, permaneciendo intacta la membrana basal. Se observan paraqueratosis e hiperqueratosis, así como acantosis. En todo el espesor epidérmico aparecen queratinocitos atípicos y mitosis. En la dermis subyacente existe un infiltrado inflamatorio crónico con linfocitos, células plasmáticas e histiocitos".

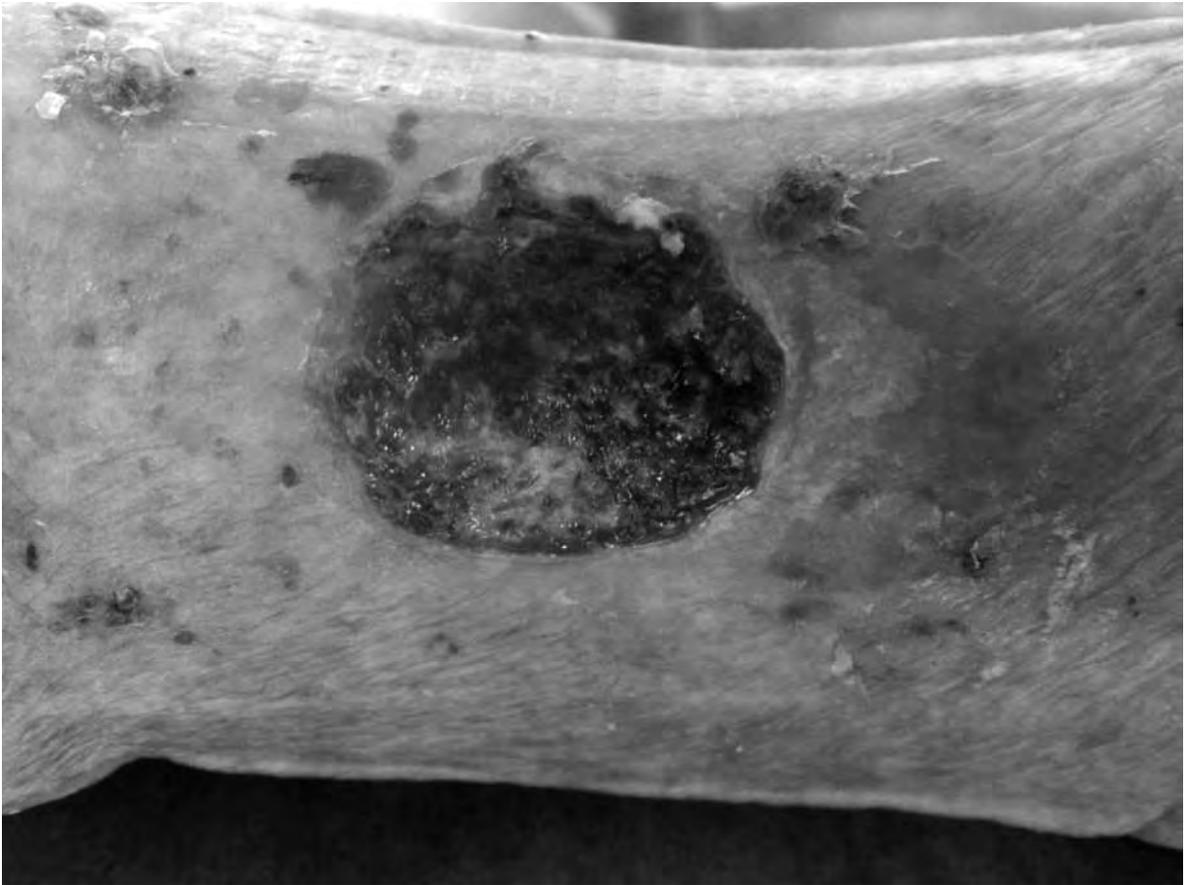


Figura 1. Lesión ovalada de color rojizo, de unos 45 mm de diámetro y con pérdida de la integridad cutánea en el tercio distal del miembro inferior izquierdo en su cara anterior.

¿Cuál es el diagnóstico de esta paciente?

1. Úlcera por presión
2. Patomimia
3. Enfermedad de Bowen
4. Carcinoma basocelular
5. Carcinoma de células de Merkel

¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO?

Palpitaciones, mareo y alteraciones en el ECG

Pérez Durillo FT^{1*}, Rodríguez García RM^{2*}

¹Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

²Pediatra EBAP

*Centro de Salud de Bailén. Área de Gestión Sanitaria Norte de Jaén

Paciente varón de 12 años sin **antecedentes personales** de interés que presenta sensación ocasional de disnea que define como suspiros, pero sin taquipnea. No refiere disnea de esfuerzo. Practica deporte de forma regular y no refiere hábitos tóxicos. Su madre refiere que ella presentó síntomas similares durante el embarazo y tras el parto del paciente siendo diagnosticada de una patología cardíaca por la cual se encuentra en seguimiento por el Servicio de Cardiología actualmente.

Como **antecedentes familiares** destaca madre con miocardiopatía dilatada diagnosticada durante la gestación del paciente.

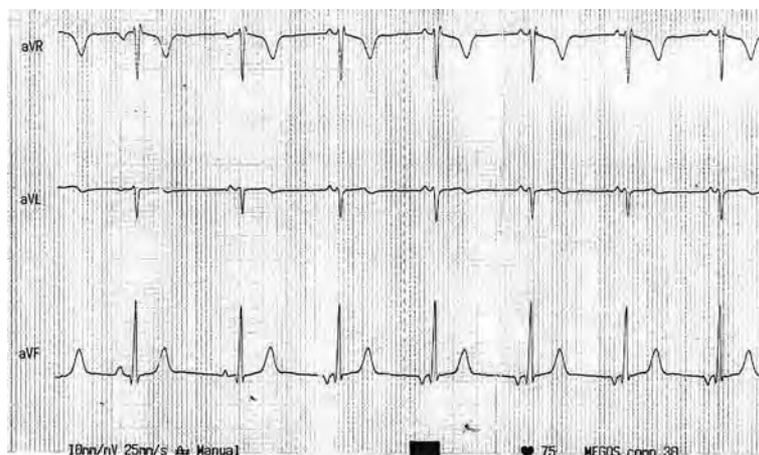
Exploración física: Peso 31kg. Talla 151cm. Tensión arterial 112/75. Buen estado general. Bien hidratado y normoperfundido. Eupneico en reposo. Auscultación cardíaca: Tonos rítmicos sin soplos ni roces. Auscultación respiratoria: Mur-

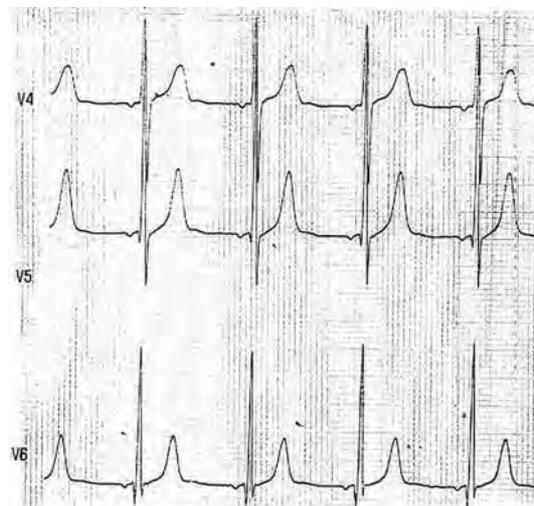
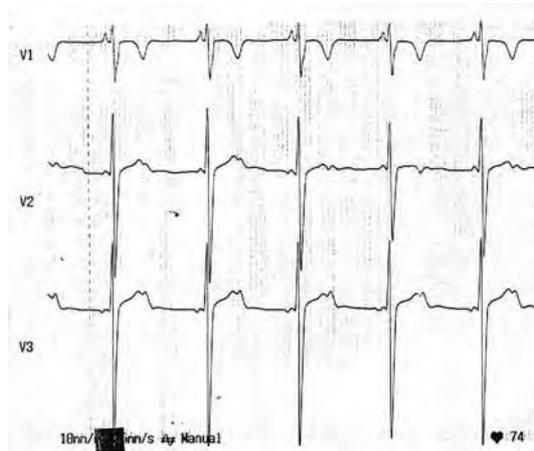
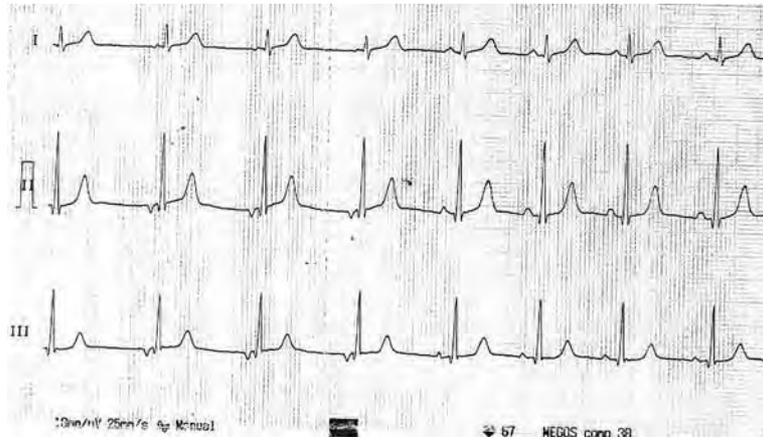
mullo vesicular conservado sin ruidos patológicos sobreañadidos. Abdomen sin alteraciones. Extremidades inferiores sin edemas.

Exploraciones complementarias: Analítica sanguínea con hemograma y bioquímica incluyendo hormonas tiroideas sin alteraciones significativas. Radiografía de tórax dentro de los parámetros de la normalidad. ECG: Ver Figuras.

¿Cuál es su diagnóstico?

- a) Enfermedad del seno
- b) Electroodos mal colocados
- c) Bloqueo AV 3er grado
- d) Marcapasos migratorio
- e) Síndrome de preexcitación





Comentarios a CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO (del Vol. 14, Núm. 3) (Med fam Andal 2013; 14: 294-295)

Dificultad miccional en varón joven (*Respuestas razonadas*)

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

A.3. Quiste de utrículo prostático.

Las lesiones quísticas localizadas en la línea media de la próstata son poco frecuentes y se consideran alteraciones congénitas, las mismas pueden ser de dos tipos: los quistes mullerianos, derivados de los restos del conducto paramesonefrico, y los quistes del utrículo, probablemente causados por dilatación del utrículo prostático (1), como se trata en este caso.

Frecuentemente no dan manifestaciones clínicas y su hallazgo es incidental, pues generalmente, se consigue realizando pruebas de imágenes para estudios de otras patologías. Aunque, en algunas ocasiones pueden aparecer síntomas como, hematuria o de obstrucción urinaria baja, obstrucción de los conductos eyaculadores o infección del quiste. (2)

El diagnóstico por imagen se realiza a través de la ecografía abdominal o transrectal, en la que se puede evidenciar una formación anecoica.

B.2. Resección transuretral (RTU) programada.

En este caso, el tratamiento fue resección transuretral de la pared anterior del quiste, procedi-

miento mínimamente invasivo, muy efectivo y con baja morbilidad. (3)

En los pacientes asintomáticos está indicada la observación y seguimiento a largo plazo, la indicación de tratamiento debe ser reservada sólo para los casos con manifestaciones clínicas evidentes. (4)

Bibliografía:

1. González PA, Visbal L, Hernández L, Briceño J, Vásquez M, Álvarez J, et al. Quiste prostático sintomático. Rev Ven Urol. 2005; 51: 53-4.
2. Tornero J, Ponce de León J, Pieras E. Quistes prostáticos de la línea media: manejo y seguimiento. Arch Esp Urol. 2001; 54: 205-9.
3. García JC, Trujillo CG, Pérez JF. Manejo endoscópico del utrículo prostático sintomático del paciente pediátrico: reposte de dos casos y revisión de la literatura. Urol Colomb. 2012; 21(1): 84-8.
4. González O, Soto J, Romero T, Fariñas JM, López J, Flores J, et al. Quiste prostático de línea media en paciente trasplantado renal. Actas Urol Esp. 2004; 28 (6): 452-4.



Comentarios a CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO (del Vol. 14, Núm. 3) (Med fam Andal 2013; 14: 296-297)

Doctor, ¿qué son estas manchas? (*Respuestas razonadas*)

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

1. ¿Cuál es tu diagnóstico?

a) Tiña corporis. **Falso:** la tiña corporis se produce por una infección por hongos dermatofitos. Puede provocar prurito o ser asintomática y se manifiestan con distintas formas:

- Circular u ovalada con borde escamoso o vesiculoso y un centro eritematoescamoso.
- Forma anular con un borde rojo.
- Mácula con vesículas con tendencia a curar en el centro.

Las lesiones aparecen frecuentemente en el tronco pero no presentan el nevus central melanocítico ni el fenómeno de regresión descrito en nuestro caso.

b) Halo nevus. **Es la respuesta correcta.** El paciente presenta lesiones características del halo nevus en distintos estadios. Inicialmente, aparece un haloacrómico alrededor de un nevus melanocítico que adquiere una coloración más rosada en las lesiones más avanzadas e, incluso, se observa desaparición del nevus con persistencia de la mácula acrómica en una de las lesiones.

El nevus de Sutton habitualmente es un fenómeno aislado (a veces en varias lesiones), aunque su aparición se ha relacionado con el vitíligo (más de un 20% de los pacientes con vitíligo desarrollan este fenómeno). Asimismo, la presencia de un halo nevus puede preceder el inicio de las lesiones de vitíligo.

c) Vitíligo. **Falso:** El vitíligo es un trastorno de la pigmentación cutánea caracterizado por máculas despigmentadas (color blanco-tiza) bien delimitadas, generalmente simétricas. Pueden tener distintos patrones de distribución siendo el más frecuente el generalizado (máculas en codos, rodillas, genitales, región lumbar y alrededor de la boca y ojos).

d) Nevus de Meyerson. **Falso:** éste se caracteriza por un halo eccematoso con una lesión central que suele ser un nevus de la unión o compuesto. Pueden afectarse múltiples nevos simultáneamente pero, a diferencia, del nevus de Sutton, en el nevus de Meyerson no se produce regresión del nevus.

e) Melanoma. **Falso:** los nevos centrales anteriormente descritos no presentan signos de malignidad. Los signos de sospecha de nevus displásico o de melanoma hay que evaluarlos por la regla del A-B-C-D (asimetría en bordes, bordes mal definidos, cambios en el color con tonos más oscuros y rojizos, diámetro mayor de 6mm). Como complementario existen unos signos de alarma.

- Exudación, ulceración y/o hemorragia.
- Prurito en la lesión.
- Dolor de la lesión.
- Adenopatías regionales.

No se describe ninguno de estos signos en el caso expuesto.

2. ¿Cuál sería el manejo terapéutico?

a) Cirugía. **Falso:** el nevus de Sutton es un proceso benigno con lo cual sólo estaría indicada la cirugía cuando la lesión melanocítica central sea de características atípicas, para su estudio histológico.

b) Corticoide tópico durante 5 días. **Falso:** la hipopigmentación tiene escasa respuesta a los corticosteroides, encaminados al freno de la reacción inmune local, con lo cual no estaría indicado su uso.

c) Antimicótico tópico durante 10 días. **Falso:** al no tratarse de un proceso infeccioso por hongos el tratamiento con antimicóticos no estaría indicado.

d) Crioterapia. **Falso:** al tratarse de un proceso benigno no infeccioso la crioterapia no estaría indicada.

e) Revisión periódica de las lesiones. **Correcta:** el nevus de Sutton se trata de un proceso benigno, pero es recomendable realizar un control periódico evaluando las lesiones según la regla ABCD (asimetría, bordes, color, diámetro) y revisando el resto de lesiones pigmentadas, si existen, para descartar atipias.

Comentarios

El nevus de Sutton, también denominado halo nevus, vitiligo perineal o leucoderma adquirido centrífugo, es una lesión cutánea, benigna, caracterizada por la existencia de un haloacrómico uniforme alrededor, generalmente, de un nevus melanocítico adquirido. Se describen tres estadios en su evolución:

- Aparición del haloacrómico, uniforme, simétrico, de máximo 2-3 cm de diámetro. Este proceso se produce en semanas o pocos meses.
- El nevus central se aclara de color, hasta llegar a desaparecer en meses o años. Este es el fenómeno de regresión que ocurre de forma completa en el 50% de los casos.
- Repigmentación del halo, en meses o años.

Es más frecuente en la infancia y en la adolescencia y tiene una prevalencia aproximada en la

población de 1%, siendo descrita una predisposición familiar. Los individuos pueden tener una o varias lesiones que se localizan normalmente en el tronco, siendo infrecuentes las lesiones múltiples. Si se afecta un nevus del cuero cabelludo, aparecerá un mechón blanco de pelos correspondientes a la maculaacrómica llamado poliosis.

Se ha descrito asociado a vitiligo (más de un 20% de los pacientes con vitiligo desarrollan este fenómeno). Asimismo, la presencia de un halo nevus puede preceder el inicio de lesiones de vitiligo.

La etiología del halo nevus no está clara, aunque parecen estar implicados factores inmunológicos, tanto humorales como celulares, produciéndose la destrucción de los propios melanocitos a través de una reacción inflamatoria.

Histológicamente, encontraremos un infiltrado inflamatorio intradérmico liquenoide compuesto por linfocitos T, histiocitos y células plasmáticas.

El fenómeno de hipomelanosis se ha descrito, excepcionalmente, asociado a Nevus congénito, nevus de Spitz e incluso melanomas por lo que es recomendable seguir su evolución e investigar sobre antecedentes familiares y personales. Se realizará el control periódico evaluando las lesiones según la regla ABCD (asimetría, bordes, color, diámetro) y es fundamental realizar recomendaciones sobre fotoprotección de las zonas despigmentadas expuestas.

Bibliografía

1. Brandt O, Christophers E, Fölster-Holst R. Halo dermatitis followed by development of vitiligo associated with Sutton's nevi. *J Am Acad Dermatol.* 2005; 52 (5 Suppl 1):S101-4.
2. Ohtsuka, T. Multiple Sutton nevi: Hypomelanocytic halo development around 28 melanocytic nevi. *The Journal of Dermatology.* 2009; 36: 355-357.
3. Yaghoobi R, Omidian M, Bagherani N. Vitiligo: a review of the published work. *J Dermatol.* 2011; 38(5):419-31.
4. Pustisek N, Sikanić-Dugić N, Hirsl-Hećej V, Domljan ML. "Halo nevi" and UV radiation. *Coll Antropol.* 2010;34 Suppl 2:295-7.

PUBLICACIONES DE INTERÉS / ALERTA BIBLIOGRÁFICA

(1 de Septiembre de 2013 a 28 de febrero de 2014)

Manteca González A

Médico de Familia. Centro de Salud El Palo

Los artículos publicados entre el 1 de Septiembre de 2013 a 28 de febrero de 2014 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

SEPTIEMBRE

ACADEMIC MEDICINE

Sklar DP. What you might hear in the waiting room. Acad Med. 2013; 88:1191-1193 [AO,I]
23982493
LO QUE SE PUEDE OIR EN LA SALA DE ESPERA

ANNALS OF INTERNAL MEDICINE

Vasilakou D, Karagiannis T, Athanasiadou E, Mainou M, Liakos A, Bekiari E, et al. Sodium-glucose cotransporter 2 inhibitors for type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. Ann Intern Med. 2013; 159:262-274 [M,II]
24026259

INHIBIDORES DEL COTRANSPORTADOR 2 SODIO-GLUCOSA EN LA DIABETES TIPO 2: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS

Moyer VA; U.S. Preventive Services Task Force. Primary care interventions to prevent child maltreatment: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. Ann Intern Med. 2013; 159:289-295 [M,II]
23752681

INTERVENCIONES EN ATENCIÓN PRIMARIA PARA PREVENIR EL MALTRATO INFANTIL: DECLARACIÓN DE RECOMENDACIÓN DEL USPSTF

Rifkin DE, Sarnak MJ. How low can you go? Blood pressure and mortality in chronic kidney disease. Ann Intern Med. 2013; 159:302-303 [AO,I]
24026262

¿HASTA CUÁN BAJO SE PUEDE IR? PRESIÓN ARTERIAL Y MORTALIDAD EN LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

Atroshi I, Flondell M, Hofer M, Ranstam J. Methylprednisolone injections for the carpal tunnel syndrome: a randomized, placebo-controlled trial. Ann Intern Med. 2013; 159:309-317 [EC,I]
24026316

INYECCIONES DE METILPREDNISOLONA EN EL SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO: ENSAYO ALEATORIZADO CONTROLADO CON PLACEBO

Lin JS, Olson CM, Johnson ES, Whitlock EP. The ankle-brachial index for peripheral artery disease screening and cardiovascular disease prediction among asymptomatic adults: a systematic evidence review for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med. 2013; 159:333-341 [M,II]
24026319

ÍNDICE TOBILLO-BRAZO PARA EL CRIBAJE DE LA ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA Y DE LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN ADULTOS ASINTOMÁTICOS: REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA EVIDENCIA PARA EL USPSTF

Moyer VA; U.S. Preventive Services Task Force. Screening for peripheral artery disease and cardiovascular disease risk assessment with the ankle-brachial index in adults: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. Ann Intern Med. 2013; 159:342-348 [M,II]
24026320

CRIBAJE DE LA ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA Y VALORACIÓN DEL RIESGO DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR CON EL ÍNDICE TOBILLO-BRAZO EN

ADULTOS: DECLARACIÓN DE RECOMENDACIÓN DEL USPSTF

Moyer VA; U.S. Preventive Services Task Force. Screening for hepatitis C virus infection in adults: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med.* 2013; 159:349-357 [M,II]

23798026

CRIBAJE DE LA INFECCIÓN POR VIRUS DE LA HEPATITIS C EN ADULTOS: DECLARACIÓN DE RECOMENDACIÓN DEL USPSTF

McDermott MM. Ankle-brachial index screening to improve health outcomes: where is the evidence? *Ann Intern Med.* 2013; 159:362-363 [AO,I]

24026321

CRIBAJE MEDIANTE ÍNDICE TOBILLO-BRAZO PARA MEJORAR LOS RESULTADOS DE SALUD: ¿DÓNDE ESTÁ LA EVIDENCIA?

Anthenelli RM, Morris C, Ramey TS, Dubrava SJ, Tsilkos K, Russ C, et al. Effects of varenicline on smoking cessation in adults with stably treated current or past major depression: a randomized trial. *Ann Intern Med.* 2013; 159:390-400 [EC,II]

24042367

EFFECTOS DE LA VARENICILINA SOBRE EL ABANDONO TABÁQUICO EN ADULTOS CON DEPRESIÓN MAYOR PASADA O ACTUAL TRATADA ESTABLE: ENSAYO ALEATORIZADO

Humphrey LL, Deffebach M, Pappas M, Baumann C, Artis K, Mitchell JP, et al. Screening for lung cancer with low-dose computed tomography: a systematic review to update the U.S. Preventive Services Task Force recommendation. *Ann Intern Med.* 2013; 159:411-420 [M,II]

23897166

CRIBAJE DEL CÁNCER DE PULMÓN CON TC DE BAJA DOSIS: REVISIÓN SISTEMÁTICA PARA ACTUALIZAR LA RECOMENDACIÓN DEL USPSTF

Tsai AG, Wadden TA. Obesity. *Ann Intern Med.* 2013; 159:ITC3-1 [AO,I]

24026335

OBESIDAD

ATENCIÓN PRIMARIA

Repullo JR. Primaria y estrategias de crónicos: venciendo reticencias propias e ignorando despropósitos ajenos. *Aten Primaria.* 2013; 45:335-337 [AO,I]

23931963

PRIMARIA Y ESTRATEGIAS DE CRÓNICOS: VENCIENDO RETICENCIAS PROPIAS E IGNORANDO DESPROPÓSITOS AJENOS

Ruiz M, Borrell-Carrió F, Ortodó C, Fernàndez N, Fité A. Auditorías en seguridad clínica para centros de atención primaria. Estudio piloto. *Aten Primaria.* 2013; 45:341-348 [T,I]

23478066

AUDITORÍAS EN SEGURIDAD CLÍNICA PARA CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA. ESTUDIO PILOTO

Rodríguez-Sánchez E, García-Ortiz L, Gómez-Marcos MA, Recio-Rodríguez JJ, Mora-Simón S, Pérez-Arechaederra D, et al. Prevalencia de enfermedades cardiovasculares y de factores de riesgo cardiovascular en mayores de 65 años de un área urbana: estudio DERIVA. *Aten Primaria.* 2013; 45:349-357 [T,I]

23528294

PREVALENCIA DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES Y DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN MAYORES DE 65 AÑOS DE UN ÁREA URBANA: ESTUDIO DERIVA

Ramos JA, Pérez A, Enguix N, Alvarez C, Martínez ML. Diagnóstico comunitario mediante técnicas cualitativas de las expectativas y vivencias en salud de una zona necesitada de transformación social. *Aten Primaria.* 2013; 45:358-367 [C,II]

DIAGNÓSTICO COMUNITARIO MEDIANTE TÉCNICAS CUALITATIVAS DE LAS EXPECTATIVAS Y VIVENCIAS EN SALUD DE UNA ZONA NECESITADA DE TRANSFORMACIÓN SOCIAL

ARCHIVOS DE BRONCONEUMOLOGÍA

Comeche L, Echave-Sustaeta JM, García R, Albarrán I, Alonso P, Llorente MJ. Prevalencia de anemia asociada a la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Estudio de las variables asociadas. *Arch Bronconeumol.* 2013; 49:383-387 [T,I]

23791383

PREVALENCIA DE ANEMIA ASOCIADA A LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA. ESTUDIO DE LAS VARIABLES ASOCIADAS

García-Río F, Calle M, Burgos F, Casan P, Del Campo F, Galdiz JB, et al. Espirometría. *Arch Bronconeumol* 2013;49:388-401 [M,II]

23726118

ESPIROMETRÍA

BRITISH MEDICAL JOURNAL

Hamilton W, Coleman MG, Rubin G. Colorectal cancer. *BMJ.* 2013; 346:f3172 [R,I]

23693056

CÁNCER COLORRECTAL

O'Regan DP, Harden SP, Cook SA. Investigating stable chest pain of suspected cardiac origin. *BMJ.* 2013; 347:f3940 [R,I]

23878151

INVESTIGAR EL DOLOR TORÁCICO ESTABLE CON SOSPECHA DE ORIGEN CARDIACO

Shah AS, Newby DE, Mills NL. High sensitivity cardiac troponin in patients with chest pain. *BMJ.* 2013; 347:f4222 [R,I]

23878152

TROPONINA CARDIACA DE ALTA SENSIBILIDAD EN PACIENTES CON DOLOR TORÁCICO

Långström N, Enebrink P, Laurén EM, Lindblom J, Werkö S, Hanson RK. Preventing sexual abusers of children from reoffending: systematic review of medical and psychological interventions. *BMJ.* 2013; 347:f4630 [M,II]

23935058

PREVENIR LA REINCIDENCIA DE LOS PEDÓFILOS: REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LAS INTERVENCIONES MÉDICAS Y PSICOLÓGICAS

Ftoun S, Thomas M; Acute Kidney Injury Guideline Development Group. Acute kidney injury: summary of NICE guidance. *BMJ.* 2013; 347:f4930 [M,II]

23985310

DAÑO RENAL AGUDO: RESUMEN DE LA GUÍA NICE

Read TR, Hocking JS, Bradshaw CS, Morrow A, Grulich AE, Fairley CK, et al. Provision of rapid HIV tests within a

health service and frequency of HIV testing among men who have sex with men: randomised controlled trial. *BMJ*. 2013; 347:f5086 [EC,II]

24004988

PROVISIÓN DE PRUEBAS RÁPIDAS DE VIH DENTRO DE UN SERVICIO DE SALUD Y FRECUENCIA DE LAS PRUEBAS DE VIH ENTRE HOMBRES QUE PRACTICAN SEXO CON HOMBRES: ENSAYO CONTROLADO ALEATORIZADO

Castellucci LA, Cameron C, Le Gal G, Rodger MA, Coyle D, Wells PS, et al. Efficacy and safety outcomes of oral anticoagulants and antiplatelet drugs in the secondary prevention of venous thromboembolism: systematic review and network meta-analysis. *BMJ*. 2013; 347:f5133 [M,II]

23996149

RESULTADOS DE EFICACIA Y SEGURIDAD DE LOS FÁRMACOS ANTICOAGULANTES ORALES Y ANTIPLAQUETARIOS EN LA PREVENCIÓN SECUNDARIA DEL TROMBOEMBOLISMO VENOSO: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS EN RED

Smith A, Bevan D, Douglas HR, James D. Management of urinary incontinence in women: summary of updated NICE guidance. *BMJ*. 2013; 347:f5170 [M,II]

24021756

MANEJO DE LA INCONTINENCIA URINARIA EN MUJERES: RESUMEN DE LA GUÍA NICE ACTUALIZADA

Metzelthin SF, van Rossum E, de Witte LP, Ambergen AW, Hobma SO, Sipers W, et al. Effectiveness of interdisciplinary primary care approach to reduce disability in community dwelling frail older people: cluster randomised controlled trial. *BMJ*. 2013; 347:f5264 [EC,II]

24022033

EFFECTIVIDAD DEL ABORDAJE INTERDISCIPLINARIO EN ATENCIÓN PRIMARIA PARA REDUCIR LA DISCAPACIDAD EN LOS ANCIANOS FRÁGILES QUE RESIDEN EN LA COMUNIDAD: ENSAYO CONTROLADO ALEATORIZADO AGRUPADO

Scott J, Fowler D, McGorry P, Birchwood M, Killackey E, Christensen H, et al. Adolescents and young adults who are not in employment, education, or training. *BMJ*. 2013; 347:f5270 [AO,I]

24048295

ADOLESCENTES Y JÓVENES QUE NO ESTÁN TRABAJANDO NI ESTUDIANDO NI PRACTICANDO

Gask L, Evans M, Kessler D. Personality disorder. *BMJ*. 2013; 347:f5276 [R,I]

24022034

TRASTORNO DE PERSONALIDAD

Stegeman BH, de Bastos M, Rosendaal FR, van Hylckama Vlieg A, Helmerhorst FM, Stijnen T, et al. Different combined oral contraceptives and the risk of venous thrombosis: systematic review and network meta-analysis. *BMJ*. 2013; 347:f5298 [M,II]

24030561

DIFERENTES ANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS Y RIESGO DE TROMBOSIS VENOSA: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS EN RED

Craissati J. Treatment for sexual offenders against children. *BMJ*. 2013; 347:f5397 [AO,I]

24014341

TRATAMIENTO DE LOS PEDÓFILOS

Ludman S, Shah N, Fox AT. Managing cows' milk allergy in children. *BMJ*. 2013; 347:f5424 [R,I]

24041704

MANEJO DE LA ALERGIA INFANTIL A LA LECHE DE VACA

Schulman S, Douketis J. Secondary prevention of venous thromboembolism. *BMJ*. 2013; 347:f5440 [AO,I]

24018259

PREVENCIÓN SECUNDARIA DEL TROMBOEMBOLISMO VENOSO

CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION JOURNAL

Cooper ME. Choosing the right angiotensin-receptor blocker for patients with diabetes: still controversial. *CMAJ*. 2013; 185:1023-1024. doi [AO,I]

23836856

ELEGIR EL BLOQUEADOR DE LOS RECEPTORES DE ANGIOTENSINA CORRECTO EN PACIENTES CON DIABETES: AÚN CONTROVERTIDO

Antoniou T, Camacho X, Yao Z, Gomes T, Juurlink DN, Mamdani MM. Comparative effectiveness of angiotensin-receptor blockers for preventing macrovascular disease in patients with diabetes: a population-based cohort study. *CMAJ*. 2013; 185:1035-1041 [S,II]

23836857

EFFECTIVIDAD COMPARADA DE LOS BLOQUEADORES DE LOS RECEPTORES DE ANGIOTENSINA PARA PREVENIR LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON DIABETES: ESTUDIO DE COHORTE POBLACIONAL

Forlini C, Gauthier S, Racine E. Should physicians prescribe cognitive enhancers to healthy individuals? *CMAJ*. 2013; 185:1047-1050 [AO,I]

23251020

¿DEBERÍAN LOS MÉDICOS PRESCRIBIR REFORZADORES COGNITIVOS A LOS INDIVIDUOS SANOS?

Beaulieu MD, Haggerty J, Tousignant P, Barnsley J, Hogg W, Geneau R, et al. Characteristics of primary care practices associated with high quality of care. *CMAJ*. 2013; 185:E590-E596 [T,II]

23877669

CARACTERÍSTICAS DE LAS PRÁCTICAS DE ATENCIÓN PRIMARIA ASOCIADAS A UNA GRAN CALIDAD DE LA ATENCIÓN

Fibromyalgia: evolving concepts over the past 2 decades. *CMAJ*. 2013; 185:E645-E651 [R,I]

23649418

FIBROMIALGIA: CONCEPTOS EN EVOLUCIÓN A LO LARGO DE LAS 2 PASADAS DÉCADAS

CIRCULATION

Patrono C, Andreotti F. Antithrombotic therapy for patients with atrial fibrillation and atherothrombotic vascular disease: striking the right balance between efficacy and safety. *Circulation*. 2013; 128:684-686 [AO,I]

23861513

TERAPIA ANTITROMBÓTICA EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR Y ENFERMEDAD VASCULAR ATROFOTROMBÓTICA: ALCANZAR EL EQUILIBRIO CORRECTO ENTRE EFICACIA Y SEGURIDAD

Gerstein HC. Rosiglitazone and cardiovascular outcomes: is there a clear answer? *Circulation*. 2013; 128:777-779 [AO,I]

23857319

ROSIGLITAZONA Y RESULTADOS CARDIOVASCULARES: ¿HAY UNA RESPUESTA CLARA?

Stackelberg O, Björck M, Larsson SC, Orsini N, Wolk A. Fruit and vegetable consumption with risk of abdominal aortic aneurysm. *Circulation*. 2013; 128:795-802 [S,II]

23960255

CONSUMO DE FRUTA Y VERDURAS CON RIESGO DE ANEURISMA AORTOABDOMINAL

Fletcher GF, Ades PA, Kligfield P, Arena R, Balady GJ, Bittner VA, et al; American Heart Association Exercise, Cardiac Rehabilitation, and Prevention Committee of the Council on Clinical Cardiology, Council on Nutrition, Physical Activity and Metabolism, Council on Cardiovascular and Stroke Nursing, and Council. Exercise standards for testing and training: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2013; 128:873-934 [M,II]

23877260

ESTÁNDARES DE EJERCICIO PARA LAS PRUEBAS Y EL ENTRENAMIENTO: DECLARACION CIENTÍFICA DE LA AHA

Kizer JR. Enhancing detection of subclinical end-organ damage: echocardiographic left ventricular strain holds up a mirror to the brain. *Circulation*. 2013; 128:1045-1047 [AO,I]

23902758

REFUERZO DE LA DETECCIÓN DE DAÑO ORGÁNICO FINAL SUBCLÍNICO: EL ESFUERZO VENTRICULAR IZQUIERDO ECOGRÁFICO SUPONE UN ESPEJO DEL CEREBRO

Pletcher MJ, Sibley CT, Pignone M, Vittinghoff E, Greenland P. Interpretation of the coronary artery calcium score in combination with conventional cardiovascular risk factors: the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis (MESA). *Circulation*. 2013; 128:1076-1084 [T,II]

23884352

INTERPRETACIÓN DE LA TABLA DE CALCIO ARTERIAL CORONARIO EN COMBINACIÓN CON LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR CONVENCIONALES: ESTUDIO MESA

Zakeri R, Chamberlain AM, Roger VL, Redfield MM. Temporal relationship and prognostic significance of atrial fibrillation in heart failure patients with preserved ejection fraction: a community-based study. *Circulation*. 2013; 128:1085-1093 [S,I]

23908348

RELACIÓN TEMPORAL Y SIGNIFICACIÓN PRONÓSTICA DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN PRESERVADA: ESTUDIO BASADO EN LA COMUNIDAD

Russo C, Jin Z, Homma S, Elkind MS, Rundek T, Yoshita M, et al. Subclinical left ventricular dysfunction and silent cerebrovascular disease: the Cardiovascular Abnormalities and Brain Lesions (CABL) study. *Circulation*. 2013; 128:1105-1111 [T,I]

23902759

DISFUNCIÓN VENTRICULAR IZQUIERDA SUBCLÍNICA Y ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR SILENTE: ESTUDIO CABL

Hata J, Arima H, Rothwell PM, Woodward M, Zoungas S, Anderson C, et al; on behalf of the ADVANCE Collaborative Group. Effects of visit-to-visit variability in systolic blood pressure on macrovascular and microvascular complications in patients with type 2 diabetes mellitus: the ADVANCE trial. *Circulation*. 2013; 128:1325-1334 [EC,II]

23926207

EFFECTOS DE LA VARIABILIDAD ENTRE VISITAS EN LA PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA SOBRE LAS COMPLICACIONES MICRO Y MACROVASCULARES EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2: ENSAYO ADVANCE

Douiri A, McKevitt C, Emmett ES, Rudd AG, Wolfe CD. Long-term effects of secondary prevention on cognitive function in stroke patients. *Circulation*. 2013; 128:1341-1348 [S,II]

23935013

EFFECTOS A LARGO PLAZO DE LA PREVENCIÓN SECUNDARIA SOBRE LA FUNCIÓN COGNITIVA EN PACIENTES DE ICTUS

DIABETES CARE

Tesfaye S, Boulton AJ, Dickenson AH. Mechanisms and management of diabetic painful distal symmetrical polyneuropathy. *Diabetes Care*. 2013; 36:2456-2465 [R,I]

23970715

MECANISMOS Y MANEJO DE LA POLINEUROPATÍA DIABÉTICA DISTAL SIMÉTRICA DOLOROSA

Scherthner G, Gross JL, Rosenstock J, Guarisco M, Fu M, Yee J, et al. Canagliflozin compared with sitagliptin for patients with type 2 diabetes who do not have adequate glycemic control with metformin plus sulfonylurea: a 52-week randomized trial. *Diabetes Care*. 2013; 36:2508-2515 [EC,II]

23564919

CANGLIFLOZINA COMPARADA CON SITAGLIPTINA EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 QUE NO TIENEN UN ADECUADO CONTROL GLUCÉMICO CON METFORMINA MÁS SULFONILUREA: ENSAYO ALEATORIZADO DE 52 SEMANAS

Newsom SA, Everett AC, Hinko A, Horowitz JF. A single session of low-intensity exercise is sufficient to enhance insulin sensitivity into the next day in obese adults. *Diabetes Care*. 2013; 36:2516-2522 [QE,I]

23757424

UNA SESIÓN SIMPLE DE EJERCICIO DE BAJA INTENSIDAD ES SUFICIENTE PARA REFORZAR LA SENSIBILIDAD A LA INSULINA AL DÍA SIGUIENTE EN ADULTOS OBESOS

Gough SC, Bhargava A, Jain R, Mersebach H, Rasmussen S, Bergenstal RM. Low-volume insulin degludec 200 units/mL once daily improves glycemic control similarly to insulin glargine with a low risk of hypoglycemia in insulin-naive patients with type 2 diabetes: a 26-week, randomized, controlled, multinational, treat-to-target trial: the BEGIN LOW VOLUME trial. *Diabetes Care*. 2013; 36:2536-2542 [EC,II]

23715753

200 UNIDADES/ML DE INSULINA DEGLUDEC DE BAJO VOLUMEN UNA VEZ AL DÍA MEJORAN EL CONTROL GLUCÉMICO DE FORMA SIMILAR A LA INSULINA GLARGINA CON UN RIESGO BAJO DE HIPOGLUCEMIA EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 QUE NUNCA HAN RECIBIDO INSULINA: ENSAYO MULTINACIONAL DE 26 SEMANAS DE TRATAMIENTO HASTA EL OBJETIVO, CONTROLADO ALEATORIZADO

Ahrén B, Leguizamo A, Miossec P, Saubadu S, Aronson R. Efficacy and safety of lixisenatide once-daily morning or evening injections in type 2 diabetes inadequately controlled on metformin (GetGoal-M). *Diabetes Care*. 2013; 36:2543-2550 [EC,II]

23536584

EFICACIA Y SEGURIDAD DE INYECCIONES MATUTINAS O VESPERTINAS DE LIXISENATIDA UNA VEZ AL DÍA EN LA DIABETES TIPO 2 INADECUADAMENTE CONTROLADA CON METFORMINA (GETGOAL-M)

Vaccaro O, Franzini L, Miccoli R, Cavalot F, Ardigò D, Boemi M, et al; MIND.IT Study Group. Feasibility and effectiveness in clinical practice of a multifactorial intervention for the reduc-

tion of cardiovascular risk in patients with type 2 diabetes: the 2-year interim analysis of the MIND.IT study: a cluster randomized trial. *Diabetes Care*. 2013; 36:2566-2572 [EC,II] 23863908

VIABILIDAD Y EFECTIVIDAD EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DE UNA INTERVENCIÓN MULTIFACTORIAL PARA LA REDUCCIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2: ANÁLISIS PROVISIONAL A LOS 2 AÑOS DEL ESTUDIO MIND.IT: ENSAYO ALEATORIZADO AGRUPADO

Roche MM, Wang PP. Sex differences in all-cause and cardiovascular mortality, hospitalization for individuals with and without diabetes, and patients with diabetes diagnosed early and late. *Diabetes Care*. 2013; 36:2582-2590 [S,II] 23564923

DIFERENCIAS DE SEXO EN LA MORTALIDAD CARDIOVASCULAR Y POR CUALQUIER CAUSA, EN LA HOSPITALIZACIÓN POR INDIVIDUOS CON Y SIN DIABETES Y EN LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO PRECOZ Y TARDÍO DE DIABETES

Stone MA, Charpentier G, Doggen K, Kuss O, Lindblad U, Kellner C, et al; GUIDANCE Study Group. Quality of care of people with type 2 diabetes in eight european countries: findings from the Guideline Adherence to Enhance Care (GUIDANCE) study. *Diabetes Care*. 2013; 36:2628-2638 [T,II] 23628621

CALIDAD DE LA ATENCIÓN A PERSONAS CON DIABETES TIPO 2 EN OCHO PAÍSES EUROPEOS: HALLAZGOS DEL ESTUDIO GUIDANCE

Bardenheier BH, Bullard KM, Caspersen CJ, Cheng YJ, Gregg EW, Geiss LS. A novel use of structural equation models to examine factors associated with prediabetes among adults aged 50 years and older: National Health and Nutrition Examination Survey 2001-2006. *Diabetes Care*. 2013; 36:2655-2662 [T,II] 23649617

UN NUEVO USO DE LOS MODELOS DE ECUACIÓN ESTRUCTURAL PARA EXAMINAR LOS FACTORES ASOCIADOS CON LA PREDIABETES EN ADULTOS DE 50 AÑOS O MÁS: ENCUESTA DEL EXAMEN NACIONAL DE SALUD Y NUTRICIÓN 2001-2006

Forster AS, Forbes A, Dodhia H, Connor C, Du Chemin A, Sivasubramanian S, et al. Changes in detection of retinopathy in type 2 diabetes in the first 4 years of a population-based diabetic eye screening program: retrospective cohort study. *Diabetes Care*. 2013; 36:2663-2669 [S,I] 23620476

CAMBIOS EN LA DETECCIÓN DE RETINOPATÍA EN LA DIABETES TIPO 2 EN LOS PRIMEROS 4 AÑOS DE UN PROGRAMA POBLACIONAL DE CRIBAJE DEL OJO DIABÉTICO: ESTUDIO DE COHORTES RETROSPECTIVO

Cheng YJ, Imperatore G, Geiss LS, Wang J, Saydah SH, Cowie CC, et al. Secular changes in the age-specific prevalence of diabetes among U.S. adults: 1988-2010. *Diabetes Care*. 2013; 36:2690-2696 [T,II] 23637354

CAMBIOS SEculares EN LA PREVALENCIA DE DIABETES POR EDADES EN ADULTOS ESTADOUNIDENSES: 1988-2010

Backholer K, Peeters A, Herman WH, Shaw JE, Liew D, Ademi Z, et al. Diabetes prevention and treatment strategies: are we doing enough? *Diabetes Care*. 2013; 36:2714-2719 [T,I] 23637353

PREVENCIÓN DE LA DIABETES Y ESTRATEGIAS DE TRATAMIENTO: ¿ESTAMOS HACIENDO LO SUFICIENTE?

Solis-Herrera C, Triplitt C, Garduno-Garcia Jde J, Adams J, DeFronzo RA, Cersosimo E. Mechanisms of glucose lowering of dipeptidyl peptidase-4 inhibitor sitagliptin when used alone or with metformin in type 2 diabetes: a double-tracer study. *Diabetes Care*. 2013; 36:2756-2762 [EC,II] 23579178

MECANISMOS DE DESCENSO GLUCÉMICO DEL INHIBIDOR DE LA DIPEPTIDILPEPTIDASA-4 SITAGLIPTINA CUANDO SE USA SOLO O CON METFORMINA EN LA DIABETES TIPO 2: ESTUDIO DE DOBLE TRAZADOR

De Cosmo S, Copetti M, Lamacchia O, Fontana A, Massa M, Morini E, et al. Development and validation of a predicting model of all-cause mortality in patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2013; 36:2830-2835 [S,II] 23637348

DESARROLLO Y VALIDACIÓN DE UN MODELO PREDICTIVO DE MORTALIDAD POR CUALQUIER CAUSA EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2

DRUGS

Anderson A, Walker BR. 11 β -HSD1 inhibitors for the treatment of type 2 diabetes and cardiovascular disease. *Drugs*. 2013; 73:1385-1393. [R,I] 23990334

INHIBIDORES DE LA 11 β -HSD1 EN EL TRATAMIENTO DE LA DIABETES TIPO 2 Y DE LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

Fox SH. Non-dopaminergic treatments for motor control in Parkinson's disease. *Drugs*. 2013; 73:1405-1415 [R,I] 23917951

TRATAMIENTOS NO DOPAMINÉRGICOS PARA EL CONTROL MOTOR EN LA ENFERMEDAD DE PARKINSON

McKay RR, Choueiri TK, Taplin ME. Rationale for and review of neoadjuvant therapy prior to radical prostatectomy for patients with high-risk prostate cancer. *Drugs*. 2013; 73:1417-1430 [R,I] 23943203

LÓGICA Y REVISIÓN DE LA NUEVA TERAPIA ADYUVANTE PREVIA A LA PROSTATECTOMÍA RADICAL EN PACIENTES CON ALTO RIESGO DE CÁNCER DE PRÓSTATA

Dhillon S. Eplerenone: a review of its use in patients with chronic systolic heart failure and mild symptoms. *Drugs*. 2013; 73:1451-1462 [R,I] 23881669

ESPLERENONA: REVISIÓN DE SU USO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA SISTÓLICA CRÓNICA Y SÍNTOMAS LEVES

Garnock-Jones KP. Sumatriptan iontophoretic transdermal system: a review of its use in patients with acute migraine. *Drugs*. 2013; 73:1483-1490 [R,I] 23912626

SISTEMA TRANSDÉRMICO IONTOFORÉTICO PARA EL SUMATRIPTÁN: REVISIÓN DE SU USO EN PACIENTES CON MIGRAÑA AGUDA

EUROPEAN HEART JOURNAL

Paneni F, Beckman JA, Creager MA, Cosentino F. Diabetes and vascular disease: pathophysiology, clinical consequences, and medical therapy: part I. *Eur Heart J*. 2013; 34:2436-2443 [R,II] 23641007

DIABETES Y ENFERMEDAD VASCULAR: PATOFISIOLOGÍA, CONSECUENCIAS CLÍNICAS Y TRATAMIENTO MÉDICO: PARTE I

Beckman JA, Paneni F, Cosentino F, Creager MA. Diabetes and vascular disease: pathophysiology, clinical consequences, and medical therapy: part II. *Eur Heart J.* 2013; 34:2444-2452 [R,I]

23625211

DIABETES Y ENFERMEDAD VASCULAR: PATOFISIOLOGÍA, CONSECUENCIAS CLÍNICAS Y TRATAMIENTO MÉDICO: PARTE II

Lawlor DA, Nordestgaard BG, Benn M, Zuccolo L, Tybjaerg-Hansen A, Davey Smith G. Exploring causal associations between alcohol and coronary heart disease risk factors: findings from a Mendelian randomization study in the Copenhagen General Population Study. *Eur Heart J.* 2013; 34:2519-2528 [T,II]

23492672

EXPLORAR ASOCIACIONES CAUSALES EN TRE EL ALCOHOL Y FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDAD CARDIACA CORONARIA: HALLAZGOS DEL ESTUDIO DE ALEATORIZACIÓN MENDELIANA EN EL ESTUDIO DE POBLACIÓN GENERAL DE COPENHAGUE

Jeger RV. Mens sana in corpore sano revisited. *Eur Heart J.* 2013; 34:2580-2581 [AO,I]

23828832

MENS SANA IN CORPORE SANO REVISITADA

Barth J. Neglecting the subjective relevance of stress on health: a protective strategy for your heart? *Eur Heart J.* 2013; 34:2658-2659 [AO,I]

23886916

OLVIDO DE LA RELEVANCIA SUBJETIVA DEL ESTRÉS SOBRE LA SALUD: ¿ESTRATEGIA PROTECTORA PARA SU CORAZÓN?

Laufs U, Weintraub WS, Packard CJ. Beyond statins: what to expect from add-on lipid regulating therapy? *Eur Heart J.* 2013; 34:2660-2665 [R,I]

23832488

MÁS ALLÁ DE LAS ESTATINAS: ¿QUÉ ESPERAR DE LA TERAPIA REGULADORA DE LOS LÍPIDOS AÑADIDOS?

Nabi H, Kivimäki M, Batty GD, Shipley MJ, Britton A, Brunner EJ, et al. Increased risk of coronary heart disease among individuals reporting adverse impact of stress on their health: the Whitehall II prospective cohort study. *Eur Heart J.* 2013; 34:2697-2705 [S,II]

23804585

AUMENTO DEL RIESGO DE ENFERMEDAD CARDIACA CORONARIA EN INDIVIDUOS QUE INFORMAN DE IMPACTO ADVERSO DEL ESTRÉS SOBRE SU SALUD: ESTUDIO PROSPECTIVO DE COHORTES WHITEHALL II

Diener HC. Secondary prevention by stroke subtype: impact of the Korean experience. *Eur Heart J.* 2013; 34:2723-2724 [AO,I]

23828827

PREVENCIÓN SECUNDARIA SEGÚN SUBTIPO DE ICTUS: IMPACTO DE LA EXPERIENCIA COREANA

Kappenberger L. A new look at atrial fibrillation: lessons learned from drugs, pacing, and ablation therapies. *Eur Heart J.* 2013; 34:2739-2745 [R,I]

23864134

NUEVA MIRADA SOBRE LA FIBRILACIÓN AURICULAR: LECCIONES APRENDIDAS DE LAS TERAPIAS CON FÁRMACOS, MARCAPASOS Y ABLACIÓN

Krijthe BP, Kunst A, Benjamin EJ, Lip GY, Franco OH, Hofman A, et al. Projections on the number of individuals with atrial fibrillation in the European Union, from 2000 to 2060. *Eur Heart J.* 2013; 34:2746-2751 [T,I]

23900699

PROYECCIONES SOBRE EL NÚMERO DE INDIVIDUOS CON FIBRILACIÓN AURICULAR EN LA UNIÓN EUROPEA, DE 2000 A 2060

Kim D, Lee SH, Joon Kim B, Jung KH, Yu KH, Lee BC, et al; for Korean Stroke Registry investigators. Secondary prevention by stroke subtype: a nationwide follow-up study in 46 108 patients after acute ischaemic stroke. *Eur Heart J.* 2013; 34:2760-2767 [S,II]

23729692

PREVENCIÓN SECUNDARIA SEGÚN SUBTIPO DE ICTUS: ESTUDIO DE SEGUIMIENTO DE ÁMBITO NACIONAL EN 46.108 PACIENTES TRAS ICTUS AGUDO ISQUÉMICO

FAMILY MEDICINE

Lebensohn P, Dodds S, Benn R, Brooks AJ, Birch M, Cook P et al. Resident wellness behaviors: relationship to stress, depression, and burnout. *Fam Med.* 2013; 45:541-549 [T,I]

24129866

CONDUCTAS DE BIENESTAR EN RESIDENTES: RELACIÓN CON EL ESTRÉS, LA DEPRESIÓN Y EL DESGASTE

Schmidt S, Rice A, Kolas K. Teaching by example—educating medical students through a weight management experience. *Fam Med.* 2013; 45:572-575 [QE,I]

24129870

ENSEÑAR CON EL EJEMPLO—FORMAR A LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA A TRAVÉS DE UNA EXPERIENCIA DE MANEJO DEL PESO

GUT

Chen Y, Segers S, Blaser MJ. Association between Helicobacter pylori and mortality in the NHANES III study. *Gut.* 2013; 62:1262-1269 [S,II]

23303440

ASOCIACIÓN ENTRE EL HELICOBACTER PYLORI Y LA MORTALIDAD EN EL ESTUDIO NHANES III

JOURNAL OF THE AMERICAN BOARD OF FAMILY MEDICINE

Green BB. Caring for patients with multiple chronic conditions: balancing evidenced-based and patient-centered care. *J Am Board Fam Med.* 2013; 26:484-485 [AO,I]

24004699

ATENDER A PACIENTES CON MÚLTIPLES PROBLEMAS CRÓNICOS: EQUILIBRAR LA ATENCIÓN BASADA EN LA EVIDENCIA Y LA BASADA EN EL PACIENTE

Scheid DC, Hamm RM, Ramakrishnan K, McCarthy LH, Mold JW; Oklahoma Physicians Resource/Research Network. Improving colorectal cancer screening in family medicine: an Oklahoma Physicians Resource/Research Network (OK-PRN) study. *J Am Board Fam Med.* 2013; 26:498-507 [C,T,I]

24004701

MEJORAR EL CRIBAJE DE CÁNCER COLORRECTAL EN MEDICINA DE FAMILIA: ESTUDIO OKPRN

Ornstein SM, Nietert PJ, Jenkins RG, Litvin CB. The prevalence of chronic diseases and multimorbidity in primary care

- practice: a PPRNet report. *J Am Board Fam Med.* 2013; 26:518-524 [T,I]
24004703
PREVALENCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS Y MULTIMORBILIDAD EN LA PRÁCTICA DE ATENCIÓN PRIMARIA: INFORME PPRNet
- JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION**
- Benowitz NL, Goniaewicz ML. The regulatory challenge of electronic cigarettes. *JAMA.* 2013; 310:685-686 [AO,I]
23856948
EL RETO DE LA REGULACIÓN DE LOS CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS
- Pagoto SL, Appelhans BM. A call for an end to the diet debates. *JAMA.* 2013; 310:687-688 [AO,I]
23989081
LLAMAMIENTO PARA ACABAR CON LOS DEBATES SOBRE LAS DIETAS
- Lieberman JA, Dixon LB, Goldman HH. Early detection and intervention in schizophrenia: a new therapeutic model. *JAMA.* 2013; 310:689-690 [AO,I]
23989167
DETECCIÓN PRECOZ E INTERVENCIÓN EN LA ESQUIZOFRENIA
- Myers KA, Mrkobrada M, Simel DL. Does this patient have obstructive sleep apnea?: The Rational Clinical Examination systematic review. *JAMA.* 2013; 310:731-741 [M,II]
23989984
¿TIENE ESTE PACIENTE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO?
- Esserman LJ, Thompson IM Jr, Reid B. Overdiagnosis and overtreatment in cancer: an opportunity for improvement. *JAMA.* 2013; 310:797-798 [AO,I]
23896967
SOBREDIAGNÓSTICO Y SOBRETREATAMIENTO EN EL CÁNCER: OPORTUNIDAD PARA LA MEJORA
- Hermans J, Luime JJ, Meuffels DE, Reijman M, Simel DL, Bierma-Zeinstra SM. Does this patient with shoulder pain have rotator cuff disease?: The Rational Clinical Examination systematic review. *JAMA.* 2013; 310:837-847 [M,II]
23982370
¿TIENE ESTE PACIENTE CON DOLOR DE HOMBRO UNA ENFERMEDAD DEL MANGUITO DE ROTADORES? REVISIÓN SISTEMÁTICA THE RATIONAL CLINICAL EXAMINATION
- Chan JC. Diabetes and noncommunicable disease: prevent the preventables. *JAMA.* 2013; 310:916-917 [AO,I]
24002277
DIABETES Y ENFERMEDAD NO TRANSMISIBLE: PREVENIR LAS PREVENIBLES
- Halegoua-De Marzio DL, Fenkel JM. Treatment of severe alcoholic hepatitis with corticosteroids and pentoxifylline. *JAMA.* 2013; 310:1029-1030 [AO,I]
24026596
TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS ALCOHÓLICA GRAVE CON CORTICOIDES Y PENTOXIFILINA
- Dolor RJ, Schulman KA. Financial incentives in primary care practice: the struggle to achieve population health goals. *JAMA.* 2013; 310:1031-1032 [AO,I]
24026597
- INCENTIVOS ECONÓMICOS EN LA PRÁCTICA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA: LA LUCHA POR ALCANZAR LOS OBJETIVOS SANITARIOS EN LA POBLACIÓN
- Petersen LA, Simpson K, Pietz K, Urech TH, Hysong SJ, Profit J, et al. Effects of individual physician-level and practice-level financial incentives on hypertension care: a randomized trial. *JAMA.* 2013; 310:1042-1050 [EC,II]
24026599
EFECTOS DE LOS INCENTIVOS FINANCIEROS EN EL ÁMBITO MÉDICO Y EN EL ÁMBITO DE LA CONSULTA SOBRE LA ATENCIÓN DE LA HIPERTENSIÓN: ENSAYO ALEATORIZADO
- Bardach NS, Wang JJ, De Leon SF, Shih SC, Boscardin WJ, Goldman LE, et al. Effect of pay-for-performance incentives on quality of care in small practices with electronic health records: a randomized trial. *JAMA.* 2013; 310:1051-1059 [EC,II]
24026600
EFECTO DE LOS INCENTIVOS DE PAGO POR RENDIMIENTO SOBRE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN PEQUEÑAS CONSULTAS CON HISTORIAS CLÍNICAS ELECTRÓNICAS: ENSAYO ALEATORIZADO
- Mead GE, Hsieh CF, Hackett M. Selective serotonin reuptake inhibitors for stroke recovery. *JAMA.* 2013; 310:1066-1067 [AO,I]
24026602
ISRS PARA LA RECUPERACIÓN DEL ICTUS
- Ridker PM, Wilson PW. A trial-based approach to statin guidelines. *JAMA.* 2013; 310:1123-1124 [AO,I]
23942579
ABORDAJE DE LAS GUÍAS SOBRE ESTATINAS BASADO EN LOS ENSAYOS
- Tardif JC, Grégoire J. Renin-angiotensin system inhibition and secondary cardiovascular prevention. *JAMA.* 2013; 310:1130-1131 [AO,I]
23999917
INHIBICIÓN DEL SISTEMA RENINA-ANGIOTENSINA Y PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR SECUNDARIA
- O'Connor PG. Managing substance dependence as a chronic disease: is the glass half full or half empty? *JAMA.* 2013; 310:1132-1134 [AO,I]
24045739
MANEJO DE LA DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS COMO UNA ENFERMEDAD CRÓNICA: ¿ESTÁ EL VASO MEDIO LLENO O MEDIO VACÍO?
- Nicholls SJ, Bakris GL, Kastelein JJ, Menon V, Williams B, Armbricht J, et al. Effect of aliskiren on progression of coronary disease in patients with prehypertension: the AQUARIUS randomized clinical trial. *JAMA.* 2013; 310:1135-1144 [EC,I]
23999933
EFECTO DEL ALISQUIRENO SOBRE LA PROGRESIÓN DE ENFERMEDAD CORONARIA EN PACIENTES CON PREHIPERTENSIÓN: ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO AQUARIUS
- Steg PG, Mehta SR, Pollack CV Jr, Bode C, Cohen M, French WJ, et al; TAO Investigators. Anticoagulation with otamixaban and ischemic events in non-ST-segment elevation acute coronary syndromes: the TAO randomized clinical trial. *JAMA.* 2013; 310:1145-1155 [EC,II]
23995608
ANTICOAGULACIÓN CON OTAMIXABAN Y ACONTECIMIENTOS ISQUÉMICOS EN LOS SÍNDROMES CORONARIOS AGUDOS SIN ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST: ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO TAO

Brown CJ, Flood KL. Mobility limitation in the older patient: a clinical review. JAMA. 2013; 310:1168-1177 [R,II]
24045741

MOVILIDAD LIMITADA EN LOS PACIENTES ANCIANOS: REVISIÓN CLÍNICA

Bjelakovic G, Nikolova D, Gluud C. Antioxidant supplements to prevent mortality. JAMA. 2013; 310:1178-1179 [AO,I]
24045742

SUPLEMENTOS ANTIOXIDANTES PARA PREVENIR LA MORTALIDAD

Perry JJ, Stiell IG, Sivilotti ML, Bullard MJ, Hohl CM, Sutherland J, et al. Clinical decision rules to rule out subarachnoid hemorrhage for acute headache. JAMA. 2013; 310:1248-1255 [S,I]
24065011

REGLAS DE DECISIÓN CLÍNICA PARA DESCARTAR LA HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA EN EL DOLOR AGUDO DE CABEZA

JAMA INTERNAL MEDICINE

Smith RJ, Hiatt WR. Two new drugs for homozygous familial hypercholesterolemia: managing benefits and risks in a rare disorder. JAMA Intern Med. 2013; 173:1491-1492 [AO,I]
23649296

DOS NUEVOS FÁRMACOS PARA LA HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR HOMOCIGOTA: GESTIONAR LOS BENEFICIOS Y LOS RIESGOS EN UNA ENFERMEDAD RARA

Smith AK, Walter LC, Miao Y, Boscardin WJ, Covinsky KE. Disability during the last two years of life. JAMA Intern Med. 2013; 173:1506-1513 [S,II]
23836120

DISCAPACIDAD DURANTE LOS DOS ÚLTIMOS AÑOS DE VIDA

Chaudhry SI, Murphy TE, Gahbauer E, Sussman LS, Allore HG, Gill TM. Restricting symptoms in the last year of life: a prospective cohort study. JAMA Intern Med. 2013; 173:1534-1540 [S,II]
23836056

RESTRINGIR LOS SÍNTOMAS EN EL ÚLTIMO AÑO DE VIDA: ESTUDIO DE COHORTES PROSPECTIVO

Mafi JN, McCarthy EP, Davis RB, Landon BE. Worsening trends in the management and treatment of back pain. JAMA Intern Med. 2013; 173:1573-1581 [T,II]
23896698

EMPEORAMIENTO DE LAS TENDENCIAS EN EL MANEJO Y TRATAMIENTO DEL DOLOR DE ESPALDA

Lindekleiv H, Løchen ML, Mathiesen EB, Njølstad I, Wilsgaard T, Schirmer H. Echocardiographic screening of the general population and long-term survival: a randomized clinical study. JAMA Intern Med. 2013; 173:1592-1598 [EC,I]
23877591

CRIBAJE ECOCARDIOGRÁFICO DE LA POBLACIÓN GENERAL Y SUPERVIVENCIA A LARGO PLAZO: ESTUDIO CLÍNICO ALEATORIZADO

Li CI, Daling JR, Tang MT, Haugen KL, Porter PL, Malone KE. Use of antihypertensive medications and breast cancer risk among women aged 55 to 74 years. JAMA Intern Med. 2013; 173:1629-1637 [CC,II]
23921840

USO DE MEDICAMENTOS ANTIHIPERTENSIVOS Y RIESGO DE CÁNCER DE MAMA ENTRE MUJERES DE 55 A 74 AÑOS

JAMA PSYCHIATRY

Castrén E. Neuronal network plasticity and recovery from depression. JAMA Psychiatry. 2013; 70:983-989 [R,II]
23842648

PLASTICIDAD DE LA RED NEURONAL Y RECUPERACIÓN DE LA DEPRESIÓN

Slotkin TA. Maternal smoking and conduct disorder in the offspring. JAMA Psychiatry. 2013 [Epub ahead of print] [AO,I]
23884399

TABAQUISMO MATERNO Y TRASTORNOS DE CONDUCTA EN LA DESCENDENCIA

Gaysina D, Fergusson DM, Leve LD, Horwood J, Reiss D, Shaw DS, et al. Maternal smoking during pregnancy and offspring conduct problems: evidence from 3 independent genetically sensitive research designs. JAMA Psychiatry. 2013 [Epub ahead of print] [M,II]
23884431

TABAQUISMO MATERNO DURANTE EL EMBARAZO Y PROBLEMAS DE CONDUCTA EN LA DESCENDENCIA: EVIDENCIA PROCEDENTE DE 3 DISEÑOS DE INVESTIGACIÓN INDEPENDIENTES GENÉTICAMENTE SENSIBLES

MEDICINA CLÍNICA

de la Calle M, Cruceyra M, de Haro M, Magdaleno F, Montero MD, Aracil J, et al. Sífilis y embarazo: estudio de 94 casos. Med Clin (Barc). 2013; 141:141-144 [T,I]
23510608

SÍFILIS Y EMBARAZO: ESTUDIO DE 94 CASOS

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

Tagarro A. ¿Somos capaces de erradicar la sífilis congénita? Med Clin (Barc). 2013; 141:159-160 [AO,I]
23490489

¿SOMOS CAPACES DE ERRADICAR LA SÍFILIS CONGÉNITA?

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

Salinas A, Ramos JM, de Górgolas M. Enfermedad cardiovascular: una visión desde la salud global. Med Clin (Barc). 2013; 141:210-216 [R,I]
23522729

ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR: UNA VISIÓN DESDE LA SALUD GLOBAL

Pagès-Castellà A, Prieto D. Artrosis, osteoporosis y fracturas: controversias y evidencias. Med Clin (Barc). 2013; 141:217-220. doi [AO,I]
23540390

ARTROSIS, OSTEOPOROSIS Y FRACTURAS: CONTROVERSIAS Y EVIDENCIAS

Cabello JB, Empananza JJ, Burls AJ. Una educación para la clínica del siglo XXI: el currículo para la práctica basada en la evidencia. *Med Clin (Barc)*. 2013; 141:221-226 [AO,I]

23540389

UNA EDUCACIÓN PARA LA CLÍNICA DEL SIGLO XXI: EL CURRÍCULO PARA LA PRÁCTICA BASADA EN LA EVIDENCIA

Londoño J, León AL, Rodríguez F, Barrera L, de la Rosa G, Dennis R, et al. Lactato sérico en urgencias como factor pronóstico en pacientes con sepsis sin hipotensión. *Med Clin (Barc)*. 2013; 141:246-251 [T,I]

22854071

LACTATO SÉRICO EN URGENCIAS COMO FACTOR PRONÓSTICO EN PACIENTES CON SEPSIS SIN HIPOTENSIÓN

Tor J, Muga R. El hígado graso y el síndrome metabólico. *Med Clin (Barc)*. 2013; 141:252-253 [AO,I]

23578845

EL HÍGADO GRASO Y EL SÍNDROME METABÓLICO

Adam P, Permanyer-Miralda G. Investigación en ciencias de la salud, corresponsabilidad e impacto social. *Med Clin (Barc)*. 2013; 141:254-256 [AO,I]

23664033

INVESTIGACIÓN EN CIENCIAS DE LA SALUD, CORRESPONSABILIDAD E IMPACTO SOCIAL

Díez-Manglano J. Análisis económico del tratamiento de la insuficiencia cardiaca con betabloqueantes. *Med Clin (Barc)*. 2013; 141:265-270 [R,I]

23597957

ANÁLISIS ECONÓMICO DEL TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA CON BETABLOQUEANTES

REUMATOLOGÍA CLÍNICA

García-Magallón B, Silva-Fernández L, Andreu-Sánchez JL. Actualización del uso de los glucocorticoides en la artritis reumatoide. *Reumatol Clin*. 2013; 09:297-302 [R,I]

23726772

ACTUALIZACIÓN DEL USO DE LOS GLUCOCORTICOIDES EN LA ARTRITIS REUMATOIDE

REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA

de Burgos-Lunar C, Del Cura-González I, Salinero-Fort MA, Gómez-Campelo P, Pérez de Isla L, Jiménez-García R. Retraso diagnóstico de la hipertensión arterial en pacientes diabéticos atendidos en atención primaria. *Rev Esp Cardiol*. 2013; 66:700-706 [S,I]

23684248

RETRASO DIAGNÓSTICO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PACIENTES DIABÉTICOS ATENDIDOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

SCANDINAVIAN JOURNAL OF PRIMARY HEALTH CARE

Rokstad IS, Rokstad KS, Holmen S, Lehmann S, Assmus J. Electronic optional guidelines as a tool to improve the process of referring patients to specialized care: an intervention study. *Scand J Prim Health Care*. 2013; 31:166-171 [EC,I]

23941087

PAUTAS OPCIONALES ELECTRÓNICAS COMO HERRAMIENTA PARA MEJORAR EL PROCESO DE DERIVACIÓN DE PACIENTES A LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA: ESTUDIO DE INTERVENCIÓN

THE LANCET

Windecker S, Bax JJ, Myat A, Stone GW, Marber MS. Future treatment strategies in ST-segment elevation myocardial infarction. *Lancet*. 2013; 382:644-657 [R,I]

23953388

ESTRATEGIAS FUTURAS DE TRATAMIENTO EN EL INFARTO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST

Griffin MR. High-dose non-steroidal anti-inflammatories: painful choices. *Lancet*. 2013; 382:746-768 [AO,I]

23726391

AINE A DOSIS ALTAS: ELECCIONES DOLOROSAS

Bhala N, Emberson J, Merhi A, Abramson S, Arber N, Baron JA, et al. Coxib and traditional NSAID Trialists' (CNT) Collaboration. Vascular and upper gastrointestinal effects of non-steroidal anti-inflammatory drugs: meta-analyses of individual participant data from randomised trials. *Lancet*. 2013; 382:769-779 [M,II]

23726390

EFFECTOS VASCULARES Y GASTROINTESTINALES SUPERIORES DE LOS FÁRMACOS ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS: METAANÁLISIS DE DATOS DE PARTICIPANTES INDIVIDUALES DE ENSAYOS ALEATORIZADOS

The lethal burden of drug overdose. *Lancet*. 2013; 382:833. doi [AO,I]

24012254

LA CARGA LETAL DE LA SOBREDOSIS DE DROGAS

Norman RE, Bradshaw D. What is the scale of intimate partner homicide? *Lancet*. 2013; 382:836-838 [AO,I]

23790261

¿CUÁL ES LA ESCALA DEL HOMICIDA DE PAREJA?

Beachler DC, D'Souza G. Natural history of oral papillomavirus infection in men. *Lancet*. 2013; 382:839-841 [AO,I]

23827091

HISTORIA NATURAL DE LA INFECCIÓN POR PAPILOMAVIRUS ORAL EN HOMBRES

Stöckl H, Devries K, Rotstein A, Abrahams N, Campbell J, Watts C, et al. The global prevalence of intimate partner homicide: a systematic review. *Lancet*. 2013; 382:859-865 [M,II]

23791474

PREVALENCIA MUNDIAL DEL HOMICIDIO DE PAREJA: REVISIÓN SISTEMÁTICA

Sprague S, Bhandari M, Della Rocca GJ, Goslings JC, Poolman RW, Madden K, et al. PRAISE Investigators. Prevalence of abuse and intimate partner violence surgical evaluation (PRAISE) in orthopaedic fracture clinics: a multinational prevalence study. *Lancet*. 2013; 382:866-876 [T,II]

23768757

PREVALENCIA DEL MALTRATO Y DE LA VIOLENCIA DE PAREJA, EVALUACIÓN QUIRÚRGICA EN LA CLÍNICA DE FRACTURAS ORTOPÉDICAS (PRAISE): ESTUDIO DE PREVALENCIA MULTINACIONAL

Kreimer AR, Pierce Campbell CM, Lin HY, Fulp W, Papenfuss MR, Abrahamsen M, et al. Incidence and clearance of oral human papillomavirus infection in men: the HIM cohort study. *Lancet*. 2013; 382:877-887 [S,I]

23827089

INCIDENCIA Y LIQUIDACIÓN DE LA INFECCIÓN POR PAPILOMAVIRUS HUMANO ORAL EN HOMBRES: ESTUDIO DE COHORTES HIM

Crosbie EJ, Einstein MH, Franceschi S, Kitchener HC. Human papillomavirus and cervical cancer. *Lancet*. 2013; 382:889-899. doi [R,I]
23618600
PAPILOMAVIRUS HUMANO Y CÁNCER DE CÉRVIX

Diamant M, Morsink LM. SGLT2 inhibitors for diabetes: turning symptoms into therapy. *Lancet*. 2013; 382:917-918 [AO,I]
23850056
INHIBIDORES DE SGLT2 EN LA DIABETES: TRANSFORMAR LOS SÍNTOMAS EN TRATAMIENTO

Action on ambient air pollution. *Lancet*. 2013; 382:1000 [AO,I]
24054522
ACTUACIÓN SOBRE LA CONTAMINACIÓN DEL AIRE

Forastiere F, Agabiti N. Assessing the link between air pollution and heart failure. *Lancet*. 2013; 382:1008-1010 [AO,I]
23849323
EVALUAR LA RELACIÓN ENTRE LA CONTAMINACIÓN DEL AIRE Y LA INSUFICIENCIA CARDIACA

Shah AS, Langrish JP, Nair H, McAllister DA, Hunter AL, Donaldson K, et al. Global association of air pollution and heart failure: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2013; 382:1039-1048 [M,II]
23849322
ASOCIACIÓN EN EL MUNDO ENTRE CONTAMINACIÓN DEL AIRE E INSUFICIENCIA CARDIACA: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS

THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE

Thompson IM Jr, Goodman PJ, Tangen CM, Parnes HL, Minasian LM, Godley PA, et al. Long-term survival of participants in the prostate cancer prevention trial. *N Engl J Med*. 2013; 369:603-610 [EC,I]
23944298
SUPERVIVENCIA A LARGO PLAZO DE LOS PARTICIPANTES EN EL ENSAYO DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE PRÓSTATA

LeFevre M. A role for finasteride in the prevention of prostate cancer? *N Engl J Med*. 2013; 369:670-671 [AO,I]
23944306
PAPEL DE LA FINASTERIDA EN LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE PRÓSTATA

Farkas RH, Unger EF, Temple R. Zolpidem and driving impairment--identifying persons at risk. *N Engl J Med*. 2013; 369:689-691 [AO,I]
23923991
ZOLPIDEM Y DIFICULTAD PARA CONDUCIR--IDENTIFICAR A LAS PERSONAS DE RIESGO

Rosenbaum L, Shrank WH. Taking our medicine--improving adherence in the accountability era. *N Engl J Med*. 2013; 369:694-695 [AO,I]
23964931
TOMAR NUESTRA MEDICINA--MEJORAR EL CUMPLIMIENTO EN UNA ERA DE RESPONSABILIDAD

Nielsen OH, Ainsworth MA. Tumor necrosis factor inhibitors for inflammatory bowel disease. *N Engl J Med*. 2013; 369:754-762 [T,I]
23964937
INHIBIDORES DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

Aronson L. "Good" patients and "difficult" patients--rethinking our definitions. *N Engl J Med*. 2013; 369:796-797 [AO,I]
23984727
"BUENOS" PACIENTES Y PACIENTES "DIFÍCILES"--REPENSAR NUESTRAS DEFINICIONES

Agnelli G, Buller HR, Cohen A, Curto M, Gallus AS, Johnson M, et al; AMPLIFY Investigators. Oral apixaban for the treatment of acute venous thromboembolism. *N Engl J Med*. 2013; 369:799-808 [EC,I]
23808982
APIXABÁN ORAL EN EL TRATAMIENTO DEL TROMBOEMBOLISMO VENOSO AGUDO

Mølgaard-Nielsen D, Pasternak B, Hviid A. Use of oral fluconazole during pregnancy and the risk of birth defects. *N Engl J Med*. 2013; 369:830-839 [S,I]
23984730
USO DE FLUCONAZOL ORAL DURANTE EL EMBARAZO Y RIESGO DE DEFECTOS DE NACIMIENTO

Cushman M. Treating acute venous thromboembolism--shift with care. *N Engl J Med*. 2013; 369:865-866 [AO,I]
23808983
TRATAR EL TROMBOEMBOLISMO VENOSO AGUDO--CAMBIAR CON CUIDADO

McWilliams A, Tammemagi MC, Mayo JR, Roberts H, Liu G, Soghrati K, et al. Probability of cancer in pulmonary nodules detected on first screening CT. *N Engl J Med*. 2013; 369:910-919 [S,I]
24004118
PROBABILIDAD DE CÁNCER EN LOS NÓDULOS PULMONARES DETECTADOS EN EL PRIMER CRIBAJE CON TAC

Aberle DR, DeMello S, Berg CD, Black WC, Brewer B, Church TR, et al; National Lung Screening Trial Research Team. Results of the two incidence screenings in the National Lung Screening Trial. *N Engl J Med*. 2013; 369:920-931 [EC,I]
24004119
RESULTADOS DE LOS DOS CRIBAJES DE INCIDENCIA EN EL ENSAYO DE CRIBAJE PULMONAR NACIONAL

Shlipak MG, Matsushita K, Ärnlöv J, Inker LA, Katz R, Polkinghorne KR, et al; CKD Prognosis Consortium. Cystatin C versus creatinine in determining risk based on kidney function. *N Engl J Med*. 2013; 369:932-943 [M,II]
24004120
CISTATINA C FRENTE A CREATININA PARA DETERMINAR EL RIESGO BASADO EN LA FUNCIÓN RENAL

Ezzati M, Riboli E. Behavioral and dietary risk factors for non-communicable diseases. *N Engl J Med*. 2013; 369:954-964 [R,I]
24004122
FACTORES DE RIESGO DIETÉTICOS Y CONDUCTUALES PARA ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Ingelfinger JR, Marsden PA. Estimated GFR and risk of death--is cystatin C useful? *N Engl J Med*. 2013; 369:974-975 [AO,I]
24004125
TASA ESTIMADA DE FILTRADO GLOMERULAR Y RIESGO DE MUERTE ¿ES ÚTIL LA CISTATINA?

Betses M, Brennan T. Abusive prescribing of controlled substances--a pharmacy view. *N Engl J Med*. 2013; 369:989-991 [AO,I]
23964897

PRESCRIPCIÓN ABUSIVA DE SUSTANCIAS CONTROLADAS-
-PUNTO DE VISTA DE LA FARMACIA

Montalescot G, Bolognese L, Dudek D, Goldstein P, Hamm C, Tanguay JF, et al; ACCOAST Investigators. Pretreatment with prasugrel in non-ST-segment elevation acute coronary syndromes. *N Engl J Med.* 2013; 369:999-1010 [EC,I]

23991622

PRETRATAMIENTO CON PRASUGREL EN LOS SÍNDROMES CORONARIOS AGUDOS SIN ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST

Finkelstein JS, Lee H, Burnett-Bowie SA, Pallais JC, Yu EW, Borges LF, et al. Gonadal steroids and body composition, strength, and sexual function in men. *N Engl J Med.* 2013; 369:1011-1022 [EC,I]

24024838

ESTEROIDES GONADALES Y COMPOSICIÓN CORPORAL, FUERZA Y FUNCIÓN SEXUAL EN LOS HOMBRES

Nishihara R, Wu K, Lochhead P, Morikawa T, Liao X, Qian ZR, et al. Long-term colorectal-cancer incidence and mortality after lower endoscopy. *N Engl J Med.* 2013; 369:1095-1105 [S,II]

24047059

INCIDENCIA DE CÁNCER COLORRECTAL A LARGO PLAZO Y MORTALIDAD TRAS ENDOSCOPIA BAJA

Shaukat A, Mongin SJ, Geisser MS, Lederle FA, Bond JH, Mandel JS, et al. Long-term mortality after screening for colorectal cancer. *N Engl J Med.* 2013; 369:1106-1114 [EC,II]

24047060

MORTALIDAD A LARGO PLAZO TRAS CRIBAJE DE CÁNCER COLORRECTAL

Labrie J, Berghmans BL, Fischer K, Milani AL, van der Wijk I, Smalbraak DJ, et al. Surgery versus physiotherapy for stress urinary incontinence. *N Engl J Med.* 2013; 369:1124-1133 [EC,I]

24047061

CIRUGÍA FRENTE A FISIOTERAPIA EN LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO

Eikelboom JW, Connolly SJ, Brueckmann M, Granger CB, Kappelein AP, Mack MJ, et al; RE-ALIGN Investigators. Dabigatran versus warfarin in patients with mechanical heart valves. *N Engl J Med.* 2013; 369:1206-1214 [EC,I]

23991661

DABIGATRÁN FRENTE A WARFARINA EN PACIENTES CON VÁLVULAS CARDIACAS MECÁNICAS

Hylek EM. Dabigatran and mechanical heart valves--not as easy as we hoped. *N Engl J Med.* 2013; 369:1264-1266 [AO,I]

23991659

DABIGATRÁN Y VÁLVULAS CARDIACAS MECÁNICAS--NO TAN FÁCIL COMO ESPERÁBAMOS

THORAX

Bajwah S, Ross JR, Peacock JL, Higginson IJ, Wells AU, Patel AS, et al. Interventions to improve symptoms and quality of life of patients with fibrotic interstitial lung disease: a systematic review of the literature. *Thorax.* 2013; 68:867-879 [M,I]

23204065

INTERVENCIONES PARA MEJORAR LOS SÍNTOMAS Y LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON FIBROSIS PULMONAR INTERSTICIAL: REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA

OCTUBRE

ACADEMIC MEDICINE

Sklar DP. Sharing new ideas and giving them wings: introducing innovation reports. *Acad Med.* 2013; 88:1401-1402 [AO,I]

24064607

COMPARTIR IDEAS Y DARLES ALAS: INTRODUCIR INFORMES DE INNOVACIÓN

Prober CG, Khan S. Medical education reimaged: a call to action. *Acad Med.* 2013; 88:1407-1410 [AO,I]

23969367

LA FORMACIÓN MÉDICA REIMAGINADA: LLAMADA A LA ACCIÓN

Mehta NB, Hull AL, Young JB, Stoller JK. Just imagine: new paradigms for medical education. *Acad Med.* 2013; 88:1418-1423 [R,I]

23969368

SÓLO IMAGINE: NUEVOS PARADIGMAS EN LA FORMACIÓN MÉDICA

Davis NL, Davis DA, Johnson NM, Grichnik KL, Headrick LA, Pingleton SK, et al. Aligning academic continuing medical education with quality improvement: a model for the 21st century. *Acad Med.* 2013; 88:1437-1441 [R,II]

23969360

ALINEAR LA FORMACIÓN MÉDICA CONTINUADA CON LA MEJORA DE LA CALIDAD: MODELO PARA EL SIGLO XXI

Coria A, McKelvey TG, Charlton P, Woodworth M, Lahey T. The design of a medical school social justice curriculum. *Acad Med.* 2013; 88:1442-1449 [R,II]

23969356

DISEÑO DE UN CURRÍCULO DE JUSTICIA SOCIAL EN LA FACULTAD DE MEDICINA

ANNALS OF INTERNAL MEDICINE

Moyer VA; on behalf of the U.S. Preventive Services Task Force*. Screening for glaucoma: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med.* 2013; 159:1-28 [M,II]

23836133

CRIBAJE DEL GLAUCOMA: DECLARACIÓN DE RECOMENDACIÓN DEL US PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE

Lee M, Saver JL, Hong KS, Rao NM, Wu YL, Ovbiagele B. Risk-benefit profile of long-term dual- versus single-antiplatelet therapy among patients with ischemic stroke: a systematic review and meta-analysis. *Ann Intern Med.* 2013; 159:463-470 [M,II]

24081287

PERFIL RIESGO-BENEFICIO DEL TRATAMIENTO ANTIPLAQUETARIO A LARGO PLAZO DUAL FRENTE A SIMPLE EN PACIENTES CON ICTUS ISQUÉMICO: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS

Schellenberg ES, Dryden DM, Vandermeer B, Ha C, Korownyk C. Lifestyle interventions for patients with and at risk for type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Ann Intern Med.* 2013; 159:543-551 [M,II]

24126648

INTERVENCIONES SOBRE LOS HÁBITOS DE VIDA EN PACIENTES CON RIESGO DE DIABETES TIPO 2: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS

Moyer VA; U.S. Preventive Services Task Force. Primary care interventions to prevent tobacco use in children and adolescents: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med.* 2013; 159:552-557 [M,III]
23974083

INTERVENCIONES EN ATENCIÓN PRIMARIA PARA PREVENIR EL USO DEL TABACO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES: DECLARACIÓN DE RECOMENDACIÓN DEL US PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE

Qaseem A, Holty JE, Owens DK, Dallas P, Starkey M, Shekelle P; for the Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. Management of obstructive sleep apnea in adults: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med.* 2013 [Epub ahead of print] [M,III]
24061345

MANEJO DE LA APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO EN ADULTOS: GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DEL AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS

ARCHIVOS DE BRONCONEUMOLOGÍA

Gáldiz JB, Martínez Llorens J. Nuevos valores espirométricos de referencia. *Arch Bronconeumol.* 2013; 49:413-414 [AO,I]
23684313

NUEVOS VALORES ESPIROMÉTRICOS DE REFERENCIA

ATENCIÓN PRIMARIA

Carnero C, Cruz I, Espejo B, Cárdenas S, Torrero P, Olazarán J. Efectividad del Mini-Mental en la detección del deterioro cognitivo en Atención Primaria. *Aten Primaria.* 2013; 45:426-433 [EC,II]
23870551 R/C

EFFECTIVIDAD DEL MINI-MENTAL EN LA DETECCIÓN DEL DETERIORO COGNITIVO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Lizan L. Cuidado con las comparaciones indirectas: a propósito de los nuevos anticoagulantes orales. *Aten Primaria.* 2013; 45:448-450 [AO,I]
24206756

CUIDADO CON LAS COMPARACIONES INDIRECTAS: A PROPÓSITO DE LOS NUEVOS ANTICOAGULANTES ORALES

Inoriza JM, Pérez M, Cols M, Sánchez I, Carreras M, Coderch J. Análisis de la población diabética de una comarca: perfil de morbilidad, utilización de recursos, complicaciones y control metabólico. *Aten Primaria.* 2013; 45:461-475 [T,I]
23830042 R/C

ANÁLISIS DE LA POBLACIÓN DIABÉTICA DE UNA COMARCA: PERFIL DE MORBILIDAD, UTILIZACIÓN DE RECURSOS, COMPLICACIONES Y CONTROL METABÓLICO

Bóveda J, Pérula LA, Campiñe M, Bosch JM, Barragán N, Prados JA; en representación del Grupo Colaborativo Estudio Dislip-EM. Evidencia actual de la entrevista motivacional en el abordaje de los problemas de salud en atención primaria. *Aten Primaria.* 2013; 45:486-495 [R,II]
24042074 R/C

EVIDENCIA ACTUAL DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL EN EL ABORDAJE DE LOS PROBLEMAS DE SALUD EN ATENCIÓN PRIMARIA

BRITISH MEDICAL JOURNAL

Morris R, Kapur N, Byng R. Assessing risk of suicide or self harm in adults. *BMJ.* 2013; 347:f4572 [R,I]
23886963

VALORAR EL RIESGO DE SUICIDIO O AUTOLESIÓN EN ADULTOS

Currie GP, Small I, Douglas G. Long acting β 2 agonists in adult asthma. *BMJ.* 2013; 347:f4662 [R,I]
 β 2 AGONISTAS DE ACCIÓN PROLONGADA EN ASMA EN ADULTOS

Jones DA, Timmis A, Wragg A. Novel drugs for treating angina. *BMJ.* 2013; 347:f4726 [AO,I]
24018101
NUEVOS FÁRMACOS PARA TRATAR EL ASMA

Binder A, Ellis S. When to order an antinuclear antibody test. *BMJ.* 2013; 347:f5060 [R,I]
23965507

CUÁNDO SOLICITAR UNA PRUEBA DE ANTICUERPOS ANTINUCLEARES

de Groot M, Kollen BJ. Course of bereavement over 8-10 years in first degree relatives and spouses of people who committed suicide: longitudinal community based cohort study. *BMJ.* 2013; 347:f5519 [S,II]
24089424

CURSO DEL DOLOR POR LA PÉRDIDA A LO LARGO DE 8-10 AÑOS EN LOS FAMILIARES DE PRIMER GRADO Y LOS CÓNYUGES DE LAS PERSONAS QUE HAN COMETIDO SUICIDIO: ESTUDIO DE COHORTE COMUNITARIA LONGITUDINAL

Uthman OA, van der Windt DA, Jordan JL, Dziedzic KS, Healey EL, Peat GM, et al. Exercise for lower limb osteoarthritis: systematic review incorporating trial sequential analysis and network meta-analysis. *BMJ.* 2013; 347:f5555 [M,II]
24055922

EJERCICIO PARA LA ARTROSIS DE EXTREMIDADES INFERIORES: REVISIÓN SISTEMÁTICA INCORPORANDO ANÁLISIS DE ENSAYO SECUENCIAL Y METAANÁLISIS EN RED

Correia AW, Peters JL, Levy JI, Melly S, Dominici F. Residential exposure to aircraft noise and hospital admissions for cardiovascular diseases: multi-airport retrospective study. *BMJ.* 2013; 347:f5561 [T,I]
24103538

EXPOSICIÓN AL RUIDO DE AVIONES EN LA VIVIENDA E INGRESOS EN HOSPITAL POR ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES: ESTUDIO RETROSPECTIVO EN VARIOS AEROPUERTOS

Naci H, Ioannidis JP. Comparative effectiveness of exercise and drug interventions on mortality outcomes: metaepidemiological study. *BMJ.* 2013;347:f5577 [M,II]

EFFECTIVIDAD COMPARADA DEL EJERCICIO Y LAS INTERVENCIONES FARMACOLÓGICAS SOBRE LOS RESULTADOS DE MORTALIDAD: ESTUDIO METAEPIDEMIOLÓGICO

Brotherton JM. Safety of the quadrivalent human papillomavirus vaccine. *BMJ.* 2013;347:f5631 [AO,I]
24108153

SEGURIDAD DE LA VACUNA TETRAVALENTE DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

Roddy E, Mallen CD, Doherty M. Gout. *BMJ.* 2013; 347:f5648 [R,I]
Thomas KH, Martin RM, Davies NM, Metcalfe C, Windmeijer F, Gunnell D. Smoking cessation treatment and risk of depression, suicide, and self harm in the Clinical Practice Research Datalink: prospective cohort study. *BMJ.* 2013; 347:f5704 [S,I]
24124105

TRATAMIENTO DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA Y RIESGO DE DEPRESIÓN, SUICIDIO Y AUTOLESIÓN EN LA CLÍNICA PRACTICE RESEARCH DATALINK: ESTUDIO DE COHORTE PROSPECTIVA

Stansfeld S. Airport noise and cardiovascular disease. *BMJ*. 2013; 347:f5752 [AO,I]
24103539

RUIDO DE AEROPUERTO Y ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

Llor C, Moragas A, Bayona C, Morros R, Pera H, Plana-Ripoll O, et al. Efficacy of anti-inflammatory or antibiotic treatment in patients with non-complicated acute bronchitis and discoloured sputum: randomised placebo controlled trial. *BMJ*. 2013; 347:f5762 [EC,II]
24097128

EFICACIA DEL TRATAMIENTO ANTIINFLAMATORIO O ANTIBIÓTICO EN PACIENTES CON BRONQUITIS AGUDA NO COMPLICADA Y ESPUTO SIN COLOREAR: ENSAYO ALEATORIZADO CONTROLADO CON PLACEBO

Little P, Hobbs FD, Moore M, Mant D, Williamson I, McNulty C, et al; PRISM investigators. Clinical score and rapid antigen detection test to guide antibiotic use for sore throats: randomised controlled trial of PRISM (PRIMARY care Streptococcal Management). *BMJ*. 2013; 347:f5806 [EC,I]
24114306

PUNTUACIÓN CLÍNICA Y PRUEBA RÁPIDA DE DETECCIÓN DE ANTÍGENO PARA PAUTAR EL USO DE ANTIBIÓTICO EN EL DOLOR DE GARGANTA: ENSAYO ALEATORIZADO CONTROLADO PRISM

Hirschl MM. Smoking status and the effects of antiplatelet drugs. *BMJ*. 2013; 347:f5909 [AO,I]

TABAQUISMO Y EFECTOS DE LOS FÁRMACOS ANTIPLAQUETARIOS

Wu HY, Huang JW, Lin HJ, Liao WC, Peng YS, Hung KY, et al. Comparative effectiveness of renin-angiotensin system blockers and other antihypertensive drugs in patients with diabetes: systematic review and bayesian network meta-analysis. *BMJ*. 2013; 347:f6008 [M,II]
24157497

EFFECTIVIDAD COMPARADA DE LOS BLOQUEADORES DEL SISTEMA RENINA-ANGIOTENSINA Y OTROS FÁRMACOS ANTIHIPERTENSIVOS EN PACIENTES CON DIABETES: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS EN RED BAYESIANO

Little P, Moore M, Kelly J, Williamson I, Leydon G, McDermott L, et al. Ibuprofen, paracetamol, and steam for patients with respiratory tract infections in primary care: pragmatic randomised factorial trial. *BMJ*. 2013; 347:f6041 [EC,II]

IBUPROFENO, PARACETAMOL Y VAPORES EN PACIENTES CON INFECCIÓN DE VÍAS RESPIRATORIAS EN ATENCIÓN PRIMARIA: ENSAYO PRAGMÁTICO FACTORIAL ALEATORIZADO

Abramson JD, Rosenberg HG, Jewell N, Wright JM. Should people at low risk of cardiovascular disease take a statin? *BMJ*. 2013;347:f6123 [R,II]

¿DEBERÍAN TOMAR ESTATINAS LAS PERSONAS CON RIESGO BAJO DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR?

Malhotra A. Saturated fat is not the major issue. *BMJ*. 2013; 347:f6340 [AO,I]
24149521

LA GRASA SATURADA NO ES LA CUESTIÓN PRINCIPAL

Heath I. Overdiagnosis: when good intentions meet vested interests—an essay by Iona Heath. *BMJ*. 2013; 347:f6361 [AO,I]
SOBREDIAGNÓSTICO: CUANDO LAS BUENAS INTENCIONES SE ENCUENTRAN CON LOS INTERESES PARTICULARES-- UN ENSAYO DE IONA HEATH

Godlee F. Statins for all over 50? No. *BMJ*. 2013; 347:f6412 [AO,I]
¿ESTATINAS PARA TODOS LOS MAYORES DE 50 AÑOS? NO

BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY

Cooper C, Li R, Lyketsos C, Livingston G. Treatment for mild cognitive impairment: systematic review. *Br J Psychiatry*. 2013; 203:255-264 [M,II]
24085737

TRATAMIENTO DEL DETERIORO COGNITIVO LEVE: REVISIÓN SISTEMÁTICA

Washbrook E, Propper C, Sayal K. Pre-school hyperactivity/attention problems and educational outcomes in adolescence: prospective longitudinal study. *Br J Psychiatry*. 2013; 203:265-271 [S,I]
23969481

PROBLEMAS PREESCOLARES DE HIPERACTIVIDAD Y ATENCIÓN Y RESULTADOS EDUCATIVOS EN LA ADOLESCENCIA: ESTUDIO PROSPECTIVO LONGITUDINAL

Crump C, Sundquist K, Winkleby MA, Sundquist J. Mental disorders and risk of accidental death. *Br J Psychiatry*. 2013; 203:297-302 [S,I]
23969485

TRASTORNOS MENTALES Y RIESGO DE MUERTE ACCIDENTAL

Carrière I, Ryan J, Norton J, Scali J, Stewart R, Ritchie K, et al. Anxiety and mortality risk in community-dwelling elderly people. *Br J Psychiatry*. 2013; 203:303-309 [T,I]
23929442

ANSIEDAD Y RIESGO DE MORTALIDAD EN LAS PERSONAS MAYORES RESIDENTES EN LA COMUNIDAD

CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION JOURNAL

Flegel K. People with dementia need better pain management. *CMAJ*. 2013; 185:1195 [AO,I]
24062177

LAS PERSONAS CON DEMENCIA NECESITAN UN MEJOR MANEJO DEL DOLOR

Bjornson CL, Johnson DW. Croup in children. *CMAJ*. 2013; 185:1317-1323 [R,I]
23939212

CRUP EN LOS NIÑOS

Shah HA, Heathcote J, Feld JJ. A Canadian screening program for hepatitis C: Is now the time? *CMAJ*. 2013; 185:1325-1328 [AO,I]
24082023

PROGRAMA CANADIENSE DE CRIBAJE DE LA HEPATITIS C: ¿YA ES HORA?

McAlister FA, Youngson E, Bakal JA, Kaul P, Ezekowitz J, van Walraven C. Impact of physician continuity on death or urgent readmission after discharge among patients with heart failure. *CMAJ*. 2013; 185:E681-E689 [T,I]
23959284

IMPACTO DE LA CONTINUIDAD MÉDICA SOBRE LA MUERTE O EL REINGRESO URGENTE TRAS EL ALTA HOSPITALARIA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA

Gorman DA, Abi-Jaoude E. Managing attention-deficit/hyperactivity disorder. *CMAJ*. 2013; 185:E739 [AO,I]
23775617

MANEJO DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

CIRCULATION

Wong KS, Wang Y, Leng X, Mao C, Tang J, Bath PM, et al. Early dual versus mono antiplatelet therapy for acute non-cardioembolic ischemic stroke or transient ischemic attack: an updated systematic review and meta-analysis. *Circulation*. 2013; 128:1656-1666 [M,II]
24030500

TERAPIA ANTIPLAQUETARIA PRECOZ MONO FRENTE A DUAL EN EL ICTUS ISQUÉMICO NO CARDIOEMBÓLICO O EL ATAQUE ISQUÉMICO TRANSITORIO: REVISIÓN SISTEMÁTICA ACTUALIZADA Y METAANÁLISIS

Kelly AS, Barlow SE, Rao G, Inge TH, Hayman LL, Steinberger J, et al; American Heart Association Atherosclerosis, Hypertension, and Obesity in the Young Committee of the Council on Cardiovascular Disease in the Young, Council on Nutrition, Physical Activity and Metabolism, and Council on Clinical Cardiology. Severe obesity in children and adolescents: identification, associated health risks, and treatment approaches: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2013; 128:1689-1712 [M,II]
24016455

OBESIDAD GRAVE EN NIÑOS Y ADOLESCENTES: IDENTIFICACIÓN, RIESGOS SANITARIOS ASOCIADOS Y ABORDAJES DE TRATAMIENTO: DECLARACIÓN CIENTÍFICA DE LA AHA

Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, Butler J, Casey DE Jr, Drazner MH, et al. 2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of Heart Failure: Executive Summary: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation*. 2013; 128:1810-1852 [M,III]
23741057

GUÍA 2013 ACCF/AHA PARA EL MANEJO DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA: RESUMEN EJECUTIVO: INFORME DEL GRUPO DE TRABAJO SOBRE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DE LA ACCF/AHA

WRITING COMMITTEE MEMBERS, Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, Butler J, Casey DE Jr, Drazner MH, et al. 2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of Heart Failure: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation*. 2013; 128:e240-e319 [M,III]
23741058

GUÍA 2013 ACCF/AHA PARA EL MANEJO DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA: INFORME DEL GRUPO DE TRABAJO SOBRE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DE LA ACCF/AHA

DIABETES CARE

Simmons D, Moses RG. Gestational diabetes mellitus: to screen or not to screen?: is this really still a question? *Diabetes Care*. 2013; 36:2877-2878 [AO,II]
24065839

DIABETES MELLITUS GESTACIONAL: ¿CRIBAR O NO CRIBAR?: ¿ES ÉSTA TODAVÍA LA CUESTIÓN?

McIntyre HD. Diagnosing gestational diabetes mellitus: rationed or rationally related to risk? *Diabetes Care*. 2013; 36:2879-2880 [AO,I]
24065840

DIAGNOSTICAR LA DIABETES MELLITUS GESTACIONAL: ¿REPARTIDA O RELACIONADA DE FORMA RACIONAL CON EL RIESGO?

Bosi E, Scavini M, Ceriello A, Cucinotta D, Tiengo A, Marino R, et al; PRISMA Study Group. Intensive structured self-monitoring of blood glucose and glycemic control in noninsulin-treated type 2 diabetes: the PRISMA randomized trial. *Diabetes Care*. 2013; 36:2887-2894 [EC,II]
23735724

AUTOMONITORIZACIÓN INTENSIVA ESTRUCTURADA DE LA GLUCOSA SANGUÍNEA Y CONTROL GLUCÉMICO EN LA DIABETES TIPO 2 NO TRATADA CON INSULINA: ENSAYO ALEATORIZADO PRISMA

ORIGIN Trial Investigators. Characteristics associated with maintenance of mean A1C <6.5% in people with dysglycemia in the ORIGIN trial. *Diabetes Care*. 2013; 36:2915-2922 [EC,II]
23656980

CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS CON EL MANTENIMIENTO DE UNA HBA1C MEDIA >6,5 % EN PERSONAS CON DISGLUCEMIA EN EL ENSAYO ORIGIN

Rosenstock J, Raccach D, Korányi L, Maffei L, Boka G, Miossec P, et al. Efficacy and safety of lixisenatide once daily versus exenatide twice daily in type 2 diabetes inadequately controlled on metformin: a 24-week, randomized, open-label, active-controlled study (GetGoal-X). *Diabetes Care*. 2013; 36:2945-2951 [EC,II]
23698396

EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA LIXISENATIDA UNA VEZ AL DÍA FRENTE A LA EXENATIDA DOS VECES AL DÍA EN LA DIABETES TIPO 2 CONTROLADA INADECUADAMENTE CON METFORMINA: ESTUDIO DE 24 SEMANAS ALEATORIZADO SIN ENMASCARAR CONTROLADO ACTIVAMENTE (GETGOAL-X)

Moore EM, Mander AG, Ames D, Kotowicz MA, Carne RP, Brodaty H, et al; AIBL Investigators. Increased risk of cognitive impairment in patients with diabetes is associated with metformin. *Diabetes Care*. 2013; 36:2981-2987 [T,II]
24009301

EL AUMENTO DE RIESGO DE ALTERACIÓN COGNITIVA EN PACIENTES CON DIABETES SE ASOCIA CON LA METFORMINA

Leong A, Dasgupta K, Chiasson JL, Rahme E. Estimating the population prevalence of diagnosed and undiagnosed diabetes. *Diabetes Care*. 2013; 36:3002-3008 [T,I]
23656982

ESTIMAR LA PREVALENCIA POBLACIONAL DE DIABETES DIAGNOSTICADA Y SIN DIAGNOSTICAR

Avalos GE, Owens LA, Dunne F; ATLANTIC DIP Collaborators. Applying current screening tools for gestational diabetes mellitus to a European population: is it time for change? *Diabetes Care*. 2013; 36:3040-3044 [S,II]
23757431

APLICAR LAS HERRAMIENTAS ACTUALES DE CRIBAJE DE LA DIABETES MELLITUS GESTACIONAL A UNA POBLACIÓN EUROPEA: ¿ES HORA DE CAMBIAR?

Odegaard AO, Jacobs DR Jr, Steffen LM, Van Horn L, Ludwig DS, Pereira MA. Breakfast frequency and development of metabolic risk. *Diabetes Care*. 2013; 36:3100-3106 [S,I]

23775814

FRECUENCIA DEL DESAYUNO Y DESARROLLO DE RIESGO METABÓLICO

Elley CR, Robinson T, Moyes SA, Kenealy T, Collins J, Robinson E, et al. Derivation and validation of a renal risk score for people with type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2013; 36:3113-3120 [T,I]

23801726

DERIVACIÓN Y VALIDACIÓN DE UNA TABLA DE RIESGO RENAL EN PERSONAS CON DIABETES TIPO 2

Katzmarzyk PT, Hu G, Cefalu WT, Mire E, Bouchard C. The importance of waist circumference and BMI for mortality risk in diabetic adults. *Diabetes Care*. 2013; 36:3128-3130 [T,I]

23757429

LA IMPORTANCIA DEL PERÍMETRO DE CINTURA Y EL IMC PARA EL RIESGO DE MORTALIDAD EN LOS ADULTOS DIABÉTICOS

Crosby-Nwaobi RR, Sivaprasad S, Amiel S, Forbes A. The relationship between diabetic retinopathy and cognitive impairment. *Diabetes Care*. 2013; 36:3177-3186 [T,I]

23633523

RELACIÓN ENTRE RETINOPATÍA DIABÉTICA Y ALTERACIÓN COGNITIVA

Barnard K, Peveler RC, Holt RI. Antidepressant medication as a risk factor for type 2 diabetes and impaired glucose regulation: systematic review. *Diabetes Care*. 2013; 36:3337-3345 [M,II]

24065841

MEDICACIÓN ANTIDEPRESIVA COMO FACTOR DE RIESGO DE DIABETES TIPO 2 Y REGULACIÓN ALTERADA DE LA GLUCOSA: REVISIÓN SISTEMÁTICA

DRUGS

Krentz AJ, Hompesch M. Targeting hyperglycaemia with anti-obesity drugs: time for a paradigm shift? *Drugs*. 2013; 73:1649-1651 [AO,I]

24092613

ATACAR LA HIPERGLUCEMIA CON FÁRMACOS ANTI-OBESIDAD: ¿HORA DE UN CAMBIO DE PARADIGMA?

Matera MG, Calzetta L, Cazzola M. β -adrenoceptor modulation in chronic obstructive pulmonary disease: present and future perspectives. *Drugs*. 2013; 73:1653-1663 [R,I]

24127222

MODULACIÓN DE β -ADRENOCEPTORES EN LA EPOC: PERSPECTIVAS PRESENTES Y FUTURAS

Monge-Maillo B, López-Vélez R. Therapeutic options for old world cutaneous leishmaniasis and new world cutaneous and mucocutaneous leishmaniasis. *Drugs*. 2013 [Epub ahead of print] [R,I]

24170665

OPCIONES TERAPÉUTICAS PARA LA LEISHMANIASIS CUTÁNEA DEL VIEJO MUNDO Y PARA LA LEISHMANIASIS CUTÁNEA Y MUCOCUTÁNEA DEL NUEVO MUNDO

Monge-Maillo B, López-Vélez R. Therapeutic options for visceral leishmaniasis. *Drugs*. 2013 [Epub ahead of print] [R,I]

24170666

OPCIONES TERAPÉUTICAS PARA LA LEISHMANIASIS VIS-CERAL (KALA-AZAR)

Ciurleo R, Bramanti P, Calabrò RS. Pharmacotherapy for disorders of consciousness: are 'Awakening' drugs really a possibility? *Drugs*. 2013 [Epub ahead of print] [R,I]

24170667

FARMACOTERAPIA EN LOS TRASTORNOS DE LA CONCIENCIA: ¿SON UNA POSIBILIDAD REALMENTE LOS FÁRMACOS "DESPERTADORES"?

EUROPEAN HEART JOURNAL

Ruilope LM. Long-term adherence to therapy: the clue to prevent hypertension consequences. *Eur Heart J*. 2013; 34:2931-2932 [AO,I]

23990601

CUMPLIMIENTO A LARGO PLAZO DEL TRATAMIENTO: LA PISTA PARA PREVENIR LAS CONSECUENCIAS DE LA HIPERTENSIÓN

Chowdhury R, Khan H, Heydon E, Shroufi A, Fahimi S, Moore C, et al. Adherence to cardiovascular therapy: a meta-analysis of prevalence and clinical consequences. *Eur Heart J*. 2013; 34:2940-2948 [M,II]

23907142

CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO CARDIOVASCULAR: METAANÁLISIS DE PREVALENCIA Y CONSECUENCIAS CLÍNICAS

Task Force Members, Montalescot G, Sechtem U, Achenbach S, Andreotti F, Arden C, Budaj A, et al. 2013 ESC guidelines on the management of stable coronary artery disease: The Task Force on the management of stable coronary artery disease of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J*. 2013; 34:2949-3003 [M,III]

23996286

PAUTAS 2013 DE LA ESC SOBRE EL MANEJO DE LA ENFERMEDAD ARTERIAL CORONARIA ESTABLE: GRUPO DE TRABAJO SOBRE EL MANEJO DE LA ENFERMEDAD ARTERIAL CORONARIA DE LA ESC

Danchin N, Puymirat E, Simon T. The (possibly) deceptive figures of decreased coronary heart disease mortality in Europe. *Eur Heart J*. 2013; 34:3014-3016 [AO,I]

24057076

LAS (POSIBLEMENTE) DECEPCIONANTES CIFRAS DEL DESCENSO DE MORTALIDAD CARDIACA CORONARIA EN EUROPA

Nichols M, Townsend N, Scarborough P, Rayner M. Cardiovascular disease in Europe: epidemiological update. *Eur Heart J*. 2013; 34:3028-3034 [R,II]

24014390

ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN EUROPA: PUESTA AL DÍA EPIDEMIOLÓGICA

Authors/Task Force Members, Rydén L, Grant PJ, Anker SD, Berne C, Cosentino F, Danchin N, et al. ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD: The Task Force on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases of the European Society of Cardiology (ESC) and developed in collaboration with the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Eur Heart J*. 2013; 34:3035-3087 [M,III]

23996285

GUÍAS DE LA ESC SOBRE DIABETES, PREDIABETES Y ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES, DESARROLLADAS EN COLABORACIÓN CON LA EASD: GRUPO DE TRABAJO SOBRE DIABETES, PREDIABETES Y ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES DESARROLLADO EN COLABORACIÓN CON LA EASD

Cleland JG, Clark AL, Costanzo P, Francis DP. Diabetes, aliskiren, and heart failure: let's bring ASTRONAUT down to earth. *Eur Heart J.* 2013; 34:3097-3099 [AO,I]

23999453

DIABETES, ALISQUIRENO E INSUFICIENCIA CARDIACA: BAJEMOS AL ASTRONAUTA A LA TIERRA

Ponikowski P, Jankowska EA. Hypoglycaemia in diabetic patients: highly undesirable by cardiologists. *Eur Heart J.* 2013; 34:3102-3105 [AO,I]

23999451

HIPOGLUCEMIA EN PACIENTES DIABÉTICOS: ALTAMENTE INDESEABLE PARA LOS CARDIÓLOGOS

Zaidi A, Sharma S. Reduced mortality in former Tour de France participants: the benefits from intensive exercise or a select genetic tour de force? *Eur Heart J.* 2013; 34:3106-3108 [AO,I]

24001717

MORTALIDAD REDUCIDA EN ANTERIORES PARTICIPANTES EN EL TOUR DE FRANCIA: ¿BENEFICIOS DEL EJERCICIO INTENSIVO O HAZAÑA MEDIANTE SELECCIÓN GENÉTICA? Juego de palabras entre tour de Francia y tour de force (hazaña)(en realidad la expresión tour de France es una paráfrasis de la expresión francesa tour de force)

Maggioni AP, Greene SJ, Fonarow GC, Böhm M, Zannad F, Solomon SD, et al; ASTRONAUT Investigators and Coordinators. Effect of aliskiren on post-discharge outcomes among diabetic and non-diabetic patients hospitalized for heart failure: insights from the ASTRONAUT trial. *Eur Heart J.* 2013; 34:3117-3127 [EC,II]

23999456

EFFECTO DEL ALISQUIRENO SOBRE LOS RESULTADOS TRAS EL ALTA HOSPITALARIA EN PACIENTES DIABÉTICOS Y NO DIABÉTICOS HOSPITALIZADOS POR INSUFICIENCIA CARDIACA: REFLEXIONES A PARTIR DEL ENSAYO ASTRONAUT

FAMILY MEDICINE

Biggs WS, Crosley PW, Kozakowski SM. Entry of US medical school graduates into family medicine residencies: 2012-2013. *Fam Med.* 2013; 45:642-646 [T,I]

24136695

INGRESO DE LOS LICENCIADOS DE LAS FACULTADES DE MEDICINA DE EE UU EN LAS RESIDENCIAS DE MEDICINA DE FAMILIA: 2012-2013

Biggs WS, Crosley PW, Kozakowski SM. Results of the 2013 national resident matching program: family medicine. *Fam Med.* 2013; 45:647-651 [T,I]

24136696

RESULTADOS DEL PROGRAMA NACIONAL DE SELECCIÓN DE RESIDENTES 2013: MEDICINA DE FAMILIA

Saultz J. Responsible and capable family physicians. *Fam Med.* 2013; 45:665-666 [AO,I]

24136704

MÉDICOS DE FAMILIA RESPONSABLES Y CAPACES

FAMILY PRACTICE

Redmond P, Grimes T, McDonnell R, Boland F, Hughes C, Fahey T. Tackling transitions in patient care: the process of medication reconciliation. *Fam Pract.* 2013; 30:483-484 [AO,I]

24065714

HACER FRENTE A LAS TRANSICIONES EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE: EL PROCESO DE LA CONCILIACIÓN DE MEDICACIONES

Fleming P, Godwin M. Low-glycaemic index diets in the management of blood lipids: a systematic review and meta-analysis. *Fam Pract.* 2013; 30:485-491 [M,II]

23804161

DIETAS DE BAJO ÍNDICE GLUCÉMICO EN EL MANEJO DE LOS LÍPIDOS SANGUÍNEOS: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS

El-Gohary M, Hay AD, Coventry P, Moore M, Stuart B, Little P. Corticosteroids for acute and subacute cough following respiratory tract infection: a systematic review. *Fam Pract.* 2013; 30:492-500 [M,II]

23836094

CORTICOIDES PARA LA TOS AGUDA Y SUBAGUDA POSTERIOR A LA INFECCIÓN DE VÍAS RESPIRATORIAS: REVISIÓN SISTEMÁTICA

Wändell P, Carlsson AC, Wettermark B, Lord G, Cars T, Ljunggren G. Most common diseases diagnosed in primary care in Stockholm, Sweden, in 2011. *Fam Pract.* 2013; 30:506-513 [T,I]

23825186

LAS ENFERMEDADES MÁS COMUNES DIAGNOSTICADAS EN ATENCIÓN PRIMARIA EN ESTOCOLMO, SUECIA, EN 2011

Strömberg R, Backlund LG, Johansson SE, Löfvander M. Mortality in depressed and non-depressed primary care Swedish patients: a 12-year follow-up cohort study. *Fam Pract.* 2013; 30:514-519 [S,I]

23913789

MORTALIDAD EN PACIENTES DE ATENCIÓN PRIMARIA SUECOS DEPRIMIDOS Y NO DEPRIMIDOS: ESTUDIO DE SEGUIMIENTO DE COHORTE A LO LARGO DE 12 AÑOS

Carmona M, García-Olmos LM, García-Sagredo P, Alberquilla A, López-Rodríguez F, Pascual M, et al. Heart failure in primary care: co-morbidity and utilization of health care resources. *Fam Pract.* 2013; 30:520-524 [T,I]

23776041

INSUFICIENCIA CARDIACA EN ATENCIÓN PRIMARIA: COMORBILIDAD Y UTILIZACIÓN DE RECURSOS SANITARIOS

Lavela SL, Gering J, Schectman G, Locatelli SM, Weaver FM, Davies M. Improving the quality of telephone-delivered health care: a national quality improvement transformation initiative. *Fam Pract.* 2013; 30:533-540 [T,I]

23689516

MEJORAR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA PROPORCIONADA POR TELÉFONO: INICIATIVA NACIONAL DE TRANSFORMACIÓN PARA MEJORA DE LA CALIDAD

Sung NJ, Markuns JF, Park KH, Kim K, Lee H, Lee JH. Higher quality primary care is associated with good self-rated health status. *Fam Pract.* 2013; 30:568-575 [T,I]

23759366

LA ATENCIÓN PRIMARIA DE MAYOR CALIDAD SE ASOCIA CON UN ESTADO DE SALUD AUTOCALIFICADO COMO BUENO

GACETA SANITARIA

Rodríguez D, Berenguera A, Pujol-Ribera E, Capella J, Peray JL, Roma J. Identificación de las competencias actuales y

- futuras de los profesionales de la salud pública. *Gac Sanit.* 2013; 27:388-397 [C,I]
23218974
IDENTIFICACIÓN DE LAS COMPETENCIAS ACTUALES Y FUTURAS DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD PÚBLICA
- Rodríguez Á, 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]
- 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]
- 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
- GUT**
- Neerincx M, Buffart TE, Mulder CJ, Meijer GA, Verheul HM. The future of colorectal cancer: implications of screening. *Gut.* 2013; 62:1387-1389 [AO,I]
23749605
EL FUTURO DEL CÁNCER COLORRECTAL: IMPLICACIONES DEL CRIBAJE
- JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION**
- Nabel EG. The Women's Health Initiative--a victory for women and their health. *JAMA.* 2013; 310:1349-1350 [AO,I]
24084919
LA WOMEN'S HEALTH INITIATIVE--UNA VICTORIA PARA LAS MUJERES Y SU SALUD
- Alford DP. Weighing in on opioids for chronic pain: the barriers to change. *JAMA.* 2013; 310:1351-1352 [AO,I]
24084920
OPINIÓN SOBRE LOS OPIOIDES EN EL DOLOR CRÓNICO: BARRERAS PARA EL CAMBIO
- Wissenberg M, Lippert FK, Folke F, Weeke P, Hansen CM, Christensen EF, et al. Association of national initiatives to improve cardiac arrest management with rates of bystander intervention and patient survival after out-of-hospital cardiac arrest. *JAMA.* 2013; 310:1377-1384 [S,II]
24084923
ASOCIACIÓN DE INICIATIVAS NACIONALES PARA MEJORAR EL MANEJO DE LA PARADA CARDIACA CON TASAS DE INTERVENCIÓN DE TRANSEÚNTES Y SUPERVIVENCIA DEL PACIENTE TRAS PARADA CARDIACA EXTRAHOSPITALARIA
- Jepson R, Craig J, Williams G. Cranberry products and prevention of urinary tract infections. *JAMA.* 2013; 310:1395-1396 [AO,I]
24084925
PRODUCTOS DE ARÁNDANOS Y PREVENCIÓN DE INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS
- Katz SJ, Hawley S. The value of sharing treatment decision making with patients: expecting too much? *JAMA.* 2013; 310:1559-1560 [AO,I]
24061082
EL VALOR DE LA TOMA DE DECISIONES DE TRATAMIENTO COMPARTIDAS CON LOS PACIENTES: ¿DEMASIADAS EXPECTATIVAS?
- Pasternak B, Svanström H, Mølgaard-Nielsen D, Melbye M, Hviid A. Metoclopramide in pregnancy and risk of major congenital malformations and fetal death. *JAMA.* 2013; 310:1601-1611 [S,II]
24129464
METOCLOPRAMIDA EN EL EMBARAZO Y RIESGO DE MALFORMACIONES CONGÉNITAS IMPORTANTES Y MUERTE FETAL
- Anglemyer A, Horvath T, Rutherford G. Antiretroviral therapy for prevention of HIV transmission in HIV-discordant couples. *JAMA.* 2013; 310:1619-1620 [AO,I]
24129466
TERAPIA ANTIRRETROVÍRICA EN LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL VIH EN PAREJAS VIH-DISCORDANTES
- Haukoos JS, Thrun MW. Eliminating prevention counseling to improve HIV screening. *JAMA.* 2013; 310:1679-1680 [AO,I]
24150464
ELIMINAR EL CONSEJO DE PREVENCIÓN PARA MEJORAR EL CRIBAJE DEL VIH
- Metsch LR, Feaster DJ, Gooden L, Schackman BR, Matheson T, Das M, et al. Effect of risk-reduction counseling with rapid HIV testing on risk of acquiring sexually transmitted infections: the AWARE randomized clinical trial. *JAMA.* 2013; 310:1701-1710 [EC,I]
24150466
EFECTO DEL CONSEJO DE REDUCCIÓN DE RIESGO CON PRUEBA RÁPIDA DE VIH SOBRE EL RIESGO DE ADQUIRIR INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL: ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO AWARE
- Azari AA, Barney NP. Conjunctivitis: a systematic review of diagnosis and treatment. *JAMA.* 2013; 310:1721-1729 [M,II]
24150468
CONJUNTIVITIS: REVISIÓN SISTEMÁTICA DEL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO
- JAMA INTERNAL MEDICINE**
- Gupta S, Halm EA, Rockey DC, Hammons M, Koch M, Carter E, et al. Comparative effectiveness of fecal immunochemical test outreach, colonoscopy outreach, and usual care for boosting colorectal cancer screening among the underserved:

a randomized clinical trial. JAMA Intern Med. 2013 [Epub ahead of print] [EC,II]

23921906

EFFECTIVIDAD COMPARADA DE LA PROMOCIÓN DE PRUEBAS INMUNOQUÍMICAS FECALES, PROMOCIÓN DE COLONOSCOPIAS Y ATENCIÓN CONVENCIONAL PARA INTENSIFICAR EL CRIBAJE DEL CÁNCER COLORECTAL ENTRE PERSONAS CARENTES DE ATENCIÓN: ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO

Dunkler D, Dehghan M, Teo KK, Heinze G, Gao P, Kohl M, et al. Diet and kidney disease in high-risk individuals with type 2 diabetes mellitus. JAMA Intern Med. 2013 [Epub ahead of print] [T,I]

23939297

DIETA Y ENFERMEDAD RENAL EN INDIVIDUOS DE ALTO RIESGO CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

Kramer H, Chang A. Moving dietary management of diabetes forward. JAMA Intern Med. 2013 [Epub ahead of print] [AO,I]

23939227

AVANZAR EN EL MANEJO DIETÉTICO DE LA DIABETES

Giovannucci E. Cholecalciferol treatment in older patients with isolated systolic hypertension. JAMA Intern Med. 2013 [Epub ahead of print] [AO,I]

23939050

TRATAMIENTO CON COLECALCIFEROL EN PACIENTES MAYORES CON HIPERTENSIÓN SISTÓLICA AISLADA

Witham MD, Price RJ, Struthers AD, Donnan PT, Messow CM, Ford I, et al. Cholecalciferol treatment to reduce blood pressure in older patients with isolated systolic hypertension: the VitDISH randomized controlled trial. JAMA Intern Med. 2013 [Epub ahead of print] [EC,I]

23939263

TRATAMIENTO CON COLECALCIFEROL PARA REDUCIR LA PRESIÓN ARTERIAL EN PACIENTES MAYORES CON HIPERTENSIÓN SISTÓLICA AISLADA: ENSAYO ALEATORIZADO CONTROLADO VITDISH

JAMA PSYCHIATRY

Kahn RS, Keefe RS. Schizophrenia is a cognitive illness: time for a change in focus. JAMA Psychiatry. 2013;70:1107-1112 [R,I]

23925787

LA ESQUIZOFRENIA ES UNA ENFERMEDAD COGNITIVA: HORA DE CAMBIAR EL ENFOQUE

MEDICINA CLÍNICA

Lobos-Bejarano JM, del Castillo-Rodríguez JC, Mena-González A, Alemán-Sánchez JJ, Cabrera de León A, Barón-Esquivias G, et al; en nombre de los Investigadores del Estudio FIATE (Situación actual de la Fibrilación auricular en Atención primaria en España). Características de los pacientes y abordaje terapéutico de la fibrilación auricular en atención primaria en España: Estudio FIATE. Med Clin (Barc). 2013; 141:279-286 [T,II]

23683967

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES Y ABORDAJE TERAPÉUTICO DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR EN ATENCIÓN PRIMARIA EN ESPAÑA: ESTUDIO FIATE

Segura J, de la Sierra A, Fernández S, Ruilope LM; en representación de los investigadores del estudio IDENTCARE. Influencia de la diabetes sobre la prevalencia de lesión de

órganos diana y enfermedad cardiovascular en los pacientes hipertensos de alto riesgo. Med Clin (Barc). 2013; 141:287-291 [T,I]

22841470

INFLUENCIA DE LA DIABETES SOBRE LA PREVALENCIA DE LESIÓN DE ÓRGANOS DIANA Y ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN LOS PACIENTES HIPERTENSOS DE ALTO RIESGO

Casado J, Parra P, Vega L, Suárez C. Relación entre hormona paratiroidea y riesgo cardiovascular en pacientes con insuficiencia de vitamina D. Med Clin (Barc). 2013; 141:292-294 [QE,I]

23790578

RELACIÓN ENTRE HORMONA PARATIROIDEA Y RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA DE VITAMINA D

Barríos V, Escobar C. Fibrilación auricular en la práctica clínica: todavía faltan respuestas. Med Clin (Barc). 2013; 141:295-296 [AO,I]

23743322

FIBRILACIÓN AURICULAR EN LA PRÁCTICA CLÍNICA: TODAVÍA FALTAN RESPUESTAS

Torres F, Pontes C. Datos ausentes: orden de búsqueda y captura. Med Clin (Barc). 2013; 141:297-299 [AO,I]

23706686

DATOS AUSENTES: ORDEN DE BÚSQUEDA Y CAPTURA

Bravo MF, Lahera G, Lalucat L, Fernández-Liria A; en representación del Grupo Elaborador de la Guía. Guía de práctica clínica sobre el trastorno bipolar: tratamiento farmacológico y psicosocial. Med Clin (Barc). 2013; 141:305.e1-305.e10 [M,II]

23891130

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE EL TRASTORNO BIPOLAR: TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y PSICOSOCIAL

Ramírez M, Pascual JF, Noguerado A. Nuevos fármacos antituberculosos en la tuberculosis resistente y multirresistente. Med Clin (Barc). 2013; 141:306-313 [R,I]

23540388

NUEVOS FÁRMACOS ANTITUBERCULOSOS EN LA TUBERCULOSIS RESISTENTE Y MULTIRRESISTENTE

Benítez JM, Jurado J, Ruiz P, González A, Muñoz M, García V, et al. Valoración precoz de la anemia en el paciente con hemorragia digestiva aguda: concordancia entre gasometría venosa y laboratorio convencional. Med Clin (Barc). 2013; 141:332-337 [T,I]

23103108

VALORACIÓN PRECOZ DE LA ANEMIA EN EL PACIENTE CON HEMORRAGIA DIGESTIVA AGUDA: CONCORDANCIA ENTRE GASOMETRÍA VENOSA Y LABORATORIO CONVENCIONAL

Sierra C, Ruilope LM. Efectividad del tratamiento antihipertensivo y control de la hipertensión arterial: ¿es mejorable? Med Clin (Barc). 2013; 141:343-345 [AO,I]

23831401

EFFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO Y CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL: ¿ES MEJORABLE?

Páramo JA. Nuevos anticoagulantes orales: el dilema de la anticoagulación en el anciano. Med Clin (Barc). 2013; 141:346-348 [AO,I]

23831406

NUEVOS ANTICOAGULANTES ORALES: EL DILEMA DE LA ANTICOAGULACIÓN EN EL ANCIANO

REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA

Arós F, Estruch R. Dieta mediterránea y prevención de la enfermedad cardiovascular. *Rev Esp Cardiol*. 2013; 66:771-774 [AO,I] 23910508

DIETA MEDITERRÁNEA Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

Mejía-Lancheros C, Estruch R, Martínez-González MA, Salas-Salvadó J, Corella D, Gómez-Gracia E, et al; en nombre de los investigadores del estudio PREDIMED. Nivel socioeconómico y desigualdades de salud en la prevención cardiovascular de la población española de edad avanzada. *Rev Esp Cardiol*. 2013; 66:803-811 [T,I] 23993411

NIVEL SOCIOECONÓMICO Y DESIGUALDADES DE SALUD EN LA PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR DE LA POBLACIÓN ESPAÑOLA DE EDAD AVANZADA

SCANDINAVIAN JOURNAL OF PRIMARY HEALTH CARE

Berendsen AJ, Nibbelink A, Blaauwbroek R, Berger MY, Tissing WJ. Second cancers after childhood cancer--GPs beware! *Scand J Prim Health Care*. 2013; 31:147-152 [T,I] 23906108

SEGUNDOS CÁNCERES TRAS UN CÁNCER INFANTIL ¿PRECAUCIÓN, MÉDICOS GENERALES!

Strandberg EL, Brorsson A, Hagstam C, Troein M, Hedin K. "I'm Dr Jekyll and Mr Hyde": are GPs' antibiotic prescribing patterns contextually dependent? A qualitative focus group study. *Scand J Prim Health Care*. 2013; 31:158-165 [C,I] 23941086

"SOY EL DR JEKYLL Y MR HYDE": ¿SON DEPENDIENTES DEL CONTEXTO LAS PAUTAS DE PRESCRIPCIÓN DE ANTIBIÓTICOS? ESTUDIO CUALITATIVO DE GRUPO FOCAL

Bathum L, Christensen R, Pedersen L, Pedersen P, Larsen J, Nexø J. Association of lipoprotein levels with mortality in subjects aged 50 + without previous diabetes or cardiovascular disease: a population-based register study. *Scand J Prim Health Care*. 2013; 31:172-180 [S,I] 23941088

ASOCIACIÓN DE LOS NIVELES DE LIPOPROTEÍNAS CON LA MORTALIDAD EN SUJETOS DE MÁS DE 50 AÑOS SIN DIABETES PREVIA NI ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR: ESTUDIO DE REGISTRO POBLACIONAL

THE LANCET

Child maltreatment in Europe: taking a public health approach. *Lancet*. 2013; 382:1072 [AO,I] 24075033

MALOS TRATOS A LOS NIÑOS EN EUROPA: HACER UN ABORDAJE DE SALUD PÚBLICA

Issa K, Mont MA. Total hip replacement: mortality and risks. *Lancet*. 2013; 382:1074-1076 [AO,I] 24075035

PRÓTESIS TOTAL DE CADERA: MORTALIDAD Y RIESGOS

Cappa C, Moneti F, Wardlaw T, Bissell S. Elimination of female genital mutilation/cutting. *Lancet*. 2013; 382:1080-1081 [AO,I] 23886657

ELIMINACIÓN DE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA

Little P, Stuart B, Francis N, Douglas E, Tonkin-Crine S, Anthierens S, et al; GRACE consortium. Effects of internet-based

training on antibiotic prescribing rates for acute respiratory-tract infections: a multinational, cluster, randomised, factorial, controlled trial. *Lancet*. 2013; 382:1175-1182 [EC,II] 23915885

EFFECTOS DEL ENTRENAMIENTO A TRAVÉS DE INTERNET SOBRE LAS TASAS DE PRESCRIPCIÓN ANTIBIÓTICA PARA LAS INFECCIONES AGUDAS DE VÍAS RESPIRATORIAS: ENSAYO MULTINACIONAL CONTROLADO FACTORIAL ALEATORIZADO POR GRUPOS

How to cope with an ageing population. *Lancet*. 2013; 382:1225 [AO,I] 24120186

CÓMO HACER FRENTE A UNA POBLACIÓN ENVEJECIDA

The continuing haemorrhage of UK general practice. *Lancet*. 2013; 382:1226 [AO,I] 24120188

LA CONTINUA HEMORRAGIA DE LA MEDICINA GENERAL EN R.U.

Cheung CM, Wong TY. Treatment of age-related macular degeneration. *Lancet*. 2013; 382:1230-1232 [AO,I] 23870812

TRATAMIENTO DE LA DEGENERACIÓN MACULAR RELACIONADA CON LA EDAD

Truth versus myth on mental illness, suicide, and crime. *Lancet*. 2013; 382:1309 [AO,I] 24139107

VERDAD FRENTE A MITO EN LA ENFERMEDAD MENTAL, EL SUICIDIO Y EL CRIMEN

Hirsch AT, Duval S. The global pandemic of peripheral artery disease. *Lancet*. 2013; 382:1312-1314 [AO,I] 23915884

LA PANDEMIA MUNDIAL DE LA ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA

Bittles AH. Consanguineous marriages and congenital anomalies. *Lancet*. 2013; 382:1316-1317 [AO,I] 23830356

MATRIMONIOS CONSANGUÍNEOS Y ANOMALÍAS CONGÉNITAS

THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE

Hiatt WR, Kaul S, Smith RJ. The cardiovascular safety of diabetes drugs--insights from the rosiglitazone experience. *N Engl J Med*. 2013; 369:1285-1287 [AO,II] 23992603

LA SEGURIDAD CARDIOVASCULAR DE LOS FÁRMACOS PARA LA DIABETES--REFLEXIONES A PARTIR DE LA EXPERIENCIA DE LA ROSIGLITAZONA

Scirica BM, Bhatt DL, Braunwald E, Steg PG, Davidson J, Hirshberg B, et al; SAVOR-TIMI 53 Steering Committee and Investigators. Saxagliptin and cardiovascular outcomes in patients with type 2 diabetes mellitus. *N Engl J Med*. 2013; 369:1317-1326 [EC,II] 23992601

SAXAGLIPTINA Y RESULTADOS CARDIOVASCULARES EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

White WB, Cannon CP, Heller SR, Nissen SE, Bergenstal RM, Bakris GL, et al; EXAMINE Investigators. Alogliptin after acute coronary syndrome in patients with type 2 diabetes. *N Engl J Med*. 2013; 369:1327-1335 [EC,I] 23992602

ALOGLIPTINA TRAS SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2

Hunter DJ, Reddy KS. Noncommunicable diseases. *N Engl J Med.* 2013; 369:1336-1343 [R,I]
24088093
ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Herridge M, Cameron JL. Disability after critical illness. *N Engl J Med.* 2013; 369:1367-1369 [AO,I]
24088098
DISCAPACIDAD TRAS ENFERMEDAD CRÍTICA

Colbert JA, Jangi S. Training physicians to manage obesity--back to the drawing board. *N Engl J Med.* 2013; 369:1389-1391 [AO,I]
24106932
ENTRENAR A LOS MÉDICOS PARA MANEJAR LA OBESIDAD--EMPEZAR DESDE CERO

Wise RA, Anzueto A, Cotton D, Dahl R, Devins T, Disse B, et al; TIOSPIR Investigators. Tiotropium Respimat inhaler and the risk of death in COPD. *N Engl J Med.* 2013; 369:1491-1501 [EC,II]
23992515
TIOTROPIO RESPIMAT Y RIESGO DE MUERTE EN LA EPOC

Imazio M, Brucato A, Cemin R, Ferrua S, Maggolini S, Beqaraj F, et al; ICAP Investigators. A randomized trial of colchicine for acute pericarditis. *N Engl J Med.* 2013; 369:1522-1528 [EC,I]
23992557
ENSAYO ALEATORIZADO CON COLCHICINA EN LA PERICARDITIS AGUDA

Bauer DC. Clinical practice. Calcium supplements and fracture prevention. *N Engl J Med.* 2013; 369:1537-1543 [R,I]
24131178
SUPLEMENTOS DE CALCIO Y PREVENCIÓN DE LA FRACTURA

Jenkins CR. More than just reassurance on tiotropium safety. *N Engl J Med.* 2013; 369:1555-1556 [AO,I]
24131181
MÁS QUE SÓLO RECONFIRMAR LA SEGURIDAD DEL TIOTROPIO

Fröbert O, Lagerqvist B, Olivecrona GK, Omerovic E, Gudnason T, Maeng M, et al. Thrombus aspiration during ST-segment elevation myocardial infarction. *N Engl J Med.* 2013; 369:1587-1597 [EC,II]
23991656
ASPIRACIÓN DEL TROMBO DURANTE EL INFARTO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST

THORAX

Britton J. Electronic cigarettes. *Thorax.* 2013; 68:904-905 [AO,I]
23939400
CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS

Leivseth L, Brumpton BM, Nilsen TI, Mai XM, Johnsen R, Langhammer A. GOLD classifications and mortality in chronic obstructive pulmonary disease: the HUNT Study, Norway. *Thorax.* 2013; 68:914-921 [S,I]
23611880
CLASIFICACIONES GOLD Y MORTALIDAD EN LA EPOC: ESTUDIO HUNT

NOVIEMBRE

ACADEMIC MEDICINE

Alberti PM, Bonham AC, Kirch DG. Making equity a value in value-based health care. *Acad Med* 2013;88:1619-1623 [R,I]
24072123

HACER DE LA EQUIDAD UN VALOR EN LA ATENCIÓN SANITARIA BASADA EN LOS VALORES

Doukas DJ, McCullough LB, Wear S, Lehmann LS, Nixon LL, Carrese JA, et al; Project to Rebalance and Integrate Medical Education (PRIME) Investigators. The challenge of promoting professionalism through medical ethics and humanities education. *Acad Med* 2013;88:1624-1629 [R,I]
24072126

EL DESAFÍO DE PROMOVER LA PROFESIONALIDAD A TRAVÉS DE LA ÉTICA MÉDICA Y LA FORMACIÓN EN HUMANIDADES

Bensadon BA, Teasdale TA, Odenheimer GL. Attitude adjustment: shaping medical students' perceptions of older patients with a geriatrics curriculum. *Acad Med* 2013;88:1630-1634 [R,I]
24072114

AJUSTE DE LA ACTITUD: MOLDEAR CON UN CURRÍCULO GERIÁTRICO LAS PERCEPCIONES DE LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA SOBRE LOS PACIENTES MAYORES

Hoppe RB, King AM, Mazor KM, Furman GE, Wick-Garcia P, Corcoran-Ponisciak H, et al. Enhancement of the assessment of physician-patient communication skills in the United States medical licensing examination. *Acad Med* 2013;88:1670-1675 [R,I]
24072122

REFUERZO DE LA EVALUACIÓN DE LAS HABILIDADES EN COMUNICACIÓN ENTRE EL PACIENTE Y EL MÉDICO EN EL EXAMEN DE LICENCIATURA MÉDICA EN LOS ESTADOS UNIDOS

ANNALS OF INTERNAL MEDICINE

Goldzweig CL, Orshansky G, Paige NM, Towfigh AA, Haggstrom DA, Miake-Lye I, et al. Electronic patient portals: evidence on health outcomes, satisfaction, efficiency, and attitudes: a systematic review. *Ann Intern Med* 2013;159:677-687 [M,II]
24247673

PORTALES ELECTRÓNICOS PARA PACIENTES: EVIDENCIA SOBRE RESULTADOS EN SALUD, SATISFACCIÓN, EFICIENCIA Y ACTITUDES: REVISIÓN SISTEMÁTICA

Richardson K, Schoen M, French B, Umscheid CA, Mitchell MD, Arnold SE, et al. Statins and cognitive function: a systematic review. *Ann Intern Med* 2013;159:688-697 [M,II]
24247674

ESTATINAS Y FUNCIÓN COGNITIVA: REVISIÓN SISTEMÁTICA

Warm EJ, Goetz C. Too smart for primary care? *Ann Intern Med* 2013;159:709-710 [AO,I]
24247675

¿DEMASIADO INTELIGENTE PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA?

Kussmaul WG 3rd. Too lazy for primary care? *Ann Intern Med* 2013;159:711-712 [AO,I]
24247676

¿DEMASIADO PEREZOSO PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA?

ARCHIVOS DE BRONCONEUMOLOGÍA

Martínez C, González FJ, Belda J, González I, Alfageme I, Orejas C, et al. Recomendaciones para la evaluación médica de la capacidad laboral en el enfermo respiratorio crónico. Arch Bronconeumol 2013;49:480-490 [R,II]

24120308

RECOMENDACIONES PARA LA EVALUACIÓN MÉDICA DE LA CAPACIDAD LABORAL EN EL ENFERMO RESPIRATORIO CRÓNICO

ARTHRITIS AND RHEUMATISM

van den Hoogen F, Khanna D, Fransen J, Johnson SR, Baron M, Tyndall A, et al. 2013 classification criteria for systemic sclerosis: an American College of Rheumatology /European League Against Rheumatism collaborative initiative. Arthritis Rheum 2013;65:2737-2747 [M,II]

24122180

CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DE 2013 PARA LA ESCLEROSIS SISTÉMICA: INICIATIVA DE COLABORACIÓN DEL AMERICAN COLLEGE OF RHEUMATOLOGY Y LA LIGA EUROPEA CONTRA EL REUMATISMO

ATENCIÓN PRIMARIA

Martínez SP. Medicina socializada frente a Medicina capitalista: ¿personas o dinero? Aten Primaria 2013;45:445-447 [AO,I]

24206755

MEDICINA SOCIALIZADA FRENTE A MEDICINA CAPITALISTA: ¿PERSONAS O DINERO?

BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY

Shah PJ, Morton MJ. Adults with attention-deficit hyperactivity disorder - diagnosis or normality? Br J Psychiatry 2013;203:317-319 [AO,I]

24187063

ADULTOS CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD ¿DIAGNÓSTICO O NORMALIDAD?

Sharpe M. Somatic symptoms: beyond 'medically unexplained'. Br J Psychiatry 2013;203:320-321 [AO,I]

24187064

SÍNTOMAS SOMÁTICOS: MÁS ALLÁ DE "SIN EXPLICACIÓN MÉDICA"

Lam RW, Parikh SV, Ramasubbu R, Michalak EE, Tam EM, Axler A, et al. Effects of combined pharmacotherapy and psychotherapy for improving work functioning in major depressive disorder. Br J Psychiatry 2013;203:358-365 [EC,II]

24029535

EFFECTOS DE LA FARMACOTERAPIA Y LA PSICOTERAPIA COMBINADAS PARA MEJORAR LA FUNCIÓN LABORAL EN EL TRASTORNO DEPRESIVO GRAVE

Tomenson B, Essau C, Jacobi F, Ladwig KH, Leiknes KA, Lieb R, et al; EURASMUS Population Based Study Group. Total somatic symptom score as a predictor of health outcome in somatic symptom disorders. Br J Psychiatry 2013;203:373-380 [M,II]

24072756

TABLA TOTAL DE SÍNTOMAS SOMÁTICOS COMO PREDICTOR DE RESULTADOS DE SALUD EN LOS TRASTORNOS DE SÍNTOMAS SOMÁTICOS

BRITISH MEDICAL JOURNAL

Jordan R, Adab P, Jolly K. Telemonitoring for patients with COPD. BMJ 2013;347:f5932 [AO,I]

24136632

TELEMONITORIZACIÓN DE PACIENTES CON EPOC

Block JP. A substantial tax on sugar sweetened drinks could help reduce obesity. BMJ 2013;347:f5947 [AO,I]

24179042

UN IMPUESTO SUSTANCIAL SOBRE LAS BEBIDAS AZUCARADAS PODRÍA AYUDAR A REDUCIR LA OBESIDAD

Ramirez J. Severe hypotension associated with a blocker tamsulosin. BMJ 2013;347:f6492 [AO,I]

24192968

HIPOTENSIÓN GRAVE ASOCIADA CON EL BLOQUEADOR TAMSULOSINA

Hanefeld J, Lunt N, Smith R. Paying for migrant healthcare. BMJ 2013;347:f6514 [AO,I]

24174641

PAGAR POR LA ATENCIÓN SANITARIA A LOS INMIGRANTES

Marmot M, Goldblatt P. Importance of monitoring health inequalities. BMJ 2013;347:f6576 [AO,I]

24192647

IMPORTANCIA DE MONITORIZAR LAS DESIGUALDADES EN SALUD

Dempsey OJ, Miller D. Idiopathic pulmonary fibrosis. BMJ 2013;347:f6579 [AO,I]

24201334

FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA

Hodge A, Jimenez-Soto E. Determinants of childhood mortality. BMJ 2013;347:f6632 [AO,I]

24212108

DETERMINANTES DE LA MORTALIDAD INFANTIL

Hodgkin P, Taylor J. Power to the people: what will bring about the patient centred revolution? BMJ 2013;347:f6701 [AO,I]

24212109

PODER PARA LA GENTE: ¿QUÉ TRAERÁ LA REVOLUCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE?

Godlee F. We need to separate "old" and "age". BMJ 2013;347:f6823 [AO,I]

24187063

NECESITAMOS SEPARAR "VIEJO" Y "EDAD"

Davies E. Cardiovascular risk guidelines and transparency. BMJ 2013;347:f7022 [AO,I]

24187064

GUÍAS DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y TRANSPARENCIA

Pinnock H, Hanley J, McCloughan L, Todd A, Krishan A, Lewis S, et al. Effectiveness of telemonitoring integrated into existing clinical services on hospital admission for exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease: researcher blind, multicentre, randomised controlled trial. BMJ 2013;347:f6070 [EC,I]

24136634

EFFECTIVIDAD DE LA TELEMONITORIZACIÓN INTEGRADA DENTRO DE LOS SERVICIOS CLÍNICOS EXISTENTES SOBRE LOS INGRESOS HOSPITALARIOS POR EXACERBACIONES DE LA EPOC: ENSAYO ALEATORIZADO CONTROLADO ENMASCARADO PARA EL INVESTIGADOR

Briggs AD, Mytton OT, Kehlbacher A, Tiffin R, Rayner M, Scarborough P. Overall and income specific effect on prevalence of

overweight and obesity of 20% sugar sweetened drink tax in UK: econometric and comparative risk assessment modelling study. *BMJ* 2013;347:f6189 [T,I]

24179043

EFEECTO GLOBAL Y ESPECÍFICO SOBRE LA PREVALENCIA DE SOBREPESO Y OBESIDAD DEL IMPUESTO DEL 20% SOBRE LAS BEBIDAS AZUCARADAS EN R.U.: ESTUDIO DE MODELAJE ECONÓMICO Y DE VALORACIÓN DE RIESGO COMPARADO

El-Khoury F, Cassou B, Charles MA, Dargent-Molina P. The effect of fall prevention exercise programmes on fall induced injuries in community dwelling older adults: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 2013;347:f6234 [M,II]

24169944

EFEECTO DE PROGRAMAS DE EJERCICIO PARA PREVENCIÓN DE CAÍDAS SOBRE LAS HERIDAS PRODUCIDAS POR CAÍDAS EN ANCIANOS RESIDENTES EN LA COMUNIDAD: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS DE ENSAYOS ALEATORIZADOS CONTROLADOS

Bird ST, Delaney JA, Brophy JM, Etminan M, Skeldon SC, Hartzema AG. Tamsulosin treatment for benign prostatic hyperplasia and risk of severe hypotension in men aged 40-85 years in the United States: risk window analyses using between and within patient methodology. *BMJ* 2013;347:f6320 [S,I]

24192967

TRATAMIENTO CON TAMSULOSINA PARA LA HIPERPLASIA BENIGNA DE PRÓSTATA Y RIESGO DE HIPOTENSIÓN GRAVE EN HOMBRES ENTRE 40-85 AÑOS EN LOS EE UU: ANÁLISIS DE VENTANA DE RIESGO USANDO METODOLOGÍA INTER E INTRAPACIENTE

Chappell LC, Seed PT, Myers J, Taylor RS, Kenny LC, Dekker GA, et al. Exploration and confirmation of factors associated with uncomplicated pregnancy in nulliparous women: prospective cohort study. *BMJ* 2013;347:f6398 [S,II]

24270055

EXPLORACIÓN Y CONFIRMACIÓN DE LOS FACTORES ASOCIADOS CON EL EMBARAZO NO COMPLICADO DE MUJERES NULÍPARAS: ESTUDIO DE COHORTE PROSPECTIVA

Jones K, Saxon L, Cunningham W, Adams P; Guideline Development Group. Secondary prevention for patients after a myocardial infarction: summary of updated NICE guidance. *BMJ* 2013;347:f6544 [M,II]

24227827

PREVENCIÓN SECUNDARIA EN PACIENTES TRAS INFARTO DE MIOCARDIO: RESUMEN DE LA GUÍA NICE ACTUALIZADA

Quint JK, Herrett E, Bhaskaran K, Timmis A, Hemingway H, Wedzicha JA, et al. Effect of β blockers on mortality after myocardial infarction in adults with COPD: population based cohort study of UK electronic healthcare records. *BMJ* 2013;347:f6650 [S,I]

24270505

EFEECTO DE LOS BETA-BLOQUEANTES SOBRE LA MORTALIDAD TRAS INFARTO DE MIOCARDIO EN ADULTOS CON EPOC: ESTUDIO DE COHORTE POBLACIONAL DE REGISTROS SANITARIOS ELECTRÓNICOS EN R. U.

Walker I, Chappell LC, Williamson C. Abnormal liver function tests in pregnancy. *BMJ* 2013;347:f6055 [R,I]

24162941

PRUEBAS DE FUNCIÓN HEPÁTICA ANORMALES EN EL EMBARAZO

Thomas R, Mitchell GK, Batstra L. Attention-deficit/hyperactivity disorder: are we helping or harming? *BMJ* 2013;347:f6172 [R,I]

24192646

TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN/HIPERACTIVIDAD: ¿ESTAMOS AYUDANDO O PERJUDICANDO?

Caldwell PH, Deshpande AV, Gontard AV. Management of nocturnal enuresis. *BMJ* 2013;347:f6259 [R,I]

24170156

TRATAMIENTO DE LA ENEURESIS NOCTURNA

Thrumurthy SG, Chaudry MA, Hochhauser D, Mughal M. The diagnosis and management of gastric cancer. *BMJ* 2013;347:f6367 [R,I]

24191271

DIAGNÓSTICO Y MANEJO DEL CÁNCER GÁSTRICO

Spijker J, Macinnes J. Population ageing: the timebomb that isn't? *BMJ* 2013;347:f6598 [R,I]

24222481

ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL: ¿LA BOMBA RETARDA QUE NO LO ES?

Giles SL, Lester F. Should women with HIV, or at high risk of contracting HIV, use progestogen-containing contraception? *BMJ* 2013;347:f6695 [R,I]

24231179

¿DEBERÍAN LAS MUJERES CON VIH O CON GRAN RIESGO DE CONTRAERLO USAR ANTICONCEPCIÓN CON PROGESTÁGENOS?

Weetman AP. Investigating low thyroid stimulating hormone (TSH) level. *BMJ* 2013;347:f6842 [R,II]

24259327

INVESTIGAR LOS NIVELES BAJOS DE TSH

CIRCULATION

Steinke EE, Jaarsma T, Barnason SA, Byrne M, Doherty S, Dougherty CM, et al; Council on Cardiovascular and Stroke Nursing of the American Heart Association and the ESC Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions (CCNAP). Sexual counseling for individuals with cardiovascular disease and their partners: a consensus document from the American Heart Association and the ESC Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions (CCNAP). *Circulation* 2013;128:2075-2096 [M,II]

23897867

CONSEJO SEXUAL PARA INDIVIDUOS CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR Y SUS PAREJAS: DOCUMENTO DE CONSENSO DE LA AHA Y DE LA CCNAP DE LA ESC

Marijon E, Le Heuzey JY, Connolly S, Yang S, Pogue J, Brueckmann M, et al; RE-LY Investigators. Causes of death and influencing factors in patients with atrial fibrillation: a competing-risk analysis from the randomized evaluation of long-term anticoagulant therapy study. *Circulation* 2013;128:2192-2201 [EC,II]

24016454

CAUSAS DE MUERTE Y LOS FACTORES QUE INFLUYEN EN ELLA EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR: ANÁLISIS DE RIESGO A PARTIR DE LA EVALUACIÓN ALEATORIZADA DEL ESTUDIO DE TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE A LARGO PLAZO

Rahimi K, Macmahon S. Blood pressure management in the 21st century: maximizing gains and minimizing waste. *Circulation* 2013;128:2283-2285 [AO,I]

24190954

TRATAMIENTO DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN EL SIGLO 21: MAXIMIZAR LAS GANANCIAS Y MINIMIZAR LAS PÉRDIDAS

Wennberg PW. Approach to the patient with peripheral arterial disease. *Circulation* 2013;128:2241-2250 [R,I]
24218439

ABORDAJE DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA

Strath SJ, Kaminsky LA, Ainsworth BE, Ekelund U, Freedson PS, Gary RA, et al; American Heart Association Physical Activity Committee of the Council on Lifestyle and Cardiometabolic Health and Cardiovascular, Exercise, Cardiac Rehabilitation and Prevention Committee of the Council on Clinical Cardiology, and Council. Guide to the assessment of physical activity: clinical and research applications: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation* 2013;128:2259-2279 [M,II]
24126387

GUÍA PARA EVALUAR LA ACTIVIDAD FÍSICA: APLICACIONES EN LA CLÍNICA Y EN LA INVESTIGACIÓN: DECLARACIÓN CIENTÍFICA DE LA AHA

Fleg JL, Forman DE, Berra K, Bittner V, Blumenthal JA, Chen MA, et al; American Heart Association Committees on Older Populations and Exercise Cardiac Rehabilitation and Prevention of the Council on Clinical Cardiology, Council on Cardiovascular and Stroke Nursing, Council on Lifestyle and Cardiometabolic He. Secondary prevention of atherosclerotic cardiovascular disease in older adults: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation* 2013;128:2422-2446 [M,II]
24166575

PREVENCIÓN SECUNDARIA DE LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR ATROSCLERÓTICA EN ANCIANOS: DECLARACIÓN CIENTÍFICA DE LA AHA

Thukkani AK, Bhatt DL. Renal denervation therapy for hypertension. *Circulation* 2013;128:2251-2254 [AO,I]
24218440

TRATAMIENTO MEDIANTE DENERVACIÓN RENAL EN LA HIPERTENSIÓN

Simon DI, Simon NM. Plasminogen activator inhibitor-1: a novel therapeutic target for hypertension? *Circulation* 2013;128:2286-2288 [AO,I]
24092816

INHIBIDOR 1 DEL ACTIVADOR DEL PLASMINÓGENO: NUEVA DIANA TERAPÉUTICA EN LA HIPERTENSIÓN

Mortensen SP, Boushel R. High-density lipoprotein: a new therapeutic target for glucose intolerance? *Circulation* 2013;128:2349-2350 [AO,I]
24170387

HDL: ¿NUEVA DIANA TERAPÉUTICA EN LA INTOLERANCIA A LA GLUCOSA?

Puri R, Nissen SE, Libby P, Shao M, Ballantyne CM, Barter PJ, et al. C-Reactive protein, but not low-density lipoprotein cholesterol levels, associate with coronary atheroma regression and cardiovascular events after maximally intensive statin therapy. *Circulation* 2013;128:2395-2403 [T,II]
24043299

LOS NIVELES DE PROTEÍNA C REACTIVA Y NO LOS DE LDL-COLESTEROL SE ASOCIAN CON LA REGRESIÓN DEL ATEROMA CORONARIO Y LOS ACONTECIMIENTOS CARDIOVASCULARES TRAS TRATAMIENTO MÁXIMAMENTE INTENSIVO CON ESTATINAS

Lavie CJ, Dinicolantonio JJ, Milani RV, O'Keefe JH. Vitamin D and cardiovascular health. *Circulation* 2013;128:2404-2406 [AO,I]
24276875

VITAMINA D Y SALUD CARDIOVASCULAR

DIABETES CARE

Häring HU, Merker L, Seewaldt-Becker E, Weimer M, Meinicke T, Woerle HJ, et al; EMPA-REG METSU Trial Investigators. Empagliflozin as add-on to metformin plus sulfonilurea in patients with type 2 diabetes: a 24-week, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Diabetes Care* 2013;36:3396-3404 [EC,II]
23963895

EMPAGLIFLOZINA AÑADIDA A METFORMINA MÁS SULFONILUREA EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2: ENSAYO DE 24 SEMANAS ALEATORIZADO, DOBLE CIEGO, CONTROLADO CON PLACEBO

Khunti K, Wolden ML, Thorsted BL, Andersen M, Davies MJ. Clinical inertia in people with type 2 diabetes: a retrospective cohort study of more than 80,000 people. *Diabetes Care* 2013;36:3411-3417 [S,II]
23877982

INERCIA CLÍNICA EN PERSONAS CON DIABETES TIPO 2: ESTUDIO RETROSPECTIVO DE COHORTE DE MÁS DE 80.000 PERSONAS

Engwerda EE, Tack CJ, de Galan BE. Needle-free jet injection of rapid-acting insulin improves early postprandial glucose control in patients with diabetes. *Diabetes Care* 2013;36:3436-3441 [EC,I]
24089542

UNA INYECCIÓN DE INSULINA DE ACCIÓN RÁPIDA POR CHORRO SIN AGUJA MEJORA EL CONTROL DE LA GLUCOSA POSTPRANDIAL EN PACIENTES CON DIABETES

Groop PH, Cooper ME, Perkovic V, Emser A, Woerle HJ, von Eynatten M. Linagliptin lowers albuminuria on top of recommended standard treatment in patients with type 2 diabetes and renal dysfunction. *Diabetes Care* 2013;36:3460-3468 [EC,II]
24026560

LA LINAGLIPTINA DESCIENDE LA ALBUMINURIA POR ENCIMA DEL TRATAMIENTO ESTÁNDAR RECOMENDADO EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 Y DISFUNCIÓN RENAL

Radomska E, Sadowski M, Kurzawski J, Gierlotka M, Polonski L. ST-Segment elevation myocardial infarction in women with type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2013;36:3469-3475 [T,I]
24089535

INFARTO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST EN MUJERES CON DIABETES TIPO 2

van der Heijden AA, Van't Riet E, Bot SD, Cannegieter SC, Stehouwer CD, Baan CA, et al. Risk of a recurrent cardiovascular event in individuals with type 2 diabetes or intermediate hyperglycemia: the Hoorn study. *Diabetes Care* 2013;36:3498-3502 [S,II]
23877981

RIESGO DE ACONTECIMIENTO CARDIOVASCULAR RECURRENTE EN INDIVIDUOS CON DIABETES TIPO 2 O HIPERGLUCEMIA INTERMEDIA: ESTUDIO HOORN

Stürmer T, Marquis MA, Zhou H, Meigs JB, Lim S, Blonde L, et al. Cancer incidence among those initiating insulin therapy with glargine versus human NPH insulin. *Diabetes Care* 2013;36:3517-3525 [S,II]
23877991

INCIDENCIA DE CÁNCER ENTRE LOS QUE INICIAN TERAPIA CON INSULINA GLARGINA FRENTE A INSULINA HUMANA NPH

Elks CE, Ong KK, Scott RA, van der Schouw YT, Brand JS, Wark PA, et al; InterAct Consortium. Age at menarche and type 2 diabetes risk: the EPIC-InterAct study. *Diabetes Care* 2013;36:3526-3534 [S,II]

24159179

EDAD DE LA MENARQUIA Y RIESGO DE DIABETES TIPO 2: ESTUDIO EPIC-INTERACT

Evert AB, Boucher JL, Cypress M, Dunbar SA, Franz MJ, Mayer-Davis EJ, et al. Nutrition therapy recommendations for the management of adults with diabetes. *Diabetes Care* 2013;36:3821-3842 [R,III]

24107659

RECOMENDACIONES NUTRICIONALES EN EL MANEJO DE ADULTOS CON DIABETES

Vigersky RA, Fitzner K, Levinson J; Diabetes Working Group. Barriers and potential solutions to providing optimal guideline-driven care to patients with diabetes in the U.S. *Diabetes Care* 2013;36:3843-3849 [R,II]

24159181

BARRERAS Y SOLUCIONES POTENCIALES PARA PROPORCIONAR ATENCIÓN ÓPTIMA SEGÚN LAS GUÍAS A PACIENTES CON DIABETES EN EE UU

DRUGS

Nordstrom K, Allen MH. Alternative delivery systems for agents to treat acute agitation: progress to date. *Drugs* 2013;73:1783-1792 [R,I]

24151084

SISTEMAS ALTERNATIVOS DE ADMINISTRACIÓN DE AGENTES PARA TRATAR LA AGITACIÓN AGUDA: PROGRESO HASTA LA FECHA

Keating GM. Fosfomicin trometamol: a review of its use as a single-dose oral treatment for patients with acute lower urinary tract infections and pregnant women with asymptomatic bacteriuria. *Drugs* 2013;73:1951-1966 [R,II]

24202878

FOSFOMICINA TROMETAMOL: REVISIÓN DE SU USO COMO TRATAMIENTO EN DOSIS ORAL SIMPLE EN PACIENTES CON INFECCIONES AGUDAS DE VÍAS BAJAS URINARIAS Y MUJERES EMBARAZADAS CON BACTERIURIA ASINTOMÁTICA

ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y MICROBIOLOGÍA CLÍNICA

Otero L, Vazquez F. Neisseria gonorrhoeae multirresistente: ¿regreso al pasado? *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2013;31:565-567 [AO,I]

24074904

NEISSERIA GONORRHOEAE MULTIRRESISTENTE: ¿REGRESO AL PASADO?

Panel de expertos de GeSIDA y Plan Nacional sobre el Sida. Documento de consenso de GeSIDA/Plan Nacional sobre el Sida respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (actualización enero 2013) *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2013;31:602.e1-602.e98 [M,II]

24161378

DOCUMENTO DE CONSENSO DE GESIDA/PLAN NACIONAL SOBRE EL SIDA RESPECTO AL TRATAMIENTO

ANTIRRETROVIRAL EN ADULTOS INFECTADOS POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (ACTUALIZACIÓN ENERO 2013)

Panel of Experts of GESIDA and Spanish Secretariat for the National Plan on AIDS. Resumen del Documento de Consenso de GeSIDA/Plan Nacional sobre el Sida respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (actualización enero 2013) *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2013;31:602.e1-602.e98 [M,II]

24156952

RESUMEN DEL DOCUMENTO DE CONSENSO DE GESIDA/PLAN NACIONAL SOBRE EL SIDA RESPECTO AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN ADULTOS INFECTADOS POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (ACTUALIZACIÓN ENERO 2013)

EUROPEAN HEART JOURNAL

Allison TG. Changing medical culture to promote physical activity in secondary prevention of coronary artery disease. *Eur Heart J* 2013;34:3245-3247 [AO,I]

24042061

CAMBIAR LA CULTURA MÉDICA PARA PROMOVER LA ACTIVIDAD FÍSICA EN LA PREVENCIÓN SECUNDARIA DE LA ENFERMEDAD ARTERIAL CORONARIA

Rigotti NA, Clair C. Managing tobacco use: the neglected cardiovascular disease risk factor. *Eur Heart J* 2013;34:3259-3267 [R,I]

24014389

MANEJO DEL USO DEL TABACO: EL FACTOR DE RIESGO DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR DESCUIDADO

Kostner KM, März W, Kostner GM. When should we measure lipoprotein (a)? *Eur Heart J* 2013;34:3268-3276 [R,I]

23735860

¿CUÁNDO DEBERÍAMOS MEDIR LA LIPOPROTEÍNA (A)?

Hadamitzky M, Täubert S, Deseive S, Byrne RA, Martinoff S, Schömig A, et al. Prognostic value of coronary computed tomography angiography during 5 years of follow-up in patients with suspected coronary artery disease. *Eur Heart J* 2013;34:3277-3285 [S,I]

24067508

VALOR PRONÓSTICO DE LA ANGIOGRAFÍA MEDIANTE TAC CORONARIO DURANTE 5 AÑOS DE SEGUIMIENTO EN PACIENTES CON SOSPECHA DE ENFERMEDAD ARTERIAL CORONARIA

Stewart R, Held C, Brown R, Vedin O, Hagstrom E, Lonn E, et al. Physical activity in patients with stable coronary heart disease: an international perspective. *Eur Heart J* 2013;34:3286-3293 [T,I]

24014220

ACTIVIDAD FÍSICA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CARDIACA CORONARIA ESTABLE: PERSPECTIVA INTERNACIONAL

GACETA SANITARIA

Ramos M, Taltavull M, Piñeiro P, Nieto R, Llagostera M. Actitudes de las personas usuarias de atención primaria ante el cribado del cáncer colorrectal. *Gac Sanit* 2013;27:516-520 [C,I]

23280043

ACTITUDES DE LAS PERSONAS USUARIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA ANTE EL CRIBADO DEL CÁNCER COLORECTAL

Costa D, Soares JJ, Lindert J, Hatzidimitriadou E, Karlsson A, Sundin O, et al. La violencia de pareja en Europa: diseño y métodos de un estudio multinacional. *Gac Sanit* 2013;27:558-561 [T,I]

23643717

LA VIOLENCIA DE PAREJA EN EUROPA: DISEÑO Y MÉTODOS DE UN ESTUDIO MULTINACIONAL

GUT

Pérez-Cobas AE, Gosalbes MJ, Friedrichs A, Knecht H, Artacho A, Eismann K, et al. Gut microbiota disturbance during antibiotic therapy: a multi-omic approach. *Gut* 2013;62:1591-1601 [T,I]

23236009

ALTERACIÓN DE LA FLORA BACTERIANA INTESTINAL DURANTE EL TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO: ABORDAJE...

JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION

Moses H 3rd, Matheson DH, Dorsey ER, George BP, Sadoff D, Yoshimura S. The anatomy of health care in the United States. *JAMA* 2013;310:1947-1963 [R,II]

24219951

ANATOMÍA DE LA ATENCIÓN SANITARIA EN LOS ESTADOS UNIDOS

McLean RC, Jessup M. The challenge of treating heart failure: a diverse disease affecting diverse populations. *JAMA* 2013;310:2033-2034 [AO,I]

24240924

EL RETO DE TRATAR LA INSUFICIENCIA CARDIACA: UNA ENFERMEDAD DIVERSA QUE AFECTA A POBLACIONES DIVERSAS

Gaziano JM, Gaziano TA. What's new with measuring cholesterol? *JAMA* 2013;310:2043-2044 [AO,I]

24240929

¿QUÉ HAY DE NUEVO EN LA MEDICIÓN DEL COLESTEROL?

Martin SS, Blaha MJ, Elshazly MB, Toth PP, Kwiterovich PO, Blumenthal RS, et al. Comparison of a novel method vs the Friedewald equation for estimating low-density lipoprotein cholesterol levels from the standard lipid profile. *JAMA* 2013;310:2061-2068 [T,I]

24240933

COMPARACIÓN DE UN NUEVO MÉTODO FRENTE A LA ECUACIÓN DE FRIEDEWALD PARA CALCULAR LOS NIVELES DE COLESTEROL LDL A PARTIR DEL PERFIL LIPÍDICO ESTÁNDAR

Brett AS. Oral fluoroquinolone use and retinal detachment: reconciling conflicting findings in observational research. *JAMA* 2013;310:2151-2153 [AO,I]

24281459

USO DE FLUOROQUINOLONA ORAL Y DESPRENDIMIENTO DE RETINA: RECONCILIAR HALLAZGOS CONFLICTIVOS EN LA INVESTIGACIÓN OBSERVACIONAL

Pasternak B, Svanström H, Melbye M, Hviid A. Association between oral fluoroquinolone use and retinal detachment. *JAMA* 2013;310:2184-2190 [S,II]

24281462

ASOCIACIÓN ENTRE USO DE FLUOROQUINOLONA ORAL Y DESPRENDIMIENTO DE RETINA

JAMA INTERNAL MEDICINE

Wiley J, Gonzalez-Castellon M. Cholesterol level and stroke: a complex relationship. *JAMA Intern Med* 2013;173:1765-1766 [AO,I]

24000073

NIVELES DE COLESTEROL E ICTUS: UNA RELACIÓN COMPLEJA

Gill TM, Murphy TE, Gahbauer EA, Allore HG. The course of disability before and after a serious fall injury. *JAMA Intern Med* 2013;173:1780-1786 [S,II]

23958741

EL CURSO DE LA DISCAPACIDAD ANTES Y DESPUÉS DE UNA HERIDA GRAVE POR CAÍDA

Smith-Bindman R, Lebda P, Feldstein VA, Sellami D, Goldstein RB, Brasic N, et al.

Risk of thyroid cancer based on thyroid ultrasound imaging characteristics: results of a population-based study. *JAMA Intern Med* 2013;173:1788-1796 [CC,I]

23978950

RIESGO DE CÁNCER DE TIROIDES BASADO EN LAS CARACTERÍSTICAS DE LA ECOGRAFÍA TIROIDEA: RESULTADOS DE UN ESTUDIO POBLACIONAL

Nyweide DJ, Anthony DL, Bynum JP, Strawderman RL, Weeks WB, Casalino LP, et al. Continuity of care and the risk of preventable hospitalization in older adults. *JAMA Intern Med* 2013;173:1879-1885 [S,II]

24043127

CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN Y RIESGO DE HOSPITALIZACIÓN PREVENIBLE EN ANCIANOS

Gupta R, Bodenheimer T. How primary care practices can improve continuity of care. *JAMA Intern Med* 2013;173:1885-1886 [AO,I]

24042733

CÓMO LAS CONSULTAS DE ATENCIÓN PRIMARIA PUEDEN MEJORAR LA CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN

JAMA PSYCHIATRY

Ressler KJ, Rothbaum BO. Augmenting obsessive-compulsive disorder treatment: from brain to mind. *JAMA Psychiatry* 2013;70:1129-1131 [AO,I]

24026506

AUMENTAR EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO: DEL CEREBRO A LA MENTE

Beardslee WR, Brent DA, Weersing VR, Clarke GN, Porta G, Hollon SD, et al. Prevention of depression in at-risk adolescents: longer-term effects. *JAMA Psychiatry* 2013;70:1161-1170 [EC,II]

24005242

PREVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN EN LOS ADOLESCENTES EN RIESGO: EFECTOS A LARGO PLAZO

MEDICINA CLÍNICA

Pons JM, Argimón JM. De la parsimonia en medicina. *Med Clin (Barc)* 2013;141:387-389 [AO,II]

23831403

DE LA PARSIMONIA EN MEDICINA

Molina M, Gonzalez R, Folgado J, Real JT, Martínez-Hervás S, Priego A, et al. Correlación entre las concentraciones plasmáticas de homocisteína y la polineuropatía diabética

evaluada con la prueba del monofilamento de Semmes-Weinstein en pacientes con diabetes tipo 2. *Med Clin (Barc)* 2013;141:382-386 [T,I]

23332627

CORRELACIÓN ENTRE LAS CONCENTRACIONES PLASMÁTICAS DE HOMOCISTEÍNA Y LA POLINEUROPATÍA DIABÉTICA EVALUADA CON LA PRUEBA DEL MONOFILAMENTO DE SEMMES-WEINSTEIN EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2

Reyes-Alcázar V, Cambil J, Herrera-Usagre M; SADECA. Revisión sistemática sobre recomendaciones de seguridad del paciente para centros sociosanitarios. *Med Clin (Barc)* 2013;141:397-405 [M,III]

23597954

REVISIÓN SISTEMÁTICA SOBRE RECOMENDACIONES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA CENTROS SOCIO-SANITARIOS

Millán J, Alegría E, Guijarro C, Lozano JV, Vitale GC, González-Timón B, et al. Dislipemia en población diabética tratada con estatinas. Resultados del estudio DYSIS en España. *Med Clin (Barc)* 2013;141:430-436 [S,II]

23246165

DISLIPEMIA EN POBLACIÓN DIABÉTICA TRATADA CON ESTATINAS. RESULTADOS DEL ESTUDIO DYSIS EN ESPAÑA

Santiago-Ruiz JL, Manzano L. Predictores pronósticos en el paciente anciano con insuficiencia cardíaca: «A veces lo más sencillo es lo mejor». *Med Clin (Barc)* 2013;141:440-441 [AO,I]

23850149

PREDICTORES PRONÓSTICOS EN EL PACIENTE ANCIANO CON INSUFICIENCIA CARDIACA: «A VECES LO MÁS SENCILLO ES LO MEJOR»

Papaseit E, Pérez-Mañá C, Torrens M, Farré M. Reacciones adversas de medicamentos relacionadas con el abuso y formas farmacéuticas disuasorias. *Med Clin (Barc)* 2013;141:454-458 [R,I]

24144061

REACCIONES ADVERSAS DE MEDICAMENTOS RELACIONADAS CON EL ABUSO Y FORMAS FARMACÉUTICAS DISUASORIAS

REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA

Rodríguez-Artalejo F. Potenciar la prevención cardiovascular primordial y primaria para aumentar la esperanza de vida. *Rev Esp Cardiol* 2013;66:837-838 [AO,I]

23998454

POTENCIAR LA PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR PRIMORDIAL Y PRIMARIA PARA AUMENTAR LA ESPERANZA DE VIDA

Anguita M; Grupo de Trabajo de la SEC sobre la guía de hipertensión arterial ESC/ESH 2013, revisores expertos de la guía de hipertensión arterial ESC/ESH 2013 y Comité de Guías de Práctica Clínica de la SEC. Comentarios a la guía de práctica clínica de la ESC/ESH 2013 para el manejo de la hipertensión arterial. Un informe del Grupo de Trabajo del Comité de Guías de Práctica Clínica de la Sociedad Española de Cardiología. *Rev Esp Cardiol* 2013;66:842-847 [AO,II]

24161155

COMENTARIOS A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE LA ESC/ESH 2013 PARA EL MANEJO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL. UN INFORME DEL GRUPO DE TRABAJO DEL COMITÉ DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA

García JM. Contribuciones de la mortalidad cardiovascular a la esperanza de vida de la población española de 1980 a 2009. *Rev Esp Cardiol* 2013;66:848-853 [T,II]

24012213

CONTRIBUCIONES DE LA MORTALIDAD CARDIOVASCULAR A LA ESPERANZA DE VIDA DE LA POBLACIÓN ESPAÑOLA DE 1980 A 2009

Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redon J, Zanchetti A, Böhm M et al. Guía de práctica clínica de la ESH/ESC 2013 para el manejo de la hipertensión arterial. *Rev Esp Cardiol* 2013;66:880.e1-880.e64 [M,III]

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE LA ESH/ESC 2013 PARA EL MANEJO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

THE LANCET

Lynskey MT, Strang J. The global burden of drug use and mental disorders. *Lancet* 2013;382:1540-1542 [AO,I]

23993279

LA CARGA MUNDIAL DE USO DE DROGAS Y TRASTORNOS MENTALES

Hajek P. Electronic cigarettes for smoking cessation. *Lancet* 2013;382:1614-1616 [AO,I]

24029168

CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS PARA DEJAR DE FUMAR

Bullen C, Howe C, Laugesen M, McRobbie H, Parag V, Williman J, et al. Electronic cigarettes for smoking cessation: a randomised controlled trial. *Lancet* 2013;382:1629-1637 [EC,II]

24029165

CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS PARA DEJAR DE FUMAR: ENSAYO CONTROLADO ALEATORIZADO

Longo G, Berti I, Burks AW, Krauss B, Barbi E. IgE-mediated food allergy in children. *Lancet* 2013;382:1656-1664 [R,I]

23845860

ALERGIA ALIMENTARIA MEDIADA POR IgE EN NIÑOS

Statins: new US guideline sparks controversy. *Lancet* 2013;382:1680 [AO,I]

24267985

ESTATINAS: LA NUEVA GUÍA ESTADOUNIDENSE ENCIENDE LA CONTROVERSI

The global dominance of diabetes. *Lancet* 2013;382:1680 [AO,I]

24267986

PREPONDERANCIA MUNDIAL DE LA DIABETES

May AE. Antiplatelet therapy after coronary stenting: for how long? *Lancet* 2013;382:1684-1685 [AO,I]

24004643

TERAPIA ANTIPLAQUETARIA TRAS IMPLANTACIÓN DE STENT CORONARIO: ¿POR CUÁNTO TIEMPO?

THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE

Bair-Merritt M, Zuckerman B, Augustyn M, Cronholm PF. Silent victims--an epidemic of childhood exposure to domestic violence. *N Engl J Med* 2013;369:1673-1675 [AO,I]

24171514

LAS VÍCTIMAS SILENCIOSAS: EPIDEMIA DE EXPOSICIÓN DE LA INFANCIA A LA VIOLENCIA DOMÉSTICA

Walensky RP, Ross EL, Kumarasamy N, Wood R, Noubary F, Paltiel AD, et al. Cost-effectiveness of HIV treatment

as prevention in serodiscordant couples. *N Engl J Med* 2013;369:1715-1725 [CE,I]

24171517

RENTABILIDAD DEL TRATAMIENTO DEL VIH COMO PREVENCIÓN EN PAREJAS SERODISCORDANTES

Stillman M, Tailor M. Dead man walking. *N Engl J Med* 2013;369:1880-1881 [AO,II]

24152232

MUERTO ANDANTE

Fried LF, Emanuele N, Zhang JH, Brophy M, Conner TA, Duckworth W, et al; VA NEPHRON-D Investigators. Combined Angiotensin inhibition for the treatment of diabetic nephropathy. *N Engl J Med* 2013;369:1892-1903 [EC,II]

24206457

INHIBICIÓN COMBINADA CON ANGIOTENSINA PARA EL TRATAMIENTO DE LA NEFROPATÍA DIABÉTICA

Volkow ND, Swanson JM. Clinical practice: Adult attention deficit-hyperactivity disorder. *N Engl J Med* 2013;369:1935-1944 [R,I]

24224626

PRÁCTICA CLÍNICA: TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN-HIPERACTIVIDAD

de Zeeuw D. The end of dual therapy with renin-angiotensin-aldosterone system blockade? *N Engl J Med* 2013;369:1960-1962 [AO,I]

24206456

¿EL FIN DE LA TERAPIA DUAL CON BLOQUEO DEL SISTEMA RENINA-ANGIOTENSINA-ALDOSTERONA?

Bao Y, Han J, Hu FB, Giovannucci EL, Stampfer MJ, Willett WC, et al. Association of nut consumption with total and cause-specific mortality. *N Engl J Med* 2013;369:2001-2011 [S,II]

24256379

ASOCIACIÓN DEL CONSUMO DE FRUTOS SECOS Y MORTALIDAD TOTAL Y POR CAUSAS ESPECÍFICAS

Barouch DH. The quest for an HIV-1 vaccine--moving forward. *N Engl J Med* 2013;369:2073-2076 [AO,I]

24283223

LA BÚSQUEDA DE UNA VACUNA PARA EL VIH-1--AVANCES

Giugliano RP, Ruff CT, Braunwald E, Murphy SA, Wiviott SD, Halperin JL, et al; ENGAGE AF-TIMI 48 Investigators. Edoxaban versus warfarin in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med* 2013;369:2093-2104 [EC,II]

24251359

EDOXABAN FRENTE A WARFARINA EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR

van Panhuis WG, Grefenstette J, Jung SY, Chok NS, Cross A, Eng H, et al. Contagious diseases in the United States from 1888 to the present. *N Engl J Med* 2013;369:2152-2158 [R,I]

24283231

ENFERMEDADES CONTAGIOSAS EN LOS ESTADOS UNIDOS DESDE 1888 HASTA EL PRESENTE

THORAX

Suissa S, Patenaude V, Lapi F, Ernst P. Inhaled corticosteroids in COPD and the risk of serious pneumonia. *Thorax* 2013;68:1029-1036 [S,II]

24130228

CORTICOIDES INHALADOS EN LA EPOC Y RIESGO DE NEUMONÍA GRAVE

Hajek P, McRobbie H, Myers K. Efficacy of cytisine in helping smokers quit: systematic review and meta-analysis. *Thorax* 2013; 68:1037-1042 [M,II]

23404838

EFICACIA DE LA CISTINA PARA AYUDAR AL ABANDONO DEL TABACO: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS

DICIEMBRE

ACADEMIC MEDICINE

Alberti PM, Bonham AC, Kirch DG. Making equity a value in value-based health care. *Acad Med* 2013;88:1619-1623 [R,I]

24072123

HACER DE LA EQUIDAD UN VALOR EN LA ATENCIÓN SANITARIA BASADA EN LOS VALORES

Doukas DJ, McCullough LB, Wear S, Lehmann LS, Nixon LL, Carrese JA, et al; Project to Rebalance and Integrate Medical Education (PRIME) Investigators. The challenge of promoting professionalism through medical ethics and humanities education. *Acad Med* 2013;88:1624-1629 [R,I]

24072126

EL DESAFÍO DE PROMOVER LA PROFESIONALIDAD A TRAVÉS DE LA ÉTICA MÉDICA Y LA FORMACIÓN EN HUMANIDADES

Bensadon BA, Teasdale TA, Odenheimer GL. Attitude adjustment: shaping medical students' perceptions of older patients with a geriatrics curriculum. *Acad Med* 2013;88:1630-1634 [R,I]

24072114

AJUSTE DE LA ACTITUD: MOLDEAR CON UN CURRÍCULO GERIÁTRICO LAS PERCEPCIONES DE LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA SOBRE LOS PACIENTES MAYORES

Hoppe RB, King AM, Mazor KM, Furman GE, Wick-Garcia P, Corcoran-Ponisciak H, et al. Enhancement of the assessment of physician-patient communication skills in the United States medical licensing examination. *Acad Med* 2013;88:1670-1675 [R,I]

24072122

REFUERZO DE LA EVALUACIÓN DE LAS HABILIDADES EN COMUNICACIÓN ENTRE EL PACIENTE Y EL MÉDICO EN EL EXAMEN DE LICENCIATURA MÉDICA EN LOS ESTADOS UNIDOS

ANNALS OF INTERNAL MEDICINE

Goldzweig CL, Orshansky G, Paige NM, Towfigh AA, Haggstrom DA, Miake-Lye I, et al. Electronic patient portals: evidence on health outcomes, satisfaction, efficiency, and attitudes: a systematic review. *Ann Intern Med* 2013;159:677-687 [M,II]

24247673

PORTALES ELECTRÓNICOS PARA PACIENTES: EVIDENCIA SOBRE RESULTADOS EN SALUD, SATISFACCIÓN, EFICIENCIA Y ACTITUDES: REVISIÓN SISTEMÁTICA

Richardson K, Schoen M, French B, Umscheid CA, Mitchell MD, Arnold SE, et al. Statins and cognitive function: a systematic review. *Ann Intern Med* 2013;159:688-697 [M,II]

24247674

ESTATINAS Y FUNCIÓN COGNITIVA: REVISIÓN SISTEMÁTICA

Warm EJ, Goetz C. Too smart for primary care? *Ann Intern Med* 2013;159:709-710 [AO,I]

24247675

¿DEMASIADO INTELIGENTE PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA?

Kussmaul WG 3rd. Too lazy for primary care? *Ann Intern Med* 2013;159:711-712 [AO,I]

24247676

¿DEMASIADO PEREZOSO PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA?

ARCHIVOS DE BRONCONEUMOLOGÍA

Martínez C, González FJ, Belda J, González I, Alfageme I, Orejas C, et al. Recomendaciones para la evaluación médica de la capacidad laboral en el enfermo respiratorio crónico. *Arch Bronconeumol* 2013;49:480-490 [R,II]

24120308

RECOMENDACIONES PARA LA EVALUACIÓN MÉDICA DE LA CAPACIDAD LABORAL EN EL ENFERMO RESPIRATORIO CRÓNICO

ARTHRITIS AND RHEUMATISM

van den Hoogen F, Khanna D, Fransen J, Johnson SR, Baron M, Tyndall A, et al. 2013 classification criteria for systemic sclerosis: an American College of Rheumatology /European League Against Rheumatism collaborative initiative. *Arthritis Rheum* 2013;65:2737-2747 [M,II]

24122180

CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DE 2013 PARA LA ESCLEROSIS SISTÉMICA: INICIATIVA DE COLABORACIÓN DEL AMERICAN COLLEGE OF RHEUMATOLOGY Y LA LIGA EUROPEA CONTRA EL REUMATISMO

ATENCIÓN PRIMARIA

Martínez SP. Medicina socializada frente a Medicina capitalista: ¿personas o dinero? *Aten Primaria* 2013;45:445-447 [AO,I]

24206755

MEDICINA SOCIALIZADA FRENTE A MEDICINA CAPITALISTA: ¿PERSONAS O DINERO?

BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY

Shah PJ, Morton MJ. Adults with attention-deficit hyperactivity disorder - diagnosis or normality? *Br J Psychiatry* 2013;203:317-319 [AO,I]

24187063

ADULTOS CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD ¿DIAGNÓSTICO O NORMALIDAD?

Sharpe M. Somatic symptoms: beyond 'medically unexplained'. *Br J Psychiatry* 2013;203:320-321 [AO,I]

24187064

SÍNTOMAS SOMÁTICOS: MÁS ALLÁ DE "SIN EXPLICACIÓN MÉDICA"

Lam RW, Parikh SV, Ramasubbu R, Michalak EE, Tam EM, Axler A, et al. Effects of combined pharmacotherapy and psychotherapy for improving work functioning in major depressive disorder. *Br J Psychiatry* 2013;203:358-365 [EC,II]

24029535

EFFECTOS DE LA FARMACOTERAPIA Y LA PSICOTERAPIA COMBINADAS PARA MEJORAR LA FUNCIÓN LABORAL EN EL TRASTORNO DEPRESIVO GRAVE

Tomenson B, Essau C, Jacobi F, Ladwig KH, Leiknes KA, Lieb R, et al; EURASMUS Population Based Study Group. Total somatic symptom score as a predictor of health outcome in somatic symptom disorders. *Br J Psychiatry* 2013;203:373-380 [M,II]

24072756

TABLA TOTAL DE SÍNTOMAS SOMÁTICOS COMO PREDICTOR DE RESULTADOS DE SALUD EN LOS TRASTORNOS DE SÍNTOMAS SOMÁTICOS

BRITISH MEDICAL JOURNAL

Jordan R, Adab P, Jolly K. Telemonitoring for patients with COPD. *BMJ* 2013;347:f5932 [AO,I]

24136632

TELEMONITORIZACIÓN DE PACIENTES CON EPOC

Block JP. A substantial tax on sugar sweetened drinks could help reduce obesity. *BMJ* 2013;347:f5947 [AO,I]

24179042

UN IMPUESTO SUSTANCIAL SOBRE LAS BEBIDAS AZUCARADAS PODRÍA AYUDAR A REDUCIR LA OBESIDAD

Ramirez J. Severe hypotension associated with a blocker tamsulosin. *BMJ* 2013;347:f6492 [AO,I]

24192968

HIPOTENSIÓN GRAVE ASOCIADA CON EL BLOQUEADOR TAMSULOSINA

Hanefeld J, Lunt N, Smith R. Paying for migrant healthcare. *BMJ* 2013;347:f6514 [AO,I]

24174641

PAGAR POR LA ATENCIÓN SANITARIA A LOS INMIGRANTES

Marmot M, Goldblatt P. Importance of monitoring health inequalities. *BMJ* 2013;347:f6576 [AO,I]

24192647

IMPORTANCIA DE MONITORIZAR LAS DESIGUALDADES EN SALUD

Dempsey OJ, Miller D. Idiopathic pulmonary fibrosis. *BMJ* 2013;347:f6579 [AO,I]

24201334

FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA

Hodge A, Jimenez-Soto E. Determinants of childhood mortality. *BMJ* 2013;347:f6632 [AO,I]

24212108

DETERMINANTES DE LA MORTALIDAD INFANTIL

Hodgkin P, Taylor J. Power to the people: what will bring about the patient centred revolution? *BMJ* 2013;347:f6701 [AO,I]

24212109

PODER PARA LA GENTE: ¿QUÉ TRAERÁ LA REVOLUCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE?

Godlee F. We need to separate "old" and "age". *BMJ* 2013;347:f6823 [AO,I]

NECESITAMOS SEPARAR "VIEJO" Y "EDAD"

Davies E. Cardiovascular risk guidelines and transparency. *BMJ* 2013;347:f7022 [AO,I]

GUÍAS DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y TRANSPARENCIA

Pinnock H, Hanley J, McCloughan L, Todd A, Krishan A, Lewis S, et al. Effectiveness of telemonitoring integrated into existing clinical services on hospital admission for exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease: researcher blind,

- multicentre, randomised controlled trial. *BMJ* 2013;347:f6070 [EC,I]
24136634
- EFFECTIVIDAD DE LA TELEMONITORIZACIÓN INTEGRADA DENTRO DE LOS SERVICIOS CLÍNICOS EXISTENTES SOBRE LOS INGRESOS HOSPITALARIOS POR EXACERBACIONES DE LA EPOC: ENSAYO ALEATORIZADO CONTROLADO ENMASCARADO PARA EL INVESTIGADOR
- Briggs AD, Mytton OT, Kehlbacher A, Tiffin R, Rayner M, Scarborough P. Overall and income specific effect on prevalence of overweight and obesity of 20% sugar sweetened drink tax in UK: econometric and comparative risk assessment modelling study. *BMJ* 2013;347:f6189 [T,I]
24179043
- EFFECTO GLOBAL Y ESPECÍFICO SOBRE LA PREVALENCIA DE SOBREPESO Y OBESIDAD DEL IMPUESTO DEL 20% SOBRE LAS BEBIDAS AZUCARADAS EN R.U.: ESTUDIO DE MODELAJE ECONOMÉTRICO Y DE VALORACIÓN DE RIESGO COMPARADO
- El-Khoury F, Cassou B, Charles MA, Dargent-Molina P. The effect of fall prevention exercise programmes on fall induced injuries in community dwelling older adults: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 2013;347:f6234 [M,II]
24169944
- EFFECTO DE PROGRAMAS DE EJERCICIO PARA PREVENCIÓN DE CAÍDAS SOBRE LAS HERIDAS PRODUCIDAS POR CAÍDAS EN ANCIANOS RESIDENTES EN LA COMUNIDAD: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS DE ENSAYOS ALEATORIZADOS CONTROLADOS
- Bird ST, Delaney JA, Brophy JM, Etminan M, Skeldon SC, Hartzema AG. Tamsulosin treatment for benign prostatic hyperplasia and risk of severe hypotension in men aged 40-85 years in the United States: risk window analyses using between and within patient methodology. *BMJ* 2013;347:f6320 [S,I]
24192967
- TRATAMIENTO CON TAMSULOSINA PARA LA HIPERPLASIA BENIGNA DE PRÓSTATA Y RIESGO DE HIPOTENSIÓN GRAVE EN HOMBRES ENTRE 40-85 AÑOS EN LOS EE UU: ANÁLISIS DE VENTANA DE RIESGO USANDO METODOLOGÍA INTER E INTRAPACIENTE
- Chappell LC, Seed PT, Myers J, Taylor RS, Kenny LC, Dekker GA, et al. Exploration and confirmation of factors associated with uncomplicated pregnancy in nulliparous women: prospective cohort study. *BMJ* 2013;347:f6398 [S,II]
24270055
- EXPLORACIÓN Y CONFIRMACIÓN DE LOS FACTORES ASOCIADOS CON EL EMBARAZO NO COMPLICADO DE MUJERES NULÍPARAS: ESTUDIO DE COHORTE PROSPECTIVA
- Jones K, Saxon L, Cunningham W, Adams P; Guideline Development Group. Secondary prevention for patients after a myocardial infarction: summary of updated NICE guidance. *BMJ* 2013;347:f6544 [M,II]
24227827
- PREVENCIÓN SECUNDARIA EN PACIENTES TRAS INFARTO DE MIOCARDIO: RESUMEN DE LA GUÍA NICE ACTUALIZADA
- Quint JK, Herrett E, Bhaskaran K, Timmis A, Hemingway H, Wedzicha JA, et al. Effect of β blockers on mortality after myocardial infarction in adults with COPD: population based cohort study of UK electronic healthcare records. *BMJ* 2013;347:f6650 [S,I]
24270505
- EFFECTO DE LOS BETA-BLOQUEANTES SOBRE LA MORTALIDAD TRAS INFARTO DE MIOCARDIO EN ADULTOS CON EPOC: ESTUDIO DE COHORTE POBLACIONAL DE REGISTROS SANITARIOS ELECTRÓNICOS EN R. U.
- Walker I, Chappell LC, Williamson C. Abnormal liver function tests in pregnancy. *BMJ* 2013;347:f6055 [R,I]
24162941
- PRUEBAS DE FUNCIÓN HEPÁTICA ANORMALES EN EL EMBARAZO
- Thomas R, Mitchell GK, Batstra L. Attention-deficit/hyperactivity disorder: are we helping or harming? *BMJ* 2013;347:f6172 [R,I]
24192646
- TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN/HIPERACTIVIDAD: ¿ESTAMOS AYUDANDO O PERJUDICANDO?
- Caldwell PH, Deshpande AV, Gontard AV. Management of nocturnal enuresis. *BMJ* 2013;347:f6259 [R,I]
24170156
- TRATAMIENTO DE LA ENEURESIS NOCTURNA
- Thrumurthy SG, Chaudry MA, Hochhauser D, Mughal M. The diagnosis and management of gastric cancer. *BMJ* 2013;347:f6367 [R,I]
24191271
- DIAGNÓSTICO Y MANEJO DEL CÁNCER GÁSTRICO
- Spijker J, Macinnes J. Population ageing: the timebomb that isn't? *BMJ* 2013;347:f6598 [R,I]
24222481
- ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL: ¿LA BOMBA RETARDA QUE NO LO ES?
- Giles SL, Lester F. Should women with HIV, or at high risk of contracting HIV, use progestogen-containing contraception? *BMJ* 2013;347:f6695 [R,I]
24231179
- ¿DEBERÍAN LAS MUJERES CON VIH O CON GRAN RIESGO DE CONTRAERLO USAR ANTICONCEPCIÓN CON PROGESTÁGENOS?
- Weetman AP. Investigating low thyroid stimulating hormone (TSH) level. *BMJ* 2013;347:f6842 [R,II]
24259327
- INVESTIGAR LOS NIVELES BAJOS DE TSH
- CIRCULATION**
- Steinke EE, Jaarsma T, Barnason SA, Byrne M, Doherty S, Dougherty CM, et al; Council on Cardiovascular and Stroke Nursing of the American Heart Association and the ESC Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions (CCNAP). Sexual counseling for individuals with cardiovascular disease and their partners: a consensus document from the American Heart Association and the ESC Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions (CCNAP). *Circulation* 2013;128:2075-2096 [M,II]
23897867
- CONSEJO SEXUAL PARA INDIVIDUOS CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR Y SUS PAREJAS: DOCUMENTO DE CONSENSO DE LA AHA Y DE LA CCNAP DE LA ESC
- Marijon E, Le Heuzey JY, Connolly S, Yang S, Pogue J, Brueckmann M, et al; RE-LY Investigators. Causes of death and influencing factors in patients with atrial fibrillation: a competing-risk analysis from the randomized evaluation

of long-term anticoagulant therapy study. *Circulation* 2013;128:2192-2201 [EC,II]

24016454

CAUSAS DE MUERTE Y LOS FACTORES QUE INFLUYEN EN ELLA EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR: ANÁLISIS DE RIESGO A PARTIR DE LA EVALUACIÓN ALEATORIZADA DEL ESTUDIO DE TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE A LARGO PLAZO

Rahimi K, Macmahon S. Blood pressure management in the 21st century: maximizing gains and minimizing waste. *Circulation* 2013;128:2283-2285 [AO,I]

24190954

TRATAMIENTO DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN EL SIGLO 21: MAXIMIZAR LAS GANANCIAS Y MINIMIZAR LAS PÉRDIDAS

Wennberg PW. Approach to the patient with peripheral arterial disease. *Circulation* 2013;128:2241-2250 [R,I]

24218439

ABORDAJE DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA

Strath SJ, Kaminsky LA, Ainsworth BE, Ekelund U, Freedson PS, Gary RA, et al; American Heart Association Physical Activity Committee of the Council on Lifestyle and Cardiometabolic Health and Cardiovascular, Exercise, Cardiac Rehabilitation and Prevention Committee of the Council on Clinical Cardiology, and Council. Guide to the assessment of physical activity: clinical and research applications: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation* 2013;128:2259-2279 [M,II]

24126387

GUÍA PARA EVALUAR LA ACTIVIDAD FÍSICA: APLICACIONES EN LA CLÍNICA Y EN LA INVESTIGACIÓN: DECLARACIÓN CIENTÍFICA DE LA AHA

Fleg JL, Forman DE, Berra K, Bittner V, Blumenthal JA, Chen MA, et al; American Heart Association Committees on Older Populations and Exercise Cardiac Rehabilitation and Prevention of the Council on Clinical Cardiology, Council on Cardiovascular and Stroke Nursing, Council on Lifestyle and Cardiometabolic Health. Secondary prevention of atherosclerotic cardiovascular disease in older adults: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation* 2013;128:2422-2446 [M,II]

24166575

PREVENCIÓN SECUNDARIA DE LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR ATROSCLERÓTICA EN ANCIANOS: DECLARACIÓN CIENTÍFICA DE LA AHA

Thukkani AK, Bhatt DL. Renal denervation therapy for hypertension. *Circulation* 2013;128:2251-2254 [AO,I]

24218440

TRATAMIENTO MEDIANTE DENERVACIÓN RENAL EN LA HIPERTENSIÓN

Simon DI, Simon NM. Plasminogen activator inhibitor-1: a novel therapeutic target for hypertension? *Circulation* 2013;128:2286-2288 [AO,I]

24092816

INHIBIDOR 1 DEL ACTIVADOR DEL PLASMINÓGENO: NUEVA DIANA TERAPÉUTICA EN LA HIPERTENSIÓN

Mortensen SP, Boushel R. High-density lipoprotein: a new therapeutic target for glucose intolerance? *Circulation* 2013;128:2349-2350 [AO,I]

24170387

HDL: ¿NUEVA DIANA TERAPÉUTICA EN LA INTOLERANCIA A LA GLUCOSA?

Puri R, Nissen SE, Libby P, Shao M, Ballantyne CM, Barter PJ, et al. C-Reactive protein, but not low-density lipoprotein cholesterol levels, associate with coronary atheroma regression and cardiovascular events after maximally intensive statin therapy. *Circulation* 2013;128:2395-2403 [T,II]

24043299

LOS NIVELES DE PROTEÍNA C REACTIVA Y NO LOS DE LDL-COLESTEROL SE ASOCIAN CON LA REGRESIÓN DEL ATEROMA CORONARIO Y LOS ACONTECIMIENTOS CARDIOVASCULARES TRAS TRATAMIENTO MÁXIMAMENTE INTENSIVO CON ESTATINAS

Lavie CJ, Dinicolantonio JJ, Milani RV, O'Keefe JH. Vitamin D and cardiovascular health. *Circulation* 2013;128:2404-2406 [AO,I]

24276875

VITAMINA D Y SALUD CARDIOVASCULAR

DIABETES CARE

Häring HU, Merker L, Seewaldt-Becker E, Weimer M, Meinicke T, Woerle HJ, et al; EMPA-REG METSU Trial Investigators. Empagliflozin as add-on to metformin plus sulfonilurea in patients with type 2 diabetes: a 24-week, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Diabetes Care* 2013;36:3396-3404 [EC,II]

23963895

EMPAGLIFLOZINA AÑADIDA A METFORMINA MÁS SULFONILUREA EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2: ENSAYO DE 24 SEMANAS ALEATORIZADO, DOBLE CIEGO, CONTROLADO CON PLACEBO

Khunti K, Wolden ML, Thorsted BL, Andersen M, Davies MJ. Clinical inertia in people with type 2 diabetes: a retrospective cohort study of more than 80,000 people. *Diabetes Care* 2013;36:3411-3417 [S,II]

23877982

INERCIA CLÍNICA EN PERSONAS CON DIABETES TIPO 2: ESTUDIO RETROSPECTIVO DE COHORTE DE MÁS DE 80.000 PERSONAS

Engwerda EE, Tack CJ, de Galan BE. Needle-free jet injection of rapid-acting insulin improves early postprandial glucose control in patients with diabetes. *Diabetes Care* 2013;36:3436-3441 [EC,I]

24089542

UNA INYECCIÓN DE INSULINA DE ACCIÓN RÁPIDA POR CHORRO SIN AGUJA MEJORA EL CONTROL DE LA GLUCOSA POSTPRANDIAL EN PACIENTES CON DIABETES

Groop PH, Cooper ME, Perkovic V, Emser A, Woerle HJ, von Eynatten M. Linagliptin lowers albuminuria on top of recommended standard treatment in patients with type 2 diabetes and renal dysfunction. *Diabetes Care* 2013;36:3460-3468 [EC,II]

24026560

LA LINAGLIPTINA DESCENDE LA ALBUMINURIA POR ENCIMA DEL TRATAMIENTO ESTÁNDAR RECOMENDADO EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 Y DISFUNCIÓN RENAL

Radomska E, Sadowski M, Kurzawski J, Gierlotka M, Polonski L. ST-Segment elevation myocardial infarction in women with type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2013;36:3469-3475 [T,I]

24089535

INFARTO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST EN MUJERES CON DIABETES TIPO 2

Van der Heijden AA, Van't Riet E, Bot SD, Cannegieter SC, Stehouwer CD, Baan CA, et al. Risk of a recurrent cardio-

vascular event in individuals with type 2 diabetes or intermediate hyperglycemia: the Hoorn study. *Diabetes Care* 2013;36:3498-3502 [S,II]

23877981

RIESGO DE ACONTECIMIENTO CARDIOVASCULAR RECURRENTE EN INDIVIDUOS CON DIABETES TIPO 2 O HIPERGLUCEMIA INTERMEDIA: ESTUDIO HOORN

Stürmer T, Marquis MA, Zhou H, Meigs JB, Lim S, Blonde L, et al. Cancer incidence among those initiating insulin therapy with glargine versus human NPH insulin. *Diabetes Care* 2013;36:3517-3525 [S,II]

23877991

INCIDENCIA DE CÁNCER ENTRE LOS QUE INICIAN TERAPIA CON INSULINA GLARGINA FRENTE A INSULINA HUMANA NPH

Elks CE, Ong KK, Scott RA, van der Schouw YT, Brand JS, Wark PA, et al; InterAct Consortium. Age at menarche and type 2 diabetes risk: the EPIC-InterAct study. *Diabetes Care* 2013;36:3526-3534 [S,II]

24159179

EDAD DE LA MENARQUIA Y RIESGO DE DIABETES TIPO 2: ESTUDIO EPIC-INTERACT

Evert AB, Boucher JL, Cypress M, Dunbar SA, Franz MJ, Mayer-Davis EJ, et al. Nutrition therapy recommendations for the management of adults with diabetes. *Diabetes Care* 2013;36:3821-3842 [R,III]

24107659

RECOMENDACIONES NUTRICIONALES EN EL MANEJO DE ADULTOS CON DIABETES

Vigersky RA, Fitzner K, Levinson J; Diabetes Working Group. Barriers and potential solutions to providing optimal guideline-driven care to patients with diabetes in the U.S. *Diabetes Care* 2013;36:3843-3849 [R,II]

24159181

BARRERAS Y SOLUCIONES POTENCIALES PARA PROPORCIONAR ATENCIÓN ÓPTIMA SEGÚN LAS GUÍAS A PACIENTES CON DIABETES EN EE UU

DRUGS

Nordstrom K, Allen MH. Alternative delivery systems for agents to treat acute agitation: progress to date. *Drugs* 2013;73:1783-1792 [R,I]

24151084

SISTEMAS ALTERNATIVOS DE ADMINISTRACIÓN DE AGENTES PARA TRATAR LA AGITACIÓN AGUDA: PROGRESO HASTA LA FECHA

Keating GM. Fosfomicin trometamol: a review of its use as a single-dose oral treatment for patients with acute lower urinary tract infections and pregnant women with asymptomatic bacteriuria. *Drugs* 2013;73:1951-1966 [R,II]

24202878

FOSFOMICINA TROMETAMOL: REVISIÓN DE SU USO COMO TRATAMIENTO EN DOSIS ORAL SIMPLE EN PACIENTES CON INFECCIONES AGUDAS DE VÍAS BAJAS URINARIAS Y MUJERES EMBARAZADAS CON BACTERIURIA ASINTOMÁTICA

ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y MICROBIOLOGÍA CLÍNICA

Otero L, Vazquez F. *Neisseria gonorrhoeae* multiresistente: ¿regreso al pasado? *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2013;31:565-567 [AO,I]

24074904

NEISSERIA GONORRHOEAE MULTIRRESISTENTE: ¿REGRESO AL PASADO?

Panel de expertos de GeSIDA y Plan Nacional sobre el Sida. Documento de consenso de GeSIDA/Plan Nacional sobre el Sida respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (actualización enero 2013) *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2013;31:602.e1-602.e98 [M,II]

24161378

DOCUMENTO DE CONSENSO DE GESIDA/PLAN NACIONAL SOBRE EL SIDA RESPECTO AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN ADULTOS INFECTADOS POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (ACTUALIZACIÓN ENERO 2013)

Panel of Experts of GESIDA and Spanish Secretariat for the National Plan on AIDS. Resumen del Documento de Consenso de GeSIDA/Plan Nacional sobre el Sida respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (actualización enero 2013) *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2013;31:602.e1-602.e98 [M,III]

24156952

RESUMEN DEL DOCUMENTO DE CONSENSO DE GESIDA/PLAN NACIONAL SOBRE EL SIDA RESPECTO AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN ADULTOS INFECTADOS POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (ACTUALIZACIÓN ENERO 2013)

EUROPEAN HEART JOURNAL

Allison TG. Changing medical culture to promote physical activity in secondary prevention of coronary artery disease. *Eur Heart J* 2013;34:3245-3247 [AO,I]

24042061

CAMBIAR LA CULTURA MÉDICA PARA PROMOVER LA ACTIVIDAD FÍSICA EN LA PREVENCIÓN SECUNDARIA DE LA ENFERMEDAD ARTERIAL CORONARIA

Rigotti NA, Clair C. Managing tobacco use: the neglected cardiovascular disease risk factor. *Eur Heart J* 2013;34:3259-3267 [R,I]

24014389

MANEJO DEL USO DEL TABACO: EL FACTOR DE RIESGO DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR DESCUIDADO

Kostner KM, März W, Kostner GM. When should we measure lipoprotein (a)? *Eur Heart J* 2013;34:3268-3276 [R,I]

23735860

¿CUÁNDO DEBERÍAMOS MEDIR LA LIPOPROTEÍNA (A)?

Hadamitzky M, Täubert S, Deseive S, Byrne RA, Martinoff S, Schömig A, et al. Prognostic value of coronary computed tomography angiography during 5 years of follow-up in patients with suspected coronary artery disease. *Eur Heart J* 2013;34:3277-3285 [S,I]

24067508

VALOR PRONÓSTICO DE LA ANGIOGRAFÍA MEDIANTE TAC CORONARIO DURANTE 5 AÑOS DE SEGUIMIENTO EN PACIENTES CON SOSPECHA DE ENFERMEDAD ARTERIAL CORONARIA

Stewart R, Held C, Brown R, Vedin O, Hagstrom E, Lonn E, et al. Physical activity in patients with stable coronary heart disease: an international perspective. *Eur Heart J* 2013;34:3286-3293 [T,I]

24014220

ACTIVIDAD FÍSICA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CARDIACA CORONARIA ESTABLE: PERSPECTIVA INTERNACIONAL

GACETA SANITARIA

Ramos M, Taltavull M, Piñero P, Nieto R, Llagostera M. Actitudes de las personas usuarias de atención primaria ante el cribado del cáncer colorrectal. *Gac Sanit* 2013;27:516-520 [C,I] 23280043

ACTITUDES DE LAS PERSONAS USUARIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA ANTE EL CRIBADO DEL CÁNCER COLORECTAL

Costa D, Soares JJ, Lindert J, Hatzidimitriadou E, Karlsson A, Sundin O, et al. La violencia de pareja en Europa: diseño y métodos de un estudio multinacional. *Gac Sanit* 2013;27:558-561 [T,I] 23643717

LA VIOLENCIA DE PAREJA EN EUROPA: DISEÑO Y MÉTODOS DE UN ESTUDIO MULTINACIONAL

GUT

Pérez-Cobas AE, Gosalbes MJ, Friedrichs A, Knecht H, Artacho A, Eismann K, et al. Gut microbiota disturbance during antibiotic therapy: a multi-omic approach. *Gut* 2013;62:1591-1601 [T,I] 23236009

ALTERACIÓN DE LA FLORA BACTERIANA INTESTINAL DURANTE EL TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO: ABORDAJE...

JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION

Moses H 3rd, Matheson DH, Dorsey ER, George BP, Sadoff D, Yoshimura S. The anatomy of health care in the United States. *JAMA* 2013;310:1947-1963 [R,II] 24219951

ANATOMÍA DE LA ATENCIÓN SANITARIA EN LOS ESTADOS UNIDOS

McLean RC, Jessup M. The challenge of treating heart failure: a diverse disease affecting diverse populations. *JAMA* 2013;310:2033-2034 [AO,I] 24240924

EL RETO DE TRATAR LA INSUFICIENCIA CARDIACA: UNA ENFERMEDAD DIVERSA QUE AFECTA A POBLACIONES DIVERSAS

Gaziano JM, Gaziano TA. What's new with measuring cholesterol? *JAMA* 2013;310:2043-2044 [AO,I] 24240929

¿QUÉ HAY DE NUEVO EN LA MEDICIÓN DEL COLESTEROL?

Martin SS, Blaha MJ, Elshazly MB, Toth PP, Kwiterovich PO, Blumenthal RS, et al. Comparison of a novel method vs the Friedewald equation for estimating low-density lipoprotein cholesterol levels from the standard lipid profile. *JAMA* 2013;310:2061-2068 [T,I] 24240933

COMPARACIÓN DE UN NUEVO MÉTODO FRENTE A LA ECUACIÓN DE FRIEDEWALD PARA CALCULAR LOS NIVELES DE COLESTEROL LDL A PARTIR DEL PERFIL LIPÍDICO ESTÁNDAR

Brett AS. Oral fluoroquinolone use and retinal detachment: reconciling conflicting findings in observational research. *JAMA* 2013;310:2151-2153 [AO,I] 24281459

USO DE FLUOROQUINOLONA ORAL Y DESPRENDIMIENTO DE RETINA: RECONCILIAR HALLAZGOS CONFLICTIVOS EN LA INVESTIGACIÓN OBSERVACIONAL

Pasternak B, Svanström H, Melbye M, Hviid A. Association between oral fluoroquinolone use and retinal detachment. *JAMA* 2013;310:2184-2190 [S,II] 24281462

ASOCIACIÓN ENTRE USO DE FLUOROQUINOLONA ORAL Y DESPRENDIMIENTO DE RETINA

JAMA INTERNAL MEDICINE

Wiley J, Gonzalez-Castellon M. Cholesterol level and stroke: a complex relationship. *JAMA Intern Med* 2013;173:1765-1766 [AO,II] 24000073

NIVELES DE COLESTEROL E ICTUS: UNA RELACIÓN COMPLEJA

Gill TM, Murphy TE, Gahbauer EA, Allore HG. The course of disability before and after a serious fall injury. *JAMA Intern Med* 2013;173:1780-1786 [S,II] 23958741

EL CURSO DE LA DISCAPACIDAD ANTES Y DESPUÉS DE UNA HERIDA GRAVE POR CAÍDA

Smith-Bindman R, Lebda P, Feldstein VA, Sellami D, Goldstein RB, Brasic N, et al.

Risk of thyroid cancer based on thyroid ultrasound imaging characteristics: results of a population-based study. *JAMA Intern Med* 2013;173:1788-1796 [CC,I] 23978950

RIESGO DE CÁNCER DE TIROIDES BASADO EN LAS CARACTERÍSTICAS DE LA ECOGRAFÍA TIROIDEA: RESULTADOS DE UN ESTUDIO POBLACIONAL

Nyweide DJ, Anthony DL, Bynum JP, Strawderman RL, Weeks WB, Casalino LP, et al. Continuity of care and the risk of preventable hospitalization in older adults. *JAMA Intern Med* 2013;173:1879-1885 [S,II] 24043127

CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN Y RIESGO DE HOSPITALIZACIÓN PREVENIBLE EN ANCIANOS

Gupta R, Bodenheimer T. How primary care practices can improve continuity of care. *JAMA Intern Med* 2013;173:1885-1886 [AO,II] 24042733

CÓMO LAS CONSULTAS DE ATENCIÓN PRIMARIA PUEDEN MEJORAR LA CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN

JAMA PSYCHIATRY

Ressler KJ, Rothbaum BO. Augmenting obsessive-compulsive disorder treatment: from brain to mind. *JAMA Psychiatry* 2013;70:1129-1131 [AO,I] 24026506

AUMENTAR EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO: DEL CEREBRO A LA MENTE

Beardslee WR, Brent DA, Weersing VR, Clarke GN, Porta G, Hollon SD, et al. Prevention of depression in at-risk adolescents: longer-term effects. *JAMA Psychiatry* 2013;70:1161-1170 [EC,II] 24005242

PREVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN EN LOS ADOLESCENTES EN RIESGO: EFECTOS A LARGO PLAZO

MEDICINA CLÍNICA

Pons JM, Argimón JM. De la parsimonia en medicina. *Med Clin (Barc)* 2013;141:387-389 [AO,II] 23831403

DE LA PARSIMONIA EN MEDICINA

Molina M, Gonzalez R, Folgado J, Real JT, Martínez-Hervás S, Priego A, et al. Correlación entre las concentraciones plasmáticas de homocisteína y la polineuropatía diabética evaluada con la prueba del monofilamento de Semmes-Weinstein en pacientes con diabetes tipo 2. *Med Clin (Barc)* 2013;141:382-386 [T,I]

23332627

CORRELACIÓN ENTRE LAS CONCENTRACIONES PLASMÁTICAS DE HOMOCISTEÍNA Y LA POLINEUROPATÍA DIABÉTICA EVALUADA CON LA PRUEBA DEL MONOFILAMENTO DE SEMMES-WEINSTEIN EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2

Reyes-Alcázar V, Cambil J, Herrera-Usagre M; SADECA. Revisión sistemática sobre recomendaciones de seguridad del paciente para centros sociosanitarios. *Med Clin (Barc)* 2013;141:397-405 [M,III]

23597954

REVISIÓN SISTEMÁTICA SOBRE RECOMENDACIONES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA CENTROS SOCIO-SANITARIOS

Millán J, Alegría E, Guijarro C, Lozano JV, Vitale GC, González-Timón B, et al. Dislipemia en población diabética tratada con estatinas. Resultados del estudio DYSIS en España. *Med Clin (Barc)* 2013;141:430-436 [S,II]

23246165

DISLIPEMIA EN POBLACIÓN DIABÉTICA TRATADA CON ESTATINAS. RESULTADOS DEL ESTUDIO DYSIS EN ESPAÑA

Santiago-Ruiz JL, Manzano L. Predictores pronósticos en el paciente anciano con insuficiencia cardiaca: «A veces lo más sencillo es lo mejor». *Med Clin (Barc)* 2013;141:440-441 [AO,I]

23850149

PREDICTORES PRONÓSTICOS EN EL PACIENTE ANCIANO CON INSUFICIENCIA CARDIACA: «A VECES LO MÁS SENCILLO ES LO MEJOR»

Papaseit E, Pérez-Mañá C, Torrens M, Farré M. Reacciones adversas de medicamentos relacionadas con el abuso y formas farmacéuticas disuasorias. *Med Clin (Barc)* 2013;141:454-458 [R,I]

24144061

REACCIONES ADVERSAS DE MEDICAMENTOS RELACIONADAS CON EL ABUSO Y FORMAS FARMACÉUTICAS DISUASORIAS

REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA

Rodríguez-Artalejo F. Potenciar la prevención cardiovascular primordial y primaria para aumentar la esperanza de vida. *Rev Esp Cardiol* 2013;66:837-838 [AO,I]

23998454

POTENCIAR LA PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR PRIMORDIAL Y PRIMARIA PARA AUMENTAR LA ESPERANZA DE VIDA

Anguita M; Grupo de Trabajo de la SEC sobre la guía de hipertensión arterial ESC/ESH 2013, revisores expertos de la guía de hipertensión arterial ESC/ESH 2013 y Comité de Guías de Práctica Clínica de la SEC. Comentarios a la guía de práctica clínica de la ESC/ESH 2013 para el manejo de la hipertensión arterial. Un informe del Grupo de Trabajo del Comité de Guías de Práctica Clínica de la Sociedad Española de Cardiología. *Rev Esp Cardiol* 2013;66:842-847 [AO,II]

24161155

COMENTARIOS A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE LA ESC/ESH 2013 PARA EL MANEJO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL. UN INFORME DEL GRUPO DE TRABAJO DEL COMITÉ DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA

García JM. Contribuciones de la mortalidad cardiovascular a la esperanza de vida de la población española de 1980 a 2009. *Rev Esp Cardiol* 2013;66:848-853 [T,II]

24012213

CONTRIBUCIONES DE LA MORTALIDAD CARDIOVASCULAR A LA ESPERANZA DE VIDA DE LA POBLACIÓN ESPAÑOLA DE 1980 A 2009

Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redon J, Zanchetti A, Böhm M et al. Guía de práctica clínica de la ESH/ESC 2013 para el manejo de la hipertensión arterial. *Rev Esp Cardiol* 2013;66:880.e1-880.e64 [M,III]

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE LA ESH/ESC 2013 PARA EL MANEJO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

THE LANCET

Lynskey MT, Strang J. The global burden of drug use and mental disorders. *Lancet* 2013;382:1540-1542 [AO,I]

23993279

LA CARGA MUNDIAL DE USO DE DROGAS Y TRASTORNOS MENTALES

Hajek P. Electronic cigarettes for smoking cessation. *Lancet* 2013;382:1614-1616 [AO,I]

24029168

CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS PARA DEJAR DE FUMAR

Bullen C, Howe C, Laugesen M, McRobbie H, Parag V, Williman J, et al. Electronic cigarettes for smoking cessation: a randomised controlled trial. *Lancet* 2013;382:1629-1637 [EC,II]

24029165

CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS PARA DEJAR DE FUMAR: ENSAYO CONTROLADO ALEATORIZADO

Longo G, Berti I, Burks AW, Krauss B, Barbi E. IgE-mediated food allergy in children. *Lancet* 2013;382:1656-1664 [R,I]

23845860

ALERGIA ALIMENTARIA MEDIADA POR IgE EN NIÑOS

Statins: new US guideline sparks controversy. *Lancet* 2013;382:1680 [AO,I]

24267985

ESTATINAS: LA NUEVA GUÍA ESTADOUNIDENSE ENCIENDE LA CONTROVERSI

The global dominance of diabetes. *Lancet* 2013;382:1680 [AO,I]

24267986

PREPONDERANCIA MUNDIAL DE LA DIABETES

May AE. Antiplatelet therapy after coronary stenting: for how long? *Lancet* 2013;382:1684-1685 [AO,I]

24004643

TERAPIA ANTIPLAQUETARIA TRAS IMPLANTACIÓN DE STENT CORONARIO: ¿POR CUÁNTO TIEMPO?

THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE

Bair-Merritt M, Zuckerman B, Augustyn M, Cronholm PF. Silent victims--an epidemic of childhood exposure to domestic violence. *N Engl J Med* 2013;369:1673-1675 [AO,I]

24171514

LAS VÍCTIMAS SILENCIOSAS: EPIDEMIA DE EXPOSICIÓN DE LA INFANCIA A LA VIOLENCIA DOMÉSTICA

Walensky RP, Ross EL, Kumarasamy N, Wood R, Noubary F, Paltiel AD, et al. Cost-effectiveness of HIV treatment as prevention in serodiscordant couples. *N Engl J Med* 2013;369:1715-1725 [CE,I]

24171517

RENTABILIDAD DEL TRATAMIENTO DEL VIH COMO PREVENCIÓN EN PAREJAS SERODISCORDANTES

Stillman M, Tailor M. Dead man walking. *N Engl J Med* 2013;369:1880-1881 [AO,II]

24152232

MUERTO ANDANTE

Fried LF, Emanuele N, Zhang JH, Brophy M, Conner TA, Duckworth W, et al; VA NEPHRON-D Investigators. Combined Angiotensin inhibition for the treatment of diabetic nephropathy. *N Engl J Med* 2013;369:1892-1903 [EC,II]

24206457

INHIBICIÓN COMBINADA CON ANGIOTENSINA PARA EL TRATAMIENTO DE LA NEFROPATÍA DIABÉTICA

Volkow ND, Swanson JM. Clinical practice: Adult attention deficit-hyperactivity disorder. *N Engl J Med* 2013;369:1935-1944 [R,I]

24224626

PRÁCTICA CLÍNICA: TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN-HIPERACTIVIDAD

de Zeeuw D. The end of dual therapy with renin-angiotensin-aldosterone system blockade? *N Engl J Med* 2013;369:1960-1962 [AO,I]

24206456

¿EL FIN DE LA TERAPIA DUAL CON BLOQUEO DEL SISTEMA RENINA-ANGIOTENSINA-ALDOSTERONA?

Bao Y, Han J, Hu FB, Giovannucci EL, Stampfer MJ, Willett WC, et al. Association of nut consumption with total and cause-specific mortality. *N Engl J Med* 2013;369:2001-2011 [S,II]

24256379

ASOCIACIÓN DEL CONSUMO DE FRUTOS SECOS Y MORTALIDAD TOTAL Y POR CAUSAS ESPECÍFICAS

Barouch DH. The quest for an HIV-1 vaccine--moving forward. *N Engl J Med* 2013;369:2073-2076 [AO,I]

24283223

LA BÚSQUEDA DE UNA VACUNA PARA EL VIH-1--AVANCES

Giugliano RP, Ruff CT, Braunwald E, Murphy SA, Wiviott SD, Halperin JL, et al; ENGAGE AF-TIMI 48 Investigators. Edoxaban versus warfarin in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med* 2013;369:2093-2104 [EC,II]

24251359

EDOXABAN FRENTE A WARFARINA EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR

van Panhuis WG, Grefenstette J, Jung SY, Chok NS, Cross A, Eng H, et al. Contagious diseases in the United States from 1888 to the present. *N Engl J Med* 2013;369:2152-2158 [R,I]

24283231

ENFERMEDADES CONTAGIOSAS EN LOS ESTADOS UNIDOS DESDE 1888 HASTA EL PRESENTE

THORAX

Suissa S, Patenaude V, Lapi F, Ernst P. Inhaled corticosteroids in COPD and the risk of serious pneumonia. *Thorax* 2013;68:1029-1036 [S,II]

24130228

CORTICOIDES INHALADOS EN LA EPOC Y RIESGO DE NEUMONÍA GRAVE

Hajek P, McRobbie H, Myers K. Efficacy of cytisine in helping smokers quit: systematic review and meta-analysis. *Thorax* 2013; 68:1037-1042 [M,II]

23404838

EFICACIA DE LA CISTINA PARA AYUDAR AL ABANDONO DEL TABACO: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS

ENERO

ANNALS OF INTERNAL MEDICINE

Salas-Salvadó J, Bulló M, Estruch R, Ros E, Covas MI, Ibarrola-Jurado N et al. Prevention of diabetes with mediterranean diets: a subgroup analysis of a randomized trial. *Ann Intern Med.* 2014; 160:1-10 [EC,I]

PREVENCIÓN DE LA DIABETES CON DIETAS MEDITERRÁNEAS: ANÁLISIS DE SUBGRUPO DE UN ENSAYO ALEATORIZADO

Wilson JF. Stable ischemic heart disease. *Ann Intern Med.* 2014; 160:ITC1-1 [AO,I]

CARDIOPATÍA ISQUÉMICA ESTABLE

Moyer VA. Screening for oral cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med.* 2013 [Epub ahead of print] [M,II]

24276469

CRIBAJE DEL CÁNCER ORAL: DECLARACIÓN DE RECOMENDACIÓN DEL US PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE

Nuckols TK, Anderson L, Popescu I, Diamant AL, Doyle B, Di Capua P, et al. Opioid prescribing: a systematic review and critical appraisal of guidelines for chronic pain. *Ann Intern Med.* 2013 [Epub ahead of print] [M,II]

24217469

PRESCRIPCIÓN DE OPIOIDES: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y VALORACIÓN CRÍTICA DE LAS GUÍAS PARA EL DOLOR CRÓNICO

ARTHRITIS AND RHEUMATISM

Bruderer S, Bodmer M, Jick SS, Meier CR. Use of diuretics and risk of incident gout: a population-based case-control study. *Arthritis Rheumatol.* 2014; 66:185-196 [CC,II]

24449584

USO DE DIURÉTICOS Y RIESGO DE INCIDENCIA DE GOTA: ESTUDIO CASO-CONTROL POBLACIONAL

ATENCIÓN PRIMARIA

Lobos JM, Polo J, Vargas D. El médico de familia ante las barreras en la prescripción de los nuevos anticoagulantes orales: heterogeneidad, inequidad y confusión. Posicionamiento de las Sociedades Científicas de Atención Primaria en España. *Aten Primaria.* 2014; 46:1-3 [AO,II]

24268612

EL MÉDICO DE FAMILIA ANTE LAS BARRERAS EN LA PRESCRIPCIÓN DE LOS NUEVOS ANTICOAGULANTES

ORALES: HETEROGENEIDAD, INEQUIDAD Y CONFUSIÓN. POSICIONAMIENTO DE LAS SOCIEDADES CIENTÍFICAS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN ESPAÑA

Leon-Sanromà M, Mínguez J, Cerecedo MJ, Téllez J. ¿Nos pasamos al DSM-5? Un debate con implicaciones clínicas, sociales y económicas. *Aten Primaria*. 2014; 46:4-5 [AO,I]

24355582

¿NOS PASAMOS AL DSM-5? UN DEBATE CON IMPLICACIONES CLÍNICAS, SOCIALES Y ECONÓMICAS

Catalán-Ramos A, Verdú JM, Grau M, Iglesias-Rodal M, Del Val JL, Consola A, et al: @GPC-ICS Group. Prevalencia y control de factores de riesgo cardiovascular en la población general: ¿qué nos dice la historia clínica electrónica? *Aten Primaria*. 2014; 46:15-24 [T,I]

24325864

PREVALENCIA Y CONTROL DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN LA POBLACIÓN GENERAL: ¿QUÉ NOS DICE LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA?

Hernández-Díaz J, Paredes-Carbonell JJ, Marín R. Cómo diseñar talleres para promover la salud en grupos comunitarios. *Aten Primaria*. 2014; 46:40-47 [R,II]

24280035

CÓMO DISEÑAR TALLERES PARA PROMOVER LA SALUD EN GRUPOS COMUNITARIOS

BRITISH MEDICAL JOURNAL

Threapleton DE, Greenwood DC, Evans CE, Cleghorn CL, Nykjaer C, Woodhead C, et al. Dietary fibre intake and risk of cardiovascular disease: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2013; 347:f6879 [M,II]

24355537

INGESTA DE FIBRA DIETÉTICA Y RIESGO DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS

Grigoriadis S, Vonderporten EH, Mamisashvili L, Tomlinson G, Dennis CL, Koren G, et al. Prenatal exposure to antidepressants and persistent pulmonary hypertension of the newborn: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2014; 348:f6932 [M,II]

24429387

EXPOSICIÓN PRENATAL A LOS ANTIDEPRESIVOS E HIPERTENSIÓN PULMONAR PERSISTENTE DEL RECIÉN NACIDO: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS

George J, Majeed W, Mackenzie IS, Macdonald TM, Wei L. Association between cardiovascular events and sodium-containing effervescent, dispersible, and soluble drugs: nested case-control study. *BMJ*. 2013; 347:f6954 [CC,II]

24284017

ASOCIACIÓN ENTRE ACONTECIMIENTOS CARDIOVASCULARES Y FÁRMACOS SOLUBLES, EFERVESCENTES Y DISPERSABLES QUE CONTIENEN SODIO: ESTUDIO CASO-CONTROL ANIDADO

Downie A, Williams CM, Henschke N, Hancock MJ, Ostelo RW, de Vet HC, et al. Red flags to screen for malignancy and fracture in patients with low back pain: systematic review. *BMJ*. 2013; 347:f7095 [M,II]

24335669

FRACTURAS Y BANDERAS ROJAS PARA CRIBAR MALIGNIDAD EN PACIENTES CON LUMBALGIA: REVISIÓN SISTEMÁTICA

Strazzullo P. Sodium in drugs and hypertension. *BMJ*. 2013; 347:f7321 [AO,I]

24326889

SODIO EN FÁRMACOS E HIPERTENSIÓN

Kalso E, Aldington DJ, Moore RA. Drugs for neuropathic pain. *BMJ*. 2013; 347:f7339 [R,I]

24355386

FÁRMACOS PARA EL DOLOR NEUROPÁTICO

Sorita A, Ahmed A, Starr SR, Thompson KM, Reed DA, Prokop L, et al. Off-hour presentation and outcomes in patients with acute myocardial infarction: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2014; 348:f7393 [M,II]

24452368

PRESENTACIÓN FUERA DE HORARIO REGULAR Y RESULTADOS EN PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS

Baron RB. Eat more fibre. *BMJ*. 2013; 347:f7401 [AO,I]

24355540

COMA MÁS FIBRA

Cesaroni G, Forastiere F, Stafoggia M, Andersen ZJ, Badaloni C, Beelen R, et al. Long term exposure to ambient air pollution and incidence of acute coronary events: prospective cohort study and meta-analysis in 11 European cohorts from the ESCAPE Project. *BMJ*. 2014; 348:f7412 [M,II]

24452269

EXPOSICIÓN A LA CONTAMINACIÓN AMBIENTAL A LARGO PLAZO E INCIDENCIA DE ACONTECIMIENTOS CORONARIOS AGUDOS: ESTUDIO DE COHORTE PROSPECTIVA Y METAANÁLISIS EN 11 COHORTES EUROPEAS DEL PROYECTO ESCAPE

Underwood M, Buchbinder R. Red flags for back pain. *BMJ*. 2013; 347:f7432 [AO,I]

24336004

BANDERAS ROJAS EN LA LUMBALGIA

Zwar NA, Mendelsohn CP, Richmond RL. Supporting smoking cessation. *BMJ*. 2014; 348:f7535 [R,I]

24423971

AYUDA PARA DEJAR DE FUMAR

Horgan D, Byrne D, Brand A. EU directive on patients' rights to cross border healthcare. *BMJ*. 2013; 347:f7694 [AO,I]

24381238

DIRECTIVA DE LA UE SOBRE LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES A LA ATENCIÓN SANITARIA AL CRUZAR LA FRONTERA

Lapointe-Shaw L, Bell CM. Acute myocardial infarction. *BMJ*. 2014; 348:f7696 [AO,I]

24452407

INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

Graham J, Kirkbride P, Cann K, Hasler E, Prettyjohns M. Prostate cancer: summary of updated NICE guidance. *BMJ*. 2014; 348:f7524 [M,II]

24401467

CÁNCER DE PRÓSTATA: RESUMEN DE LA GUÍA NICE ACTUALIZADA

Abel KM, Heuvelman HP, Jörgensen L, Magnusson C, Wicks S, Susser E, et al. Severe bereavement stress during the prenatal and childhood periods and risk of psychosis in later life: population based cohort study. *BMJ*. 2014; 348:f7679 [S,II]

24449616

ESTRÉS GRAVE POR PÉRDIDA DURANTE LOS PERIODOS PRENATAL E INFANTIL Y RIESGO DE PSICOSIS EN LA VIDA POSTERIOR: ESTUDIO DE COHORTE POBLACIONAL

Hodgkinson S, Pollit V, Sharpin C, Lecky F; Guideline Development Group. Early management of head injury: summary of updated NICE guidance. *BMJ*. 2014; 348:g104 [M,II]
24452622

MANEJO PRECOZ DE LAS HERIDAS EN LA CABEZA: RESUMEN DE LA GUÍA NICE ACTUALIZADA

Elfström KM, Smelov V, Johansson AL, Eklund C, Naucér P, Arnheim-Dahlström L, et al. Long term duration of protective effect for HPV negative women: follow-up of primary HPV screening randomised controlled trial. *BMJ*. 2014; 348:g130 [EC,II]
24435414

DURACIÓN A LARGO PLAZO DEL EFECTO PROTECTOR EN MUJERES VPH NEGATIVAS: ENSAYO CONTROLADO ALEATORIZADO DE SEGUIMIENTO DEL CRIBAJE PRIMARIO DE VPH

Smith R, Gøtzsche PC, Groves T. Should journals stop publishing research funded by the drug industry? *BMJ*. 2014; 348:g171 [AO,I]
24423895

¿DEBERÍAN DEJAR DE PUBLICAR LAS REVISTAS INVESTIGACIONES FINANCIADAS POR LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA?

BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY

Koelen JA, Houtveen JH, Abbass A, Luyten P, Eurelings-Bontekoe EH, Van Broeckhuysen-Kloth SA, et al. Effectiveness of psychotherapy for severe somatoform disorder: meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2014; 204:12-19 [M,II]
24385460

EFFECTIVIDAD DE LA PSICOTERAPIA EN EL TRASTORNO SOMATOMORFO GRAVE: METAANÁLISIS

Jauhar S, McKenna PJ, Radua J, Fung E, Salvador R, Laws KR. Cognitive-behavioural therapy for the symptoms of schizophrenia: systematic review and meta-analysis with examination of potential bias. *Br J Psychiatry*. 2014; 204:20-29 [M,II]
24385461

TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA LOS SÍNTOMAS DE LA ESQUIZOFRENIA: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS CON EXAMEN DE SESGO POTENCIAL

CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION JOURNAL

Reid RD, McDonnell LA, Riley DL, Mark AE, Mosca L, Beaton L, et al. Effect of an intervention to improve the cardiovascular health of family members of patients with coronary artery disease: a randomized trial. *CMAJ*. 2014; 186:23-30 [EC,I]
24246588

EFFECTO DE UNA INTERVENCIÓN PARA MEJORAR LA SALUD CARDIOVASCULAR DE LOS FAMILIARES DE PACIENTES CON ENFERMEDAD ARTERIAL CORONARIA: ENSAYO ALEATORIZADO

El Shayeb M, Topfer LA, Stafinski T, Pawluk L, Menon D. Diagnostic accuracy of level 3 portable sleep tests versus level 1 polysomnography for sleep-disordered breathing: a systematic review and meta-analysis. *CMAJ*. 2014; 186:E25-E51 [M,II]
24218531

EXACTITUD DIAGNÓSTICA DE LAS PRUEBAS DE SUEÑO PORTÁTILES NIVEL 3 FRENTE A LA POLISOMNOGRA-

FÍA NIVEL 1 EN LOS TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS

Stall N, Wong CL. Hospital-acquired delirium in older adults. *CMAJ*. 2014; 186:E61 [AO,I]
24003094

SÍNDROME CONFUSIONAL ADQUIRIDO EN HOSPITAL EN ANCIANOS

CIRCULATION

Samet JM. Smoking cessation: benefits versus risks of using pharmacotherapy to quit. *Circulation*. 2014; 129:8-10 [AO,I]
24323794

ABANDONO TABÁQUICO: BENEFICIOS FRENTE A RIESGOS DE USAR FARMACOTERAPIA PARA DEJARLO

Mills EJ, Thorlund K, Eapen S, Wu P, Prochaska JJ. Cardiovascular events associated with smoking cessation pharmacotherapies: a network meta-analysis. *Circulation*. 2014; 129:28-41 [M,II]
24323793

ACONTECIMIENTOS CARDIOVASCULARES ASOCIADOS CON LAS FARMACOTERAPIAS PARA DEJAR DE FUMAR: METAANÁLISIS EN RED

Alcántara C, Davidson KW. Mental disorders and coronary heart disease risk: could the evidence elude us while we sleep? *Circulation*. 2014; 129:139-141 [AO,I]
24190956

TRASTORNOS MENTALES Y RIESGO DE ENFERMEDAD CORONARIA: ¿PUEDE ESQUIVARLOS LA EVIDENCIA MIENTRAS DORMIMOS?

Kuklina EV. Breastfeeding and cardiometabolic profile in childhood: how infant feeding, preterm birth, socioeconomic status, and obesity may fit into the puzzle. *Circulation*. 2014; 129:281-284 [AO,I]
24300436

LACTANCIA MATERNA Y PERFIL CARDIOMETABÓLICO EN LA NIÑEZ: CÓMO LA ALIMENTACIÓN INFANTIL, EL NACIMIENTO PREMATURO, EL ESTATUS SOCIOECONÓMICO Y LA OBESIDAD PUEDEN ENCAJAR EN EL PUZZLE

Lee CW, Ahn JM, Park DW, Kang SJ, Lee SW, Kim YH, et al. Optimal duration of dual antiplatelet therapy after drug-eluting stent implantation: a randomized, controlled trial. *Circulation*. 2014; 129:304-312 [EC,II]
24097439

DURACIÓN ÓPTIMA DE LA TERAPIA ANTIPLAQUETARIA DUAL TRAS LA IMPLANTACIÓN DE STENT FARMACOACTIVO: ENSAYO CONTROLADO ALEATORIZADO

Go AS, Mozaffarian D, Roger VL, Benjamin EJ, Berry JD, Blaha MJ, et al; American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Executive summary: heart disease and stroke statistics--2014 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. 2014; 129:399-410 [T,II]
24446411

RESUMEN EJECUTIVO: ESTADÍSTICAS DE ENFERMEDAD CARDIACA E ICTUS-ACTUALIZACIÓN 2014: INFORME DE LA AHA

Go AS, Mozaffarian D, Roger VL, Benjamin EJ, Berry JD, Blaha MJ, et al; American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart disease and stroke

statistics--2014 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. 2014; 129:e28-e292 [T,II]
24352519
ESTADÍSTICAS DE ENFERMEDAD CARDIACA E ICTUS-
ACTUALIZACIÓN 2014: INFORME DE LA AHA

DIABETES CARE

Cefalu WT, Ratner RE. The diabetes control and complications trial/epidemiology of diabetes interventions and complications study at 30 years: the "gift" that keeps on giving! *Diabetes Care*. 2014; 37:5-7 [AO,II]
24356590

EL ENSAYO CONTROL DE LA DIABETES Y COMPLICACIONES/ESTUDIO DE EPIDEMIOLOGÍA DE LAS INTERVENCIONES Y COMPLICACIONES DE LA DIABETES A LOS 30 AÑOS: ¿EL "REGALO" QUE NOS SIGUE DANDO!

Nathan DM; DCCT/EDIC Research Group. The diabetes control and complications trial/epidemiology of diabetes interventions and complications study at 30 years: overview. *Diabetes Care*. 2014; 37:9-16 [EC,II]
24356592

EL ENSAYO CONTROL DE LA DIABETES Y COMPLICACIONES/ESTUDIO DE EPIDEMIOLOGÍA DE LAS INTERVENCIONES Y COMPLICACIONES DE LA DIABETES A LOS 30 AÑOS: PANORAMA

Aiello LP; DCCT/EDIC Research Group. Diabetic retinopathy and other ocular findings in the diabetes control and complications trial/epidemiology of diabetes interventions and complications study. *Diabetes Care*. 2014; 37:17-23 [EC,II]
24356593

RETINOPATÍA DIABÉTICA Y OTROS HALLAZGOS OCULARES EN EL ENSAYO CONTROL DE LA DIABETES Y COMPLICACIONES/ESTUDIO DE EPIDEMIOLOGÍA DE LAS INTERVENCIONES Y COMPLICACIONES DE LA DIABETES

de Boer IH; DCCT/EDIC Research Group. Kidney disease and related findings in the diabetes control and complications trial/epidemiology of diabetes interventions and complications study. *Diabetes Care*. 2014; 37:24-30 [EC,II]
24356594

ENFERMEDAD RENAL Y HALLAZGOS RELACIONADOS EN EL ENSAYO CONTROL DE LA DIABETES Y COMPLICACIONES/ESTUDIO DE EPIDEMIOLOGÍA DE LAS INTERVENCIONES Y COMPLICACIONES DE LA DIABETES

Lachin JM, Orchard TJ, Nathan DM; DCCT/EDIC Research Group. Update on cardiovascular outcomes at 30 years of the diabetes control and complications trial/epidemiology of diabetes interventions and complications study. *Diabetes Care*. 2014; 37:39-43 [EC,II]
24356596

ACTUALIZACIÓN SOBRE LOS RESULTADOS CARDIOVASCULARES A LOS 30 AÑOS DEL ENSAYO CONTROL DE LA DIABETES Y COMPLICACIONES/ESTUDIO DE EPIDEMIOLOGÍA DE LAS INTERVENCIONES Y COMPLICACIONES DE LA DIABETES

Gubitosi-Klug RA; DCCT/EDIC Research Group. The diabetes control and complications trial/epidemiology of diabetes interventions and complications study at 30 years: summary and future directions. *Diabetes Care*. 2014; 37:44-49 [EC,II]
24356597

EL ENSAYO CONTROL DE LA DIABETES Y COMPLICACIONES/ESTUDIO DE EPIDEMIOLOGÍA DE LAS INTERVEN-

CIONES Y COMPLICACIONES DE LA DIABETES A LOS 30 AÑOS: RESUMEN Y DIRECCIONES FUTURAS

Summary of revisions to the 2014 clinical practice recommendations. *Diabetes Care*. 2014; 37 Suppl 1:S4 [M,III]
24357213
RESUMEN DE REVISIONES PARA LAS RECOMENDACIONES DE PRÁCTICA CLÍNICA DE 2014

Executive summary: standards of medical care in diabetes--2014. *Diabetes Care*. 2014; 37 Suppl 1:S5-S13 [M,III]
24357214
RESUMEN EJECUTIVO: ESTÁNDARES DE ATENCIÓN MÉDICA EN DIABETES--2014

American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes--2014. *Diabetes Care*. 2014; 37 Suppl 1:S14-S80 [M,III]
24357209
ESTÁNDARES DE ATENCIÓN MÉDICA EN DIABETES--2014

American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*. 2014; 37 Suppl 1:S81-S90 [M,III]
24357215
DIAGNÓSTICO Y CLASIFICACIÓN DE LA DIABETES MELLITUS

Evert AB, Boucher JL, Cypress M, Dunbar SA, Franz MJ, Mayer-Davis EJ, et al. Nutrition therapy recommendations for the management of adults with diabetes. *Diabetes Care*. 2014; 37 Suppl 1:S120-S143 [M,III]
24357208

RECOMENDACIONES EN TERAPIA NUTRICIONAL PARA EL MANEJO DE ADULTOS CON DIABETES

Haas L, Maryniuk M, Beck J, Cox CE, Duker P, Edwards L, et al; 2012 Standards Revision Task Force. National standards for diabetes self-management education and support. *Diabetes Care*. 2014; 37 Suppl 1:S144-S153 [M,II]
24357210

ESTÁNDARES NACIONALES PARA LA FORMACIÓN Y APOYO EN EL AUTOMANEJO DE LA DIABETES

EUROPEAN HEART JOURNAL

Troughton R, Felker GM, Januzzi JL Jr. Natriuretic peptide-guided heart failure management. *Eur Heart J*. 2014; 35:16-24 [R,I]
24216390

MANEJO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA GUIADO POR EL PÉPTIDO NATRIURÉTICO

Bartel T, Müller S, Biviano A, Hahn RT. Why is intracardiac echocardiography helpful? Benefits, costs, and how to learn. *Eur Heart J*. 2014; 35:69-76 [R,I]
24144789

¿POR QUÉ ES DE UTILIDAD LA ECOCARDIOGRAFÍA INTRACARDIACA? BENEFICIOS, COSTES Y CÓMO APRENDERLA

Aro AL, Anttonen O, Kerola T, Juntila MJ, Tikkanen JT, Rissanen HA, et al. Prognostic significance of prolonged PR interval in the general population. *Eur Heart J*. 2014; 35:123-129 [S,I]
23677846

SIGNIFICANCIA PRONÓSTICA DEL INTERVALO PR PROLONGADO EN LA POBLACIÓN GENERAL

FAMILY MEDICINE

Scherger JE. The unfinished story of family medicine transformation. *Fam Med.* 2014; 46:5-6 [AO,I]

24415501

LA HISTORIA INACABADA DE LA TRANSFORMACIÓN DE LA MEDICINA DE FAMILIA

Baird MA. Primary care in the age of reform-not a time for complacency. *Fam Med.* 2014; 46:7-10 [AO,I]

24415502

ATENCIÓN PRIMARIA EN LA ERA DE LA REFORMA-NO ES HORA PARA LA COMPLACENCIA

Manson HM, Satin D, Nelson V, Vadiveloo T. Ethics education in family medicine training in the United States: a national survey. *Fam Med.* 2014; 46:28-35 [T,I]

24415505

FORMACIÓN EN ÉTICA EN LA ENSEÑANZA DE LA MEDICINA DE FAMILIA EN LOS ESTADOS UNIDOS: ENCUESTA NACIONAL

GACETA SANITARIA

Rodríguez-Salés V, Roura E, Ibáñez R, Peris M, Bosch FX, Coma EE, et al. Cobertura del cribado de cáncer de cuello uterino en Cataluña (2008-2011) *Gac Sanit.* 2014; 28:7-13 [T,I]

23916983

COBERTURA DEL CRIBADO DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN CATALUÑA (2008-2011)

García-Garrido AB, Vázquez-Rodríguez JA, Grande-González E, Ramos-Barrón MÁ. Cobertura y costes del cribado oportunista de detección precoz del cáncer de cuello uterino en Cantabria. *Gac Sanit.* 2014; 28:14-19 [T,I]

23845269

COBERTURA Y COSTES DEL CRIBADO OPORTUNISTA DE DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN CANTABRIA

Ariza C, García-Continente X, Villalbí JR, Sánchez-Martínez F, Pérez A, Nebot M. Consumo de tabaco de los adolescentes en Barcelona y tendencias a lo largo de 20 años. *Gac Sanit.* 2014; 28:25-33 [T,I]

24332818

CONSUMO DE TABACO DE LOS ADOLESCENTES EN BARCELONA Y TENDENCIAS A LO LARGO DE 20 AÑOS

Aguilar-Palacio I, Carrera-Lasfuentes P, Poblador-Plou B, Prados-Torres A, Rabanaque-Hernández MJ; por el Grupo de Investigación en Servicios Sanitarios de Aragón (GRISA). Morbilidad y consumo de fármacos. Comparación de resultados entre la Encuesta Nacional de Salud y los registros electrónicos. *Gac Sanit.* 2014; 28:41-47 [T,II]

23680136

MORBILIDAD Y CONSUMO DE FÁRMACOS. COMPARACIÓN DE RESULTADOS ENTRE LA ENCUESTA NACIONAL DE SALUD Y LOS REGISTROS ELECTRÓNICOS

López-Sobaler AM, Ortega RM. Cuestionando la efectividad de los impuestos a alimentos como medida de lucha frente a la obesidad. *Gac Sanit.* 2014; 28:69-71 [AO,I]

24360617

CUESTIONANDO LA EFECTIVIDAD DE LOS IMPUESTOS A ALIMENTOS COMO MEDIDA DE LUCHA FRENTE A LA OBESIDAD

Quiles-Izquierdo J. Un dulce impuesto para no amargar la salud. *Gac Sanit.* 2014; 28:72-73 [AO,I]

24360616

UN DULCE IMPUESTO PARA NO AMARGAR LA SALUD

JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION

Frieden TR, King SM, Wright JS. Protocol-based treatment of hypertension: a critical step on the pathway to progress. *JAMA.* 2014; 311:21-22 [AO,I]

24231925

TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN MEDIANTE PROTOCOLO: UN PASO CRÍTICO EN EL SENDERO HACIA EL PROGRESO

Jensen MD, Ryan DH. New obesity guidelines: promise and potential. *JAMA.* 2014; 311:23-24 [AO,I]

24381963

NUEVAS GUÍAS PARA LA OBESIDAD: PROMESA Y POTENCIAL

Evans DA, Morris MC, Rajan KB. Vitamin E, memantine, and Alzheimer disease. *JAMA.* 2014; 311:29-30 [AO,I]

24381966

VITAMINA E, MEMANTINA Y ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Dysken MW, Sano M, Asthana S, Vertrees JE, Pallaki M, Llorente M, et al. Effect of vitamin E and memantine on functional decline in Alzheimer disease: the TEAM-AD VA cooperative randomized trial. *JAMA.* 2014; 311:33-44 [EC,I]

24381967

EFFECTO DE LA VITAMINA E Y LA MEMANTINA SOBRE EL DECLIVE FUNCIONAL EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER: ENSAYO ALEATORIZADO COOPERATIVO TEAM-ADVA

Rubertsson S, Lindgren E, Smekal D, Östlund O, Silfverstolpe J, Lichtveld RA, et al. Mechanical chest compressions and simultaneous defibrillation vs conventional cardiopulmonary resuscitation in out-of-hospital cardiac arrest: the LINC randomized trial. *JAMA.* 2014; 311:53-61 [EC,I]

24240611

COMPRESIONES MECÁNICAS TORÁCICAS Y DESFIBRILACIÓN SIMULTÁNEA FRENTE A REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR CONVENCIONAL EN LA PARADA CARDIACA EXTRAHOSPITALARIA: ENSAYO ALEATORIZADO LINC

Yanovski SZ, Yanovski JA. Long-term drug treatment for obesity: a systematic and clinical review. *JAMA.* 2014; 311:74-86 [M,I]

24231879

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO A LARGO PLAZO PARA LA OBESIDAD: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y CLÍNICA

Cole HM, Fiore MC. The war against tobacco: 50 years and counting. *JAMA.* 2014; 311:131-132 [AO,I]

24399546

LA GUERRA CONTRA EL TABACO: 50 AÑOS Y CONTANDO

Abrams DB. Promise and peril of e-cigarettes: can disruptive technology make cigarettes obsolete? *JAMA.* 2014; 311:135-136 [AO,I]

24399548

PROMESA Y PELIGRO DE LOS CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS: ¿PUEDE LA TECNOLOGÍA DISRUPTIVA HACER OBSOLETOS LOS CIGARRILLOS?

Evins AE, Cather C, Pratt SA, Pachas GN, Hoepfner SS, Goff DC, et al. Maintenance treatment with varenicline for smoking cessation in patients with schizophrenia and bipolar

- disorder: a randomized clinical trial. *JAMA*. 2014; 311:145-154 [EC,I]
24399553
TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO CON VARENICILINA EN EL ABANDONO TABÁQUICO EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA Y TRASTORNO BIPOLAR: ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO
- Ebbert JO, Hatsukami DK, Croghan IT, Schroeder DR, Allen SS, Hays JT, et al. Combination varenicline and bupropion SR for tobacco-dependence treatment in cigarette smokers: a randomized trial. *JAMA*. 2014; 311:155-163 [EC,I]
24399554
COMBINACIÓN DE VARENICILINA Y BUPROPION PARA LA DEPENDENCIA TABÁQUICA EN FUMADORES DE CIGARRILLOS: ENSAYO ALEATORIZADO
- Holford TR, Meza R, Warner KE, Meernik C, Jeon J, Moolgavkar SH, et al. Tobacco control and the reduction in smoking-related premature deaths in the United States, 1964-2012. *JAMA*. 2014; 311:164-171 [T,II]
24399555
CONTROL DEL TABACO Y REDUCCIÓN DE LAS MUERTES PREMATURAS RELACIONADAS CON EL FUMAR EN LOS ESTADOS UNIDOS, 1964-2012
- Cook BL, Wayne GF, Kafali EN, Liu Z, Shu C, Flores M. Trends in smoking among adults with mental illness and association between mental health treatment and smoking cessation. *JAMA*. 2014; 311:172-182 [T,I]
24399556
TENDENCIAS EN EL TABAQUISMO ENTRE ADULTOS CON ENFERMEDAD MENTAL Y ASOCIACIÓN ENTRE TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL Y ABANDONO TABÁQUICO
- Ng M, Freeman MK, Fleming TD, Robinson M, Dwyer-Lindgren L, Thomson B, et al. Smoking prevalence and cigarette consumption in 187 countries, 1980-2012. *JAMA*. 2014; 311:183-192 [T,II]
24399557
PREVALENCIA DEL TABAQUISMO Y CONSUMO DE CIGARRILLOS EN 187 PAÍSES, 1980-2012
- Cahill K, Stevens S, Lancaster T. Pharmacological treatments for smoking cessation. *JAMA*. 2014; 311:193-194 [AO,II]
24399558
TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS PARA EL ABANDONO DEL TABAQUISMO
- Sarna L, Bialous SA, Nandy K, Antonio AL, Yang Q. Changes in smoking prevalences among health care professionals from 2003 to 2010-2011. *JAMA*. 2014; 311:197-199 [AO,I]
24399560
CAMBIOS EN LAS PREVALENCIAS DE TABAQUISMO ENTRE LOS PROFESIONALES DE LA ATENCIÓN SANITARIA DESDE 2003 A 2010-2011
- Greenland P. More evidence for coronary calcium as a measure of cardiovascular risk: has anything changed? *JAMA*. 2014; 311:247-248 [AO,I]
24247361
MÁS PRUEBAS DEL CALCIO CORONARIO COMO MEDIDA DEL RIESGO CARDIOVASCULAR: ¿HA CAMBIADO ALGO?
- Criqui MH, Denenberg JO, Ix JH, McClelland RL, Wassel CL, Rifkin DE, et al. Calcium density of coronary artery plaque and risk of incident cardiovascular events. *JAMA*. 2014; 311:271-278 [T,I]
24247483
- DENSIDAD DE CALCIO DE LA PLACA ARTERIAL CORONARIA Y RIESGO DE INCIDENCIA DE ACONTECIMIENTOS CARDIOVASCULARES
- Morris AM, Regenbogen SE, Hardiman KM, Hendren S. Sigmoid diverticulitis: a systematic review. *JAMA*. 2014; 311:287-297 [M,II]
24430321
DIVERTICULITIS SIGMOIDEA: REVISIÓN SISTEMÁTICA
- Buchsbaum DJ, Croce CM. Will detection of microRNA biomarkers in blood improve the diagnosis and survival of patients with pancreatic cancer? *JAMA*. 2014; 311:363-365 [AO,I]
24449314
¿MEJORARÁ LA DETECCIÓN EN SANGRE DE BIOMARCADORES DE MICRO-RNA EL DIAGNÓSTICO Y LA SUPERVIVENCIA DE LOS PACIENTES CON CÁNCER PANCREÁTICO?
- Smith R, Rennie D. Evidence-based medicine--an oral history. *JAMA*. 2014; 311:365-367 [AO,I]
24449049
MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA--HISTORIA ORAL
- Schultz NA, Dehlendorff C, Jensen BV, Bjerregaard JK, Nielsen KR, Bojesen SE, et al. MicroRNA biomarkers in whole blood for detection of pancreatic cancer. *JAMA*. 2014; 311:392-404. [CC,I]
24449318
BIOMARCADORES DE MICRO-RNA EN SANGRE TOTAL PARA LA DETECCIÓN DEL CÁNCER PANCREÁTICO
- Ruiz-Canela M, Estruch R, Corella D, Salas-Salvadó J, Martínez-González MA. Association of Mediterranean diet with peripheral artery disease: the PREDIMED randomized trial. *JAMA*. 2014; 311:415-417 [EC,I]
24449321
ASOCIACIÓN DE DIETA MEDITERRÁNEA CON ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA: ENSAYO ALEATORIZADO PREDIMED
- JAMA INTERNAL MEDICINE**
- Dukes JW, Marcus GM. Atrial fibrillation begets myocardial infarction. *JAMA Intern Med*. 2014; 174:5-7 [AO,I]
24190287
LA FIBRILACIÓN AURICULAR GENERA INFARTO DE MIOCARDIO
- Lieberman D. Screening for colorectal cancer in individuals at average risk: current methods and emerging issues. *JAMA Intern Med*. 2014; 174:10-11 [AO,I]
24145734
CRIBAJE DEL CÁNCER COLORRECTAL EN INDIVIDUOS DE RIESGO PROMEDIO: MÉTODOS ACTUALES Y ASPECTOS EMERGENTES
- Thomsen M, Nordestgaard BG. Myocardial infarction and ischemic heart disease in overweight and obesity with and without metabolic syndrome. *JAMA Intern Med*. 2014; 174:15-22 [T,I]
24217719
INFARTO DE MIOCARDIO Y CARDIOPATÍA ISQUÉMICA EN LA OBESIDAD Y EL SOBREPESO CON Y SIN SÍNDROME METABÓLICO
- Taylor PN, Iqbal A, Minassian C, Sayers A, Draman MS, Greenwood R, et al. Falling threshold for treatment of borderline elevated thyrotropin levels--balancing benefits and risks:

evidence from a large community-based study. *JAMA Intern Med.* 2014; 174:32-39 [S,I]

24100714

DESCENSO DEL UMBRAL PARA TRATAR LOS NIVELES DE TIROTROPINA ELEVADOS LÍMITROFES-EQUILIBRAR BENEFICIOS Y RIESGOS: EVIDENCIA A PARTIR DE UN ESTUDIO COMUNITARIO DE GRAN DIMENSIÓN

Than M, Aldous S, Lord SJ, Goodacre S, Frampton CM, Troughton R, et al. A 2-hour diagnostic protocol for possible cardiac chest pain in the emergency department: a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med.* 2014; 174:51-58 [EC,I]

24100783

PROTOCOLO DIAGNÓSTICO DE 2 HORAS PARA DOLOR TORÁCICO DE POSIBLE ORIGEN CARDIACO EN EL DEPARTAMENTO DE URGENCIAS: ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO

Mason BJ, Quello S, Goodell V, Shadan F, Kyle M, Begovic A. Gabapentin treatment for alcohol dependence: a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med.* 2014; 174:70-77 [EC,I]

24190578

TRATAMIENTO CON GABAPENTINA PARA LA DEPENDENCIA DEL ALCOHOL: ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO

Rillamas-Sun E, Lacroix AZ, Waring ME, Kroenke CH, Lamonte MJ, Vitolins MZ, et al. Obesity and late-age survival without major disease or disability in older women. *JAMA Intern Med.* 2014; 174:98-106 [S,II]

24217806

OBESIDAD Y SUPERVIVENCIA TARDÍA SIN ENFERMEDAD GRAVE NI DISCAPACIDAD EN MUJERES MAYORES

Soliman EZ, Safford MM, Muntner P, Khodneva Y, Dawood FZ, Zakai NA, et al. Atrial fibrillation and the risk of myocardial infarction. *JAMA Intern Med.* 2014; 174:107-114 [S,II]

24190540

FIBRILACIÓN AURICULAR Y RIESGO DE INFARTO DE MIOCARDIO

JAMA PSYCHIATRY

Joshi PT. Mental health services for children and adolescents: challenges and opportunities. *JAMA Psychiatry.* 2014; 71:17-18 [AO,I]

24285293

SERVICIOS DE SALUD MENTAL PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES: RETOS Y OPORTUNIDADES

Freeman EW, Sammel MD, Boorman DW, Zhang R. Longitudinal pattern of depressive symptoms around natural menopause. *JAMA Psychiatry.* 2014; 71:36-43 [S,I]

24227182

PATRÓN LONGITUDINAL DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN TORNO A LA MENOPAUSIA NATURAL

JOURNAL OF THE AMERICAN BOARD OF FAMILY PHYSICIANS

Bowman MA, Neale AV. Family physicians are complex care physicians and quality of care advancement experts. *J Am Board Fam Med.* 2014; 27:1-3 [AO,I]

24390876

LOS MÉDICOS DE FAMILIA SON MÉDICOS PARA ATENCIÓN COMPLEJA Y EXPERTOS EN CALIDAD DE ATENCIÓN AVANZADA

Katerndahl D. Providing complex (rather than complicated) chronic care. *J Am Board Fam Med.* 2014; 27:6-7 [AO,I]

24390878

PROPORCIONAR ATENCIÓN CRÓNICA COMPLEJA (MÁS QUE COMPLICADA)

Sharma MA, Cheng N, Moore M, Coffman M, Bazemore AW. Patients with high-cost chronic conditions rely heavily on primary care physicians. *J Am Board Fam Med.* 2014; 27:11-12 [AO,II]

24390880

PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS DE ALTO COSTE CONFÍAN FUERTEMENTE EN LOS MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Mitchell NS, Manning BK, Staton EW, Emsermann CD, Dickinson LM, Pace WD. Outcomes of biomarker feedback on physical activity, eating habits, and emotional health: from the Americans in Motion-Healthy Intervention (AIM-HI) study. *J Am Board Fam Med.* 2014; 27:61-69 [EC,I]

24390887

RESULTADOS DE RETROALIMENTACIÓN MEDIANTE BIOMARCADORES SOBRE ACTIVIDAD FÍSICA, COSTUMBRES ALIMENTARIAS Y SALUD EMOCIONAL: DEL ESTUDIO AIM-HI

Terpening C. MALAdaptive: do we avoid metformin unnecessarily? *J Am Board Fam Med.* 2014; 27:136-141 [AO,II]

24390895

MALADAPTIVE: ¿EVITAMOS INNECESARIAMENTE LA METFORMINA?

MEDICINA CLÍNICA

Arboix A, Massons J, García-Eroles L, Grau-Olivares M, Targa C, Comes E, et al. Variaciones en el perfil clínico y pronóstico de las hemorragias intracerebrales no traumáticas (1986-2004) *Med Clin (Barc).* 2014; 142:1-6 [S,I]

23768852

VARIACIONES EN EL PERFIL CLÍNICO Y PRONÓSTICO DE LAS HEMORRAGIAS INTRACEREBRALES NO TRAUMÁTICAS (1986-2004)

Royo-Bordonada MÁ, Lobos JM, Brotons C, Villar F, de Pablo C, Armario P, et al; en nombre del Comité Español Interdisciplinario de Prevención Cardiovascular (CEIPC). El estado de la prevención cardiovascular en España. *Med Clin (Barc).* 2014; 142:7-14 [T,II]

23433666

EL ESTADO DE LA PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR EN ESPAÑA

Sanfélix-Genovés J, Catalá-López F, Sanfélix-Gimeno G, Hurtado I, Baixauli C, Peiró S. Variabilidad en las recomendaciones para el abordaje clínico de la osteoporosis. *Med Clin (Barc).* 2014; 142:15-22 [R,I]

23332628

VARIABILIDAD EN LAS RECOMENDACIONES PARA EL ABORDAJE CLÍNICO DE LA OSTEOPOROSIS

Jiménez PE. Hemorragias intracerebrales espontáneas: perspectivas actuales. *Med Clin (Barc).* 2014; 142:23-24 [AO,I]

23790580

HEMORRAGIAS INTRACEREBRALES ESPONTÁNEAS: PERSPECTIVAS ACTUALES

Calvet X, Motos J, Villoria A. Cómo redactar un informe médico para la valoración de minusvalía o discapacidad. *Med Clin (Barc).* 2014; 142:25-28 [R,I]

24216011

CÓMO REDACTAR UN INFORME MÉDICO PARA LA VALORACIÓN DE MINUSVALÍA O DISCAPACIDAD

Sanvisens A, Rivas I, Faure E, Muñoz T, Rubio M, Fuster D, et al. Características de los pacientes adictos a la heroína admitidos en un programa de tratamiento con metadona. *Med Clin (Barc)*. 2014; 142:53-58 [T,I]

23337454

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES ADICTOS A LA HEROÍNA ADMITIDOS EN UN PROGRAMA DE TRATAMIENTO CON METADONA

Sabrià M. Legionelosis en el niño y nuevas fuentes de transmisión. *Med Clin (Barc)*. 2014; 142:67-69 [AO,I]

24029452

LEGIONELOSIS EN EL NIÑO Y NUEVAS FUENTES DE TRANSMISIÓN

Arenas-Fernández J, Fernández-Martín JL, Cannata-Andía JB, Martínez-Cambor P. Estudios observacionales: el azar y otros dioses. *Med Clin (Barc)*. 2014; 142:80-84 [AO,I]

23831405

ESTUDIOS OBSERVACIONALES: EL AZAR Y OTROS DIOSES

REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA

García-García C, Molina L, Subirana I, Sala J, Bruguera J, Arós F, et al. Diferencias en función del sexo en las características clínicas, tratamiento y mortalidad a 28 días y 7 años de un primer infarto agudo de miocardio. Estudio RESCATE II. *Rev Esp Cardiol*. 2014; 67:28-35 [S,I]

24231045

DIFERENCIAS EN FUNCIÓN DEL SEXO EN LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, TRATAMIENTO Y MORTALIDAD A 28 DÍAS Y 7 AÑOS DE UN PRIMER INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO. ESTUDIO RESCATE II

THE LANCET

Treatment of anorexia nervosa. *Lancet*. 2014; 383:100 [AO,I]

24411955

TRATAMIENTO DE LA ANOREXIA NERVIOSA

Bulik CM. The challenges of treating anorexia nervosa. *Lancet*. 2014; 383:105-106 [AO,I]

24131860

LOS RETOS DE TRATAR LA ANOREXIA NERVIOSA

Paul F, Wattjes MP. Chronic cerebrospinal venous insufficiency in multiple sclerosis: the final curtain. *Lancet*. 2014; 383:106-108 [AO,I]

24119383

INSUFICIENCIA VENOSA CEREBROESPINAL CRÓNICA EN LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE: EL TELÓN FINAL

Rosen CJ. Vitamin D supplementation: bones of contention. *Lancet*. 2014; 383:108-110 [AO,I]

24119979

SUPLEMENTOS DE VITAMINA D: HUESOS DE CONTENCIÓN

Reid IR, Bolland MJ, Grey A. Effects of vitamin D supplements on bone mineral density: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2014; 383:146-155 [M,II]

24119980

EFFECTOS DE LOS SUPLEMENTOS DE VITAMINA D SOBRE LA DENSIDAD MINERAL ÓSEA: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS

Active surveillance for early-stage prostate cancer. *Lancet*. 2014; 383:188 [AO,I]

24439724

VIGILANCIA ACTIVA PARA EL CÁNCER DE PRÓSTATA EN SU PRIMER ESTADIO

Williams C, House A. Cognitive behaviour therapy for health anxiety. *Lancet*. 2014; 383:190-191 [AO,I]

24139976

TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA LA ANSIEDAD POR LA SALUD

Giroud M, Jacquin A, Béjot Y. The worldwide landscape of stroke in the 21st century. *Lancet*. 2014; 383:195-197 [AO,I]

24449941

EL PAISAJE MUNDIAL DEL ICTUS EN EL SIGLO 21

Tyrer P, Cooper S, Salkovskis P, Tyrer H, Crawford M, Byford S, et al. Clinical and cost-effectiveness of cognitive behaviour therapy for health anxiety in medical patients: a multicentre randomised controlled trial. *Lancet*. 2014; 383:219-225 [EC,II]

24139977

RENTABILIDAD ECONÓMICA Y CLÍNICA DE LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA LA ANSIEDAD POR LA SALUD EN PACIENTES MÉDICOS: ENSAYO CONTROLADO ALEATORIZADO MULTICÉNTRICO

Feigin VL, Forouzanfar MH, Krishnamurthi R, Mensah GA, Connor M, Bennett DA, et al; Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2010 (GBD 2010) and the GBD Stroke Experts Group. Global and regional burden of stroke during 1990-2010: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2014; 383:245-254 [M,II]

24449944

CARGA REGIONAL Y MUNDIAL DE ICTUS DURANTE 1999-2010: HALLAZGOS DEL ESTUDIO 2010 CARGA MUNDIAL DE ENFERMEDAD

O'Connell T, Rasanathan K, Chopra M. What does universal health coverage mean? *Lancet*. 2014; 383:277-279 [AO,II]

23953765

¿QUÉ SIGNIFICA LA COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL?

THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE

Jones DS. Doctors and the dangers of driving. *N Engl J Med*. 2014; 370:8-11 [AO,I]

24382063

LOS MÉDICOS Y LOS PELIGROS DE CONDUCIR

Klauer SG, Guo F, Simons-Morton BG, Ouimet MC, Lee SE, Dingus TA. Distracted driving and risk of road crashes among novice and experienced drivers. *N Engl J Med*. 2014; 370:54-59 [T,II]

24382065

CONDUCCIÓN DISTRAÍDA Y RIESGO DE ACCIDENTES DE TRÁFICO ENTRE CONDUCTORES NOVATOS Y EXPERIMENTADOS

Jha P, Peto R. Global effects of smoking, of quitting, and of taxing tobacco. *N Engl J Med*. 2014; 370:60-68 [R,I]

24382066

EFFECTOS MUNDIALES DEL TABAQUISMO, DE SU ABANDONO Y DE LOS IMPUESTOS SOBRE EL TABACO

Yurkiewicz IR, Korf BR, Lehmann LS. Prenatal whole-genome sequencing--is the quest to know a fetus's future ethical? *N Engl J Med*. 2014; 370:195-197 [AO,I]

24428465

SECUENCIACIÓN DEL GENOMA COMPLETO PRENATAL ¿ES ÉTICA LA INVESTIGACIÓN PARA SABER EL FUTURO DE UN FETO?

Tobias DK, Pan A, Jackson CL, O'Reilly EJ, Ding EL, Willett WC, et al. Body-mass index and mortality among adults with incident type 2 diabetes. *N Engl J Med.* 2014; 370:233-244 [S,II]

24428469

ÍNDICE DE MASA CORPORAL Y MORTALIDAD ENTRE ADULTOS CON DIABETES TIPO 2 DE NUEVA APARICIÓN

Iams JD. Clinical practice. Prevention of preterm parturition. *N Engl J Med.* 2014; 370:254-261 [R,I]

24428470

PREVENCIÓN DEL PARTO PREMATURO

Keaney JF Jr, Curfman GD, Jarcho JA. A pragmatic view of the new cholesterol treatment guidelines. *N Engl J Med.* 2014; 370:275-278 [AO,II]

24283199

VISIÓN PRAGMÁTICA DE LAS NUEVAS GUÍAS PARA EL TRATAMIENTO DEL COLESTEROL

THORAX

Afzal S, Lange P, Bojesen SE, Freiberg JJ, Nordestgaard BG. Plasma 25-hydroxyvitamin D, lung function and risk of chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax.* 2014; 69:24-31 [S,I]

23908128

25-HIDROXIVITAMINA D PLASMÁTICA, FUNCIÓN PULMONAR Y RIESGO DE EPOC

Durrington HJ, Farrow SN, Loudon AS, Ray DW. The circadian clock and asthma. *Thorax.* 2014; 69:90-92 [AO,I]

23704227

RELOJ CIRCADIANO Y ASMA

FEBRERO

ACADEMIC MEDICINE

Sklar DP. How do we think? Can we learn to think better? *Acad Med.* 2014; 89:191-193 [AO,I]

24473564

¿CÓMO PENSAMOS? ¿PODEMOS APRENDER A PENSAR MEJOR?

Croskerry P, Petrie DA, Reilly JB, Tait G. Deciding about fast and slow decisions. *Acad Med.* 2014; 89:197-200 [AO,I]

24362398

DECIDIR SOBRE LAS DECISIONES RÁPIDAS Y LENTAS

Bynum W. Why physicians need to be more than automated medical kiosks. *Acad Med.* 2014; 89:212-214 [AO,I]

24362391

POR QUÉ LOS MÉDICOS NECESITAN SER MÁS QUE PUNTOS DE INFORMACIÓN MÉDICA AUTOMATIZADOS

ANNALS OF INTERNAL MEDICINE

O'Donoghue C, Eklund M, Ozanne EM, Esserman LJ. Aggregate cost of mammography screening in the United States: comparison of current practice and advocated guidelines. *Ann Intern Med.* 2014; 160:145-153 [CE,I]

COSTE AGREGADO DEL CRIBAJE MEDIANTE MAMOGRAFÍA EN LOS EE UU: COMPARACIÓN ENTRE LA PRÁCTICA ACTUAL Y LAS PAUTAS RECOMENDADAS

Lee JK, Liles EG, Bent S, Levin TR, Corley DA. Accuracy of fecal immunochemical tests for colorectal cancer: systematic review and meta-analysis. *Ann Intern Med.* 2014; 160:171-181 [M,II]

EXACTITUD DE LAS PRUEBAS INMUNOQUÍMICAS FECALES PARA EL CÁNCER COLORRECTAL: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS

Gillick MR. When frail elderly adults get sick: alternatives to hospitalization. *Ann Intern Med.* 2014; 160:201-202 [AO,I]

CUANDO LOS ANCIANOS FRÁGILES SE PONEN ENFERMOS: ALTERNATIVAS A LA HOSPITALIZACIÓN

Bridges CB, Coyne-Beasley T; on behalf of the Advisory Committee on Immunization Practices. Recommended Immunization Schedule for Adults Aged 19 Years or Older: United States, 2014* *Ann Intern Med.* 2014; 160:190-197 [M,II]

CALENDARIO DE VACUNAS RECOMENDADAS PARA ADULTOS DE 19 AÑOS O MÁS: ESTADOS UNIDOS, 2014

Kazi DS, Garber AM, Shah RU, Dudley RA, Mell MW, Rhee C, et al. Cost-effectiveness of genotype-guided and dual antiplatelet therapies in acute coronary syndrome. *Ann Intern Med.* 2014; 160:221-232 [CE,I]

RENTABILIDAD DE LAS TERAPIAS ANTIPLAQUETARIAS DUALES Y GUIADAS POR GENOTIPO EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Devauchelle-Pensec V, Mariette X, Jousse-Joulin S, Berthelot JM, Perdriger A, Puéchal X, et al. Treatment of primary Sjögren syndrome with rituximab: a randomized trial. *Ann Intern Med.* 2014; 160:233-242 [EC,I]

TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO CON RITUXIMAB: ENSAYO ALEATORIZADO

Moyer VA; on behalf of the U.S. Preventive Services Task Force*. Risk assessment, genetic counseling, and genetic testing for BRCA-related cancer in women: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med.* 2014; 160:271-281 [M,II]

VALORACIÓN DEL RIESGO, CONSEJO GENÉTICO Y PRUEBAS GENÉTICAS EN EL CÁNCER RELACIONADO CON BRCA EN MUJERES: DECLARACIÓN DE RECOMENDACIÓN DEL USPSTF

Wong JB. Evidence-based medicine, pharmacogenetics, and antiplatelet therapy decision making for acute coronary syndrome. *Ann Intern Med.* 2014; 160:284-285 [AO,I]

MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA, FARMACOGENÉTICA Y TOMA DE DECISIONES SOBRE TERAPIA ANTIPLAQUETARIA EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO

ARCHIVOS DE BRONCONEUMOLOGÍA

Parente I, Abal J, Blanco N, Alves MT, Dacal R, Gómez H, et al. Características clínicas y supervivencia de los pacientes nunca fumadores con cáncer de pulmón. *Arch Bronconeumol.* 2014; 50:62-66 [S,I]

24280242

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y SUPERVIVENCIA DE LOS PACIENTES NUNCA FUMADORES CON CÁNCER DE PULMÓN

ATENCIÓN PRIMARIA

Lobos JM, Polo J, Vargas D. El médico de familia ante las barreras en la prescripción de los nuevos anticoagulantes orales: heterogeneidad, inequidad y confusión. Posicionamiento de las Sociedades Científicas de Atención Primaria en España. *Aten Primaria*. 2014; 46:1-3 [M,II]

24268612

EL MÉDICO DE FAMILIA ANTE LAS BARRERAS EN LA PRESCRIPCIÓN DE LOS NUEVOS ANTICOAGULANTES ORALES: HETEROGENEIDAD, INEQUIDAD Y CONFUSIÓN. POSICIONAMIENTO DE LAS SOCIEDADES CIENTÍFICAS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN ESPAÑA

Leon-Sanromà M, Mínguez J, Cerecedo MJ, Téllez J. ¿Nos pasamos al DSM-5? Un debate con implicaciones clínicas, sociales y económicas. *Aten Primaria*. 2014; 46:4-5 [AO,I]

24355582

¿NOS PASAMOS AL DSM-5? UN DEBATE CON IMPLICACIONES CLÍNICAS, SOCIALES Y ECONÓMICAS

Catalán-Ramos A, Verdú JM, Grau M, Iglesias-Rodal M, Del Val JL, Consola A, Comin E; @GPC-ICS Group. Prevalencia y control de factores de riesgo cardiovascular en la población general: ¿qué nos dice la historia clínica electrónica? *Aten Primaria*. 2014; 46:15-24 [T,I]

24325864

PREVALENCIA Y CONTROL DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN LA POBLACIÓN GENERAL: ¿QUÉ NOS DICE LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA?

Hernández-Díaz J, Paredes-Carbonell JJ, Marín R. Cómo diseñar talleres para promover la salud en grupos comunitarios. *Aten Primaria*. 2014; 46:40-47 [R,I]

24280035

CÓMO DISEÑAR TALLERES PARA PROMOVER LA SALUD EN GRUPOS COMUNITARIOS

Ribera JA, Córdoba R, Gascó P. El cigarrillo electrónico: la utopía del cigarrillo seguro. *Aten Primaria*. 2014; 46:53-54 [AO,I]

24524739

EL CIGARRILLO ELECTRÓNICO: LA UTOPÍA DEL CIGARRILLO SEGURO

Lesende IM. Crisis económica y vulnerabilidad social en personas mayores. *Aten Primaria*. 2014; 46:55-57 [AO,I]

24439666

CRISIS ECONÓMICA Y VULNERABILIDAD SOCIAL EN PERSONAS MAYORES

Giménez-García E, Clua-Espuny JL, Bosch-Príncipe R, López-Pablo C, Lechuga-Durán I, Gallofré-López M, et al. El circuito asistencial de la fibrilación auricular en pacientes ambulatorios: estudio observacional Audit fibrilación auricular en el Baix Ebre. *Aten Primaria*. 2014; 46:58-67 [T,I]

24042075

EL CIRCUITO ASISTENCIAL DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR EN PACIENTES AMBULATORIOS: ESTUDIO OBSERVACIONAL AUDIT FIBRILACIÓN AURICULAR EN EL BAIX EBRE

Báez-Montiel BB, Gutiérrez-Islas E, Bolaños-Maldonado M, Samarín E, Turabián JL. Las odiseas de los Ulises. Estudio de los relatos de un día normal de trabajo del médico de familia en Paraguay, México, Perú y España. *Aten Primaria*. 2014; 46:68-76 [C,I]

24183657

LAS ODISEAS DE LOS ULISES. ESTUDIO DE LOS RELATOS DE UN DÍA NORMAL DE TRABAJO DEL MÉDICO DE FAMILIA EN PARAGUAY, MÉXICO, PERÚ Y ESPAÑA

Alfaro-Lara ER, Vega-Coca MD, Galván-Banqueri M, Nieto-Martín MD, Pérez-Guerrero C, Santos-Ramos B. Metodología de conciliación del tratamiento farmacológico en pacientes pluripatológicos. *Aten Primaria*. 2014; 46:89-99 [R,II]

24035767

METODOLOGÍA DE CONCILIACIÓN DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS

BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY

Sharpe M. Psychological medicine and the future of psychiatry. *Br J Psychiatry*. 2014; 204:91-92 [AO,I]

24493651

MEDICINA PSICOLÓGICA Y EL FUTURO DE LA PSIQUIATRÍA

Craddock N, Mynors-Wallis L. Psychiatric diagnosis: impersonal, imperfect and important. *Br J Psychiatry*. 2014; 204:93-95 [AO,I]

24493652

DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO: IMPERSONAL, IMPERFECTO E IMPORTANTE

Barrett J. Disorders of gender identity: what to do and who should do it? *Br J Psychiatry*. 2014; 204:96-97 [AO,I]

24493653

TRASTORNOS DE IDENTIDAD SEXUAL: ¿QUÉ HACER Y QUIÉN DEBERÍA HACERLO?

Gould RL, Coulson MC, Patel N, Highton-Williamson E, Howard RJ. Interventions for reducing benzodiazepine use in older people: meta-analysis of randomised controlled trials. *Br J Psychiatry*. 2014; 204:98-107 [M,II]

24493654

INTERVENCIONES PARA REDUCIR EL USO DE BENZODIAZEPINAS EN LAS PERSONAS MAYORES: METAANÁLISIS DE ENSAYOS CONTROLADOS ALEATORIZADOS

BRITISH MEDICAL JOURNAL

Cohen SP1, Mao J. Neuropathic pain: mechanisms and their clinical implications. *BMJ*. 2014; 348:f7656 [R,I]

24500412

DOLOR NEUROPÁTICO: MECANISMOS Y SUS IMPLICACIONES CLÍNICAS

Jaddoe VW, de Jonge LL, Hofman A, Franco OH, Steegers EA, Gaillard R. First trimester fetal growth restriction and cardiovascular risk factors in school age children: population based cohort study. *BMJ*. 2014; 348:g14 [S,I]

24458585

RESTRICCIÓN DEL CRECIMIENTO FETAL DEL PRIMER TRIMESTRE Y FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN NIÑOS EN EDAD ESCOLAR: ESTUDIO DE COHORTE POBLACIONAL

Bush A, Grigg J, Saglani S. Managing wheeze in preschool children. *BMJ*. 2014; 348:g15 [R,I]

24496166

MANEJAR LAS SIBILANCIAS EN LOS NIÑOS PREESCOLARES

Muneer A1, Kalsi J, Nazareth I, Arya M. Erectile dysfunction. *BMJ*. 2014; 348:g129 [R,I]

24468580

DISFUNCIÓN ERÉCTIL

Prochaska JJ. Quitting smoking is associated with long term improvements in mood. *BMJ*. 2014; 348 [AO,I]

EL ABANDONO DEL TABACO SE ASOCIA A UNA MEJORA DEL HUMOR A LARGO PLAZO

Aiken CE, Smith GC. Early fetal growth and risk factors for cardiovascular disease. *BMJ*. 2014; 348:g175 [AO,I]
24458586

CRECIMIENTO FETAL TEMPRANO Y FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

Metcalfe K, Gershman S, Ghadirian P, Lynch HT, Snyder C, Tung N, et al. Contralateral mastectomy and survival after breast cancer in carriers of BRCA1 and BRCA2 mutations: retrospective analysis. *BMJ*. 2014; 348:g226 [T,II]
24519767

MASTECTOMÍA CONTRALATERAL Y SUPERVIVENCIA TRAS CÁNCER DE MAMA EN PORTADORAS DE MUTACIONES BRCA1 Y BRCA2: ANÁLISIS RETROSPECTIVO

O'Riordan P, Stevens PE, Lamb EJ. Estimated glomerular filtration rate. *BMJ*. 2014; 348:g264 [R,I]
24464281

TASA ESTIMADA DE FILTRACIÓN GLOMERULAR

Ebrahim S, Taylor FC, Brindle P. Statins for the primary prevention of cardiovascular disease. *BMJ*. 2014; 348:g280 [R,I]
24470636

ESTATINAS EN LA PREVENCIÓN PRIMARIA DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

Kontopantelis E, Springate D, Reeves D, Ashcroft DM, Valderas JM, Doran T. Withdrawing performance indicators: retrospective analysis of general practice performance under UK Quality and Outcomes Framework. *BMJ*. 2014; 348:g330 [S,II]
24468469

RETIRADA DE LOS INDICADORES DE RENDIMIENTO: ANÁLISIS RETROSPECTIVO DEL RENDIMIENTO DE LA MEDICINA GENERAL BAJO EL MARCO DE CALIDAD Y RESULTADOS DEL RU

Wedzicha JA, Steinbrook R, Kassirer JP. Should medical journals publish sponsored content? *BMJ*. 2014; 348:g352 [AO,II]
24523382

¿DEBERÍAN PUBLICAR CONTENIDO PATROCINADO LAS REVISTAS MÉDICAS?

Miller AB, Wall C, Baines CJ, Sun P, To T, Narod SA. Twenty five year follow-up for breast cancer incidence and mortality of the Canadian National Breast Screening Study: randomised screening trial. *BMJ*. 2014; 348:g366 [EC,II]
24519768

25 AÑOS DE SEGUIMIENTO DE LA INCIDENCIA DE CÁNCER DE MAMA Y SU MORTALIDAD EN EL ESTUDIO DE CRIBAJE NACIONAL CANADIENSE DE MAMA: ENSAYO ALEATORIZADO DE CRIBAJE

Chapman S. When will the tobacco industry apologise for its monstrous harms? *BMJ*. 2014; 348:g437 [AO,I]
¿CUÁNDO PEDIRÁ PERDÓN LA INDUSTRIA DEL TABACO POR SUS MONSTRUOSOS DAÑOS?

Ekström MP, Bornefalk-Hermansson A, Abernethy AP, Currow DC. Safety of benzodiazepines and opioids in very severe respiratory disease: national prospective study. *BMJ*. 2014; 348:g445 [S,I]
24482539

SEGURIDAD DE LAS BENZODIACEPINAS Y OPIOIDES EN LA ENFERMEDAD RESPIRATORIA GRAVE: ESTUDIO PROSPECTIVO NACIONAL

Zakrzewska JM, Linskey ME. Trigeminal neuralgia. *BMJ*. 2014; 348:g474 [R,I]
24534115

NEURALGIA DEL TRIGÉMINO

Hotchkiss JW, Davies CA, Dundas R, Hawkins N, Jhund PS, Scholes S, et al. Explaining trends in Scottish coronary heart disease mortality between 2000 and 2010 using IMPACTSEC model: retrospective analysis using routine data. *BMJ*. 2014; 348:g1088 [T,I]
24503058

EXPLICAR LAS TENDENCIAS ESCOCESAS EN MORTALIDAD POR ENFERMEDAD CARDIACA ENTRE 2000 Y 2010 USANDO EL MODELO IMPACTSEC: ANÁLISIS RETROSPECTIVO USANDO DATOS RUTINARIOS

Taylor G, McNeill A, Girling A, Farley A, Lindson-Hawley N, Aveyard P. Change in mental health after smoking cessation: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2014; 348:g1151 [M,II]
24524926

CAMBIO EN LA SALUD MENTAL TRAS DEJAR DE FUMAR: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS

Kuipers E, Yesufu-Udechuku A, Taylor C, Kendall T. Management of psychosis and schizophrenia in adults: summary of updated NICE guidance. *BMJ*. 2014; 348:g1173 [M,II]
24523363

MANEJO DE LA PSICOSIS Y LA ESQUIZOFRENIA EN ADULTOS: RESUMEN DE LA GUÍA NICE ACTUALIZADA

Pless C, Pless B. Mobile phones and driving. *BMJ*. 2014; 348:g1193 [AO,I]
24496306

TELÉFONOS MÓVILES Y CONDUCCIÓN

Godlee F. Towards the patient revolution. *BMJ*. 2014; 348:g1209

HACIA LA REVOLUCIÓN DEL PACIENTE

Rahman A1, Underwood M, Carnes D. Fibromyalgia. *BMJ*. 2014; 348:g1224 [R,I]
24566297

FIBROMIALGIA

Thombs BD, Ziegelstein RC. Does depression screening improve depression outcomes in primary care? *BMJ*. 2014; 348:g1253 [R,I]
24496211

¿MEJORA EL CRIBAJE DE LA DEPRESIÓN LOS RESULTADOS DE LA DEPRESIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA?

Michels KB. Contralateral mastectomy for women with hereditary breast cancer. *BMJ*. 2014; 348:g1379 [AO,I]
24519764

MASTECTOMÍA CONTRALATERAL EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA HEREDITARIO

Kalager M, Adami HO, Bretthauer M. Too much mammography. *BMJ*. 2014; 348:g1403 [AO,II]
24519765

DEMASIADAS MAMOGRAFÍAS

Guthrie B, Morales DR. What happens when pay for performance stops? *BMJ*. 2014; 348:g1413 [AO,I]
24516082

¿QUÉ PASA CUANDO CESA EL PAGO POR RENDIMIENTO?

Address RR. Medicine: a partnership of trust and faith. *BMJ*. 2014; 348:g1452 [AO,I]
24534014

MEDICINA: UNA COLABORACIÓN DE FE Y VERDAD

Ross JCC. Why is the incidence of pelvic inflammatory disease falling? *BMJ*. 2014; 348:g1538 [AO,I]
¿POR QUÉ ESTÁ DECAYENDO LA INCIDENCIA DE ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA?

Rashid MA. Consultations in primary care should be held standing up. *BMJ*. 2014; 348:g1558 [AO,I]
24550239
LAS CONSULTAS DE ATENCIÓN PRIMARIA SE DEBERÍAN MANTENER DE PIE

CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION JOURNAL

Redelmeier DA, Tien HC. Medical interventions to reduce motor vehicle collisions. *CMAJ*. 2014; 186:118-124 [R,I]
24324015
INTERVENCIONES MÉDICAS PARA REDUCIR LAS COLISIONES DE VEHÍCULOS DE MOTOR

Carson MP, Chen KK. Hypertension in a woman planning pregnancy. *CMAJ*. 2014; 186:129-130 [AO,I]
24246591
HIPERTENSIÓN EN MUJER QUE PLANIFICA EL EMBARAZO

Järvinen TL, Jokihäärä J, Guy P, Alonso-Coello P, Collins GS, Michaëlsson K, et al. Conflicts at the heart of the FRAX tool. *CMAJ*. 2014; 186:165-167 [AO,I]
24366895
CONFLICTOS EN EL CORAZÓN DE LA HERRAMIENTA FRAX

Allan GM, Arroll B. Prevention and treatment of the common cold: making sense of the evidence. *CMAJ*. 2014; 186:190-199 [R,I]
24468694
PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL RESFRIADO COMÚN: DAR SENTIDO A LA EVIDENCIA

Moayed Y, Abdel-Qadir HM, Dorian P. Evaluation and care of a patient with new-onset atrial fibrillation. *CMAJ*. 2014; 186:204-205 [R,I]
24190989
EVALUACIÓN Y CUIDADOS DE UN PACIENTE CON FIBRILACIÓN AURICULAR DE NUEVA APARICIÓN

CIRCULATION

Martin SS, Michos ED. Are we moving towards concordance on the principle that lipid discordance matters? *Circulation*. 2014; 129:539-541 [AO,I]
24345401
¿ESTAMOS YENDO HACIA LA CONCORDANCIA RESPECTO A QUE LA DISCORDANCIA LIPÍDICA IMPORTA?

Stanton RC. Sodium Glucose Transport 2 (SGLT2) inhibition decreases glomerular hyperfiltration: is there a role for SGLT2 inhibitors in diabetic kidney disease? *Circulation*. 2014; 129:542-544 [AO,I]
24334174
LA INHIBICIÓN DEL TRANSPORTE DE SODIO GLUCOSA 2 (SGLT2) DISMINUYE LA HIPERFILTRACIÓN GLOMERULAR: ¿HAY UN PAPEL PARA LOS INHIBIDORES DE SGLT2 EN LA ENFERMEDAD RENAL DIABÉTICA?

Mora S, Buring JE, Ridker PM. Discordance of Low-Density Lipoprotein (LDL) cholesterol with alternative LDL-related measures and future coronary events. *Circulation*. 2014; 129:553-561 [S,II]
24345402

DISCORDANCIA ENTRE COLESTEROL LDL CON LAS MEDICACIONES ALTERNATIVAS RELACIONADAS CON LDL Y FUTUROS ACONTECIMIENTOS CORONARIOS

Chen H, Burnett RT, Kwong JC, Villeneuve PJ, Goldberg MS, Brook RD, et al. Spatial association between ambient fine particulate matter and incident hypertension. *Circulation*. 2014; 129:562-569 [S,II]
24190962
ASOCIACIÓN ESPACIAL ENTRE PARTÍCULAS FINAS AMBIENTALES E INCIDENCIA DE HIPERTENSIÓN

Khera AV, Everett BM, Caulfield MP, Hantash FM, Wohlgemuth J, Ridker PM, et al. Lipoprotein(a) concentrations, rosuvastatin therapy, and residual vascular risk: an analysis from the JUPITER trial (Justification for the use of Statins in Prevention: An Intervention Trial Evaluating Rosuvastatin). *Circulation*. 2014; 129:635-642 [EC,II]
24243886

CONCENTRACIONES DE LIPOPROTEÍNA (A), TRATAMIENTO CON ROSUVASTATINA Y RIESGO VASCULAR RESIDUAL: ANÁLISIS A PARTIR DEL ENSAYO JUPITER

Seaburg L, Hess EP, Coylewright M, Ting HH, McLeod CJ, Montori VM. Shared decision making in atrial fibrillation: where we are and where we should be going. *Circulation*. 2014; 129:704-710 [R,I]
24515956

TOMA DE DECISIONES COMPARTIDA EN LA FIBRILACIÓN AURICULAR: DÓNDE ESTAMOS Y HACIA DÓNDE DEBERÍAMOS ESTAR YENDO

Verhamme P, Bounameaux H. Direct oral anticoagulants for acute venous thromboembolism: closing the circle? *Circulation*. 2014; 129:725-727 [AO,I]
24344085
ANTICOAGULANTES ORALES DIRECTOS EN EL TROMBOEMBOLISMO VENOSO AGUDO: ¿CIERRE DEL CÍRCULO?

Li Y, Zhang X, Winkelmann JW, Redline S, Hu FB, Stampfer M, et al. Association between insomnia symptoms and mortality: a prospective study of US men. *Circulation*. 2014; 129:737-746 [S,I]
24226807
ASOCIACIÓN ENTRE SÍNTOMAS DE INSOMNIO Y MORTALIDAD: ESTUDIO PROSPECTIVO EN HOMBRES ESTADOUNIDENSES

Sidloff D, Stather P, Dattani N, Bown M, Thompson J, Sayers R, et al. Aneurysm global epidemiology study: public health measures can further reduce abdominal aortic aneurysm mortality. *Circulation*. 2014; 129:747-753 [T,I]
24249717

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO MUNDIAL DEL ANEURISMA: LAS MEDIDAS DE SALUD PÚBLICA PUEDEN REDUCIR POSTERIORMENTE LA MORTALIDAD POR ANEURISMA AÓRTICO ABDOMINAL

Schulman S, Kakkar AK, Goldhaber SZ, Schellong S, Eriksson H, Mismetti P, et al; RE-COVER II Trial Investigators*. Treatment of acute venous thromboembolism with dabigatran or warfarin and pooled analysis. *Circulation*. 2014; 129:764-772 [EC,II]
24344086

TRATAMIENTO DEL TROMBOEMBOLISMO VENOSO AGUDO CON DABIGATRAN O WARFARINA Y ANÁLISIS COMBINADO

Alonso A1, Bengtson LG. A rising tide: the global epidemic of atrial fibrillation. *Circulation*. 2014; 129:829-830 [AO,I]
24345400

MAREA QUE SUBE: EPIDEMIA MUNDIAL DE FIBRILACIÓN AURICULAR

Chugh SS, Havmoeller R, Narayanan K, Singh D, Rienstra M, Benjamin EJ, et al. Worldwide epidemiology of atrial fibrillation: a global burden of disease 2010 study. *Circulation*. 2014; 129:837-847 [M,II]

24345399

EPIDEMIOLOGÍA MUNDIAL DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR: EL ESTUDIO DE CARGA MUNDIAL DE ENFERMEDAD 2010

Patrono C, Baigent C. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs and the heart. *Circulation*. 2014; 129:907-916 [R,II]

24566065

FÁRMACOS AINE Y CORAZÓN

DIABETES CARE

Phan TL, Hossain J, Lawless S, Werk LN. Quarterly visits with glycated hemoglobin monitoring: the sweet spot for glycemic control in youth with type 1 diabetes. *Diabetes Care*. 2014; 37:341-345 [S,II]

24062334

VISITAS TRIMESTRALES CON MONITORIZACIÓN DE HEMOGLOBINA GLUCOSILADA: EL PUNTO IDEAL PARA LOS JÓVENES CON DIABETES TIPO 1

R, et al. Initiation and gradual intensification of premixed insulin lispro therapy versus Basal {} mealtime insulin in patients with type 2 diabetes eating light breakfasts. *Diabetes Care*. 2014; 37:372-380 [EC,I]

24170763

INICIACIÓN E INTENSIFICACIÓN GRADUAL DE TRATAMIENTO CON INSULINA LISPRO PREMEZCLADA FRENTE A INSULINA BASAL MÁS INSULINA EN LAS COMIDAS EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 QUE TOMAN DESAYUNOS LIGEROS

Pettitt DJ, Talton J, Dabelea D, Divers J, Imperatore G, Lawrence JM, et al; SEARCH for Diabetes in Youth Study Group. Prevalence of diabetes in U.S. youth in 2009: the SEARCH for Diabetes in Youth study. *Diabetes Care*. 2014; 37:402-408 [T,II]

24041677

PREVALENCIA DE DIABETES EN LA JUVENTUD ESTADOUNIDENSE EN 2009: EL ESTUDIO SEARCH FOR DIABETES IN YOUTH

Hruby A, Meigs JB, O'Donnell CJ, Jacques PF, McKeown NM. Higher magnesium intake reduces risk of impaired glucose and insulin metabolism and progression from prediabetes to diabetes in middle-aged americans. *Diabetes Care*. 2014; 37:419-427 [T,I]

24089547

UNA INGESTA MAYOR DE MAGNESIO REDUCE EL RIESGO DE GLUCEMIA Y METABOLISMO DE INSULINA ALTERADOS Y LA PROGRESIÓN DE PREDIABETES A DIABETES EN LOS AMERICANOS DE EDAD MEDIANA

Feinkohl I, Aung PP, Keller M, Robertson CM, Morling JR, McLachlan S, et al; Edinburgh Type 2 Diabetes Study (ET2DS) Investigators. Severe hypoglycemia and cognitive decline in older people with type 2 diabetes: the Edinburgh Type 2 Diabetes study. *Diabetes Care*. 2014; 37:507-515 [S,I]

24103900

HIPOGLUCEMIA GRAVE Y DECLIVE COGNITIVO EN PERSONAS MAYORES CON DIABETES TIPO 2: ESTUDIO EDINBURGH TYPE 2 DIABETES

Stahn A, Pistrosch F, Ganz X, Teige M, Koehler C, Bornstein S, et al. Relationship between hypoglycemic episodes and ventricular arrhythmias in patients with type 2 diabetes and cardiovascular diseases: silent hypoglycemias and silent arrhythmias. *Diabetes Care*. 2014; 37:516-520 [T,I]

24041680

RELACIÓN ENTRE EPISODIOS HIPOGLUCÉMICOS Y ARRITMIAS VENTRICULARES EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 Y ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES: HIPOGLUCEMIAS SILENTES Y ARRITMIAS SILENTES

McAuley PA, Artero EG, Sui X, Lavie CJ, Almeida MJ, Blair SN. Fitness, fatness, and survival in adults with prediabetes. *Diabetes Care*. 2014; 37:529-536 [S,I]

24062333

ESTADO DE FORMA, GORDURA Y SUPERVIVENCIA EN ADULTOS CON PREDIABETES

Bannister CA, Poole CD, Jenkins-Jones S, Morgan CL, Elwyn G, Spasic I, et al. External validation of the UKPDS risk engine in incident type 2 diabetes: a need for new type 2 diabetes-specific risk equations. *Diabetes Care*. 2014; 37:537-545 [S,II]

24089541

VALIDACIÓN EXTERNA DE LA FÓRMULA DE RIESGO UKPDS PARA LA APARICIÓN DE DIABETES TIPO 2: NECESIDAD DE NUEVAS ECUACIONES DE RIESGO ESPECÍFICAS DE LA DIABETES TIPO 2

Ding M, Bhupathiraju SN, Chen M, van Dam RM, Hu FB. Caffeinated and decaffeinated coffee consumption and risk of type 2 diabetes: a systematic review and a dose-response meta-analysis. *Diabetes Care*. 2014; 37:569-586 [M,I]

24459154

CONSUMO DE CAFÉ CON CAFEÍNA Y SIN CAFEÍNA Y RIESGO DE DIABETES TIPO 2: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS DE RESPUESTA A LA DOSIS

DRUGS

Churton S1, Brown L, Shin TM, Korman NJ. Does treatment of psoriasis reduce the risk of cardiovascular disease? *Drugs*. 2014; 74:169-182 [R,I]

24420963

¿REDUCE EL TRATAMIENTO DE LA PSORIASIS EL RIESGO DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR?

Liao TV1, Phan SV. Acute hyperglycemia associated with short-term use of atypical antipsychotic medications. *Drugs*. 2014; 74:183-194 [R,II]

24399515

HIPERGLUCEMIA AGUDA ASOCIADA AL USO A CORTO PLAZO DE MEDICACIÓN ANTIPSICÓTICA

Plosker GL. Sitagliptin: a review of its use in patients with type 2 diabetes mellitus. *Drugs*. 2014; 74:223-242 [R,I]

24407560

SITAGLIPTINA: REVISIÓN DE SU USO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

Burness CB1, Perry CM. Rivaroxaban: a review of its use in the treatment of deep vein thrombosis or pulmonary embolism and the prevention of recurrent venous thromboembolism. *Drugs*. 2014; 74:243-262 [R,II]

24430916

RIVAROXABAN: REVISIÓN DE SU USO EN EL TRATAMIENTO DE LA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA O EN EL EMBOLISMO PULMONAR Y EN LA PREVENCIÓN DEL TROMBOEMBOLISMO VENOSO RECURRENTE

EUROPEAN HEART JOURNAL

Liebetrau C, Nef HM, Hamm CW. Troponin: more lessons to learn. *Eur Heart J.* 2014; 35:338-340 [AO,I]
24022002

TROPONINA: MÁS LECCIONES QUE APRENDER

Working Group on the Summit on Combination Therapy for CVD. Combination pharmacotherapy to prevent cardiovascular disease: present status and challenges. *Eur Heart J.* 2014; 35:353-364 [R,II]
24288261

FARMACOTERAPIA COMBINADA PARA PREVENIR LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR: ESTADO PRESENTE Y RETOS

Filippatos G, Farmakis D, Parissis J. Renal dysfunction and heart failure: things are seldom what they seem. *Eur Heart J.* 2014; 35:416-418 [AO,I]
24334714

DISFUNCIÓN RENAL E INSUFICIENCIA CARDIACA: LAS COSAS RARA VEZ SON LO QUE PARECEN

Volpe M, Rubattu S, Burnett J Jr. Natriuretic peptides in cardiovascular diseases: current use and perspectives. *Eur Heart J.* 2014; 35:419-425 [R,II]
24227810

PÉPTIDOS NATRIURÉTICOS Y ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES: USO ACTUAL Y PERSPECTIVAS

Ramsay SE, Whincup PH, Papacosta O, Morris RW, Lennon LT, Goya Wannamethee S. Inequalities in heart failure in older men: prospective associations between socioeconomic measures and heart failure incidence in a 10-year follow-up study. *Eur Heart J.* 2014; 35:442-447 [S,II]
24142349

DESIGUALDADES EN LA INSUFICIENCIA CARDIACA EN LOS ANCIANOS: ASOCIACIONES PROSPECTIVAS ENTRE MEDIDAS SOCIOECONÓMICAS E INCIDENCIA DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN UN ESTUDIO DE SEGUIMIENTO DE 10 AÑOS

Ehrlich JR, Ovsyshcher E. Slowing down the heart rate in permanent atrial fibrillation. *Eur Heart J.* 2014; 35:480-481 [AO,I]
24258074

BAJAR LA FRECUENCIA CARDIACA EN LA FIBRILACIÓN AURICULAR PERMANENTE

Hindricks G, Packer DL. Moving catheter ablation forward from paroxysmal to persistent atrial fibrillation: progress, limitations, and surprises of the SARA trial. *Eur Heart J.* 2014; 35:482-484 [AO,I]
24371081

AVANZAR LA ABLACIÓN POR CATÉTER DESDE LA FIBRILACIÓN AURICULAR PAROXÍSTICA HACIA LA PERMANENTE: PROGRESO, LIMITACIONES Y SORPRESAS DEL ENSAYO SARA

Mont L, Bisbal F, Hernández-Madrid A, Pérez-Castellano N, Viñolas X, Arenal A, et al; SARA investigators. Catheter ablation vs. antiarrhythmic drug treatment of persistent atrial fibrillation: a multicentre, randomized, controlled trial (SARA study). *Eur Heart J.* 2014; 35:501-507 [EC,II]
24135832

ABLACIÓN POR CATÉTER FRENTE A TRATAMIENTO ANTIARRÍTMICO FARMACOLÓGICO DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR PERSISTENTE: ENSAYO MULTICÉNTRICO ALEATORIZADO CONTROLADO (ESTUDIO SARA)

Ulimoen SR, Enger S, Pripp AH, Abdelnoor M, Arnesen H, Gjesdal K, et al. Calcium channel blockers improve exercise

capacity and reduce N-terminal Pro-B-type natriuretic peptide levels compared with beta-blockers in patients with permanent atrial fibrillation. *Eur Heart J.* 2014; 35:517-524 [EC,II]
24135831

LOS BLOQUEADORES DE LOS CANALES DEL CALCIO MEJORAN LA CAPACIDAD DE EJERCICIO Y REDUCEN LOS NIVELES DE PÉPTIDO NATRIURÉTICO N-TERMINAL PRO TIPO B EN COMPARACIÓN CON LOS BETABLOQUEANTES EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR PERMANENTE

FAMILY MEDICINE

Newton W1, Sutton M, Asher GN. The elephant in the room. *Fam Med.* 2014; 46:85-87 [AO,I]
24573513

EL ELEFANTE EN LA HABITACIÓN (Expresión inglesa semejante a la de "El traje nuevo del emperador", algo evidente de lo que nadie quiere hablar)

Clark RD1, Williams AA. Patient preferences in discussing sexual dysfunctions in primary care. *Fam Med.* 2014; 46:124-128 [T,I]
24573520

PREFERENCIAS DEL PACIENTE AL HABLAR DE LAS DISFUNCIONES SEXUALES EN ATENCIÓN PRIMARIA

FAMILY PRACTICE

Sebo P, Cerutti B, Haller DM. Effect of magnesium therapy on nocturnal leg cramps: a systematic review of randomized controlled trials with meta-analysis using simulations. *Fam Pract.* 2014; 31:7-19 [M,I]
24280947

EFFECTO DEL TRATAMIENTO CON MAGNESIO SOBRE LOS CALAMBRES NOCTURNOS EN LAS PIERNAS: REVISIÓN SISTEMÁTICA DE ENSAYOS ALEATORIZADOS CONTROLADOS CON METAANÁLISIS USANDO SIMULACIONES

Ortega R, Garcia-Ortiz L, Torcal J, Echevarria P, Vargas-Machuca C, Gomez A, et al; ESCAP Group. Supervised exercise for acute coronary patients in primary care: a randomized clinical trial. *Fam Pract.* 2014; 31:20-29 [EC,I]
24142481

EJERCICIO SUPERVISADO PARA LOS PACIENTES CORONARIOS AGUDOS EN ATENCIÓN PRIMARIA: ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO

Ryborg CT, Søndergaard J, Lous J, Munck A, Larsen PV, Thomsen JL. Quality of life in children with otitis media--a cohort study. *Fam Pract.* 2014; 31:30-37 [S,I]
24243868

CALIDAD DE VIDA EN NIÑOS CON OTITIS MEDIA: ESTUDIO DE COHORTE

Booth HP, Prevost AT, Gulliford MC. Impact of body mass index on prevalence of multimorbidity in primary care: cohort study. *Fam Pract.* 2014; 31:38-43 [S,I]
24132593

IMPACTO DEL ÍNDICE DE MASA CORPORAL SOBRE LA PREVALENCIA DE MULTIMORBILIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA: ESTUDIO DE COHORTE

GUT

Ma X, Zhang B, Zheng W. Genetic variants associated with colorectal cancer risk: comprehensive research synopsis,

meta-analysis, and epidemiological evidence. *Gut*. 2014; 63:326-336 [M,II]
23946381

VARIANTES GENÉTICAS ASOCIADAS CON EL RIESGO DE CÁNCER COLORRECTAL: SINOPSIS DE INVESTIGACIÓN GLOBAL, METAANÁLISIS Y EVIDENCIA EPIDEMIOLÓGICA

JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION

Psaty BM, Weiss NS. 2013 ACC/AHA guideline on the treatment of blood cholesterol: a fresh interpretation of old evidence. *JAMA*. 2014; 311:461-462 [AO,II]
24264722

GUÍA ACC/AHA 2013 SOBRE EL TRATAMIENTO DEL COLESTEROL EN SANGRE: UNA INTERPRETACIÓN NUEVA DE UNA VIEJA EVIDENCIA

Ioannidis JP. More than a billion people taking statins?: Potential implications of the new cardiovascular guidelines. *JAMA*. 2014; 311:463-464 [AO,II]
24296612

¿MÁS DE MIL MILLONES DE PERSONAS TOMANDO ESTATINAS?: IMPLICACIONES POTENCIALES DE LAS NUEVAS GUÍAS CARDIOVASCULARES

Montori VM, Brito JP, Ting HH. Patient-centered and practical application of new high cholesterol guidelines to prevent cardiovascular disease. *JAMA*. 2014; 311:465-466 [AO,II]
24496532

APLICACIÓN PRÁCTICA Y CENTRADA EN EL PACIENTE DE LAS NUEVAS GUÍAS DE COLESTEROL ALTO PARA PREVENIR LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

Saver JL. Blood pressure management in early ischemic stroke. *JAMA*. 2014; 311:469-470 [AO,I]
24496534

MANEJO DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN EL ICTUS ISQUÉMICO PRECOZ

Sarafidis PA, Bakris GL. Early patterns of blood pressure change and future coronary atherosclerosis. *JAMA*. 2014; 311:471-472 [AO,I]
24496535

PAUTAS PRECOCES DE CAMBIO DE LA PRESIÓN ARTERIAL Y FUTURA ATROSCLEROSIS CORONARIA

Sox HC. Assessing the trustworthiness of the guideline for management of high blood pressure in adults. *JAMA*. 2014; 311:472-474 [AO,II]
24352688

VALORAR LA FIABILIDAD DE LA GUÍA DE MANEJO DE LA PRESIÓN ARTERIAL ELEVADA EN ADULTOS

Peterson ED, Gaziano JM, Greenland P. Recommendations for treating hypertension: what are the right goals and purposes? *JAMA*. 2014; 311:474-476 [AO,II]
24352710

RECOMENDACIONES PARA TRATAR LA HIPERTENSIÓN: ¿CUÁLES SON LOS OBJETIVOS Y LOS PROPÓSITOS CORRECTOS?

Bauchner H, Fontanarosa PB, Golub RM. Updated guidelines for management of high blood pressure: recommendations, review, and responsibility. *JAMA*. 2014; 311:477-478 [AO,II]
24352759

GUÍAS ACTUALIZADAS PARA EL MANEJO DE LA PRESIÓN ARTERIAL ELEVADA: RECOMENDACIONES, REVISIÓN Y RESPONSABILIDAD

James PA, Oparil S, Carter BL, Cushman WC, Dennison-Himmelfarb C, Handler J, et al. 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *JAMA*. 2014; 311:507-520 [M,III]
24352797

GUÍA BASADA EN LA EVIDENCIA PARA EL MANEJO DE LA PRESIÓN ARTERIAL ELEVADA EN ADULTOS: INFORME DE LOS MIEMBROS DEL COMITÉ DESIGNADOS PARA EL JNC 8

Hanson M. Understanding the origins of diabetes. *JAMA*. 2014; 311:575-576 [AO,I]
24519295

COMPRENDER LOS ORÍGENES DE LA DIABETES

Small GW. Treating dementia and agitation. *JAMA*. 2014; 311:677-678 [AO,I]
24549545

TRATAR LA DEMENCIA Y LA AGITACIÓN

Calkins H. Has the time come to recommend catheter ablation of atrial fibrillation as first-line therapy? *JAMA*. 2014; 311:679-680 [AO,I]
24549546

¿HA LLEGADO LA HORA DE RECOMENDAR LA ABLACIÓN MEDIANTE CATÉTER COMO TRATAMIENTO DE PRIMERA LÍNEA EN LA FIBRILACIÓN AURICULAR?

Porsteinsson AP, Drye LT, Pollock BG, Devanand DP, Frangakis C, Ismail Z, et al; CitAD Research Group. Effect of citalopram on agitation in Alzheimer disease: the CitAD randomized clinical trial. *JAMA*. 2014; 311:682-691 [EC,II]
24549548

EFFECTO DEL CITALOPRAM SOBRE LA AGITACIÓN EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER: ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO CitAD

Morillo CA, Verma A, Connolly SJ, Kuck KH, Nair GM, Champagne J, et al; RAAFT-2 Investigators. Radiofrequency ablation vs antiarrhythmic drugs as first-line treatment of paroxysmal atrial fibrillation (RAAFT-2): a randomized trial. *JAMA*. 2014; 311:692-700 [EC,II]
24549549

ABLACIÓN POR RADIOFRECUENCIA FRENTE A FÁRMACOS ANTIARRÍTMICOS COMO TRATAMIENTO DE PRIMERA LÍNEA DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR PAROXÍSTICA (RAAFT-2): ENSAYO ALEATORIZADO

Wells PS, Forgie MA, Rodger MA. Treatment of venous thromboembolism. *JAMA*. 2014; 311:717-728 [R,II]
24549552

TRATAMIENTO DEL TROMBOEMBOLISMO VENOSO

Di Nisio M, Middeldorp S. Treatment of lower extremity superficial thrombophlebitis. *JAMA*. 2014; 311:729-730 [R,II]
24549553

TRATAMIENTO DE LA TROMBOFLEBITIS SUPERFICIAL DE LA EXTREMIDAD INFERIOR

Ogden CL, Carroll MD, Kit BK, Flegal KM. Prevalence of childhood and adult obesity in the United States, 2011-2012. *JAMA*. 2014; 311:806-814 [T,I]
24570244

PREVALENCIA DE LA OBESIDAD INFANTIL Y DEL ADULTO EN LOS ESTADOS UNIDOS

Mody L, Juthani-Mehta M. Urinary tract infections in older women: a clinical review. *JAMA*. 2014; 311:844-854 [R,II]
24570248

INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS BAJAS EN MUJERES MAYORES: REVISIÓN CLÍNICA

Drugs for urinary tract infections. JAMA. 2014; 311:855-856 [AO,I]
24570249
FÁRMACOS PARA INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS

JAMA INTERNAL MEDICINE

Liu P, Nikels M, Combs B. Diuretics and diarrhea: a dangerous combination: a teachable moment. JAMA Intern Med. 2014; 174:182 [AO,I]
24275796

DIURÉTICOS Y DIARREA: COMBINACIÓN PELIGROSA: MOMENTO DE ENSEÑANZA

Stergiopoulos K, Boden WE, Hartigan P, Möbius-Winkler S, Hambrecht R, Hueb W, et al. Percutaneous coronary intervention outcomes in patients with stable obstructive coronary artery disease and myocardial ischemia: a collaborative meta-analysis of contemporary randomized clinical trials. JAMA Intern Med. 2014; 174:232-240 [M,II]
24296791

RESULTADOS DE INTERVENCIONES CORONARIAS PERCUTÁNEAS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD ARTERIAL CORONARIA OBSTRUCTIVA ESTABLE E ISQUEMIA DE MIOCARDIO: METAANÁLISIS DE COLABORACIÓN DE ENSAYOS CLÍNICOS ALEATORIZADOS CONTEMPORÁNEOS

Rubini M, Reiter M, Twerenbold R, Reichlin T, Wildi K, Haaf P, et al. Sex-specific chest pain characteristics in the early diagnosis of acute myocardial infarction. JAMA Intern Med. 2014; 174:241-249 [S,I]
24275751

CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS POR SEXO DEL DOLOR TORÁCICO EN EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

Huang ES, Laiteerapong N, Liu JY, John PM, Moffet HH, Karter AJ. Rates of complications and mortality in older patients with diabetes mellitus: the Diabetes and Aging study. JAMA Intern Med. 2014; 174:251-258 [S,II]
24322595

TASAS DE COMPLICACIONES Y MORTALIDAD EN PACIENTES MAYORES CON DIABETES MELLITUS: ESTUDIO DIABETES Y ENVEJECIMIENTO

Patz EF Jr, Pinsky P, Gatsonis C, Sicks JD, Kramer BS, Tammemägi MC, et al; NLST Overdiagnosis Manuscript Writing Team. Overdiagnosis in low-dose computed tomography screening for lung cancer. JAMA Intern Med. 2014; 174:269-274 [EC,II]
24322569

SOBREDIAGNÓSTICO EN EL CRIBAJE DE CÁNCER DE PULMÓN MEDIANTE TAC DE DOSIS BAJA

MEDICINA CLÍNICA

López-Torres J; en representación del Grupo ANVITAD. Efecto del calcio y la vitamina D en la reducción de caídas de las personas mayores: ensayo clínico aleatorizado frente a placebo. Med Clin (Barc). 2014; 142:95-102 [EC,II]
23332626

EFFECTO DEL CALCIO Y LA VITAMINA D EN LA REDUCCIÓN DE CAÍDAS DE LAS PERSONAS MAYORES: ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO FRENTE A PLACEBO

Formiga F, Perez-Maraver M. La diabetes mellitus tipo 2 en el paciente anciano. Es básico saber cómo individualizar. Med Clin (Barc). 2014; 142:114-115 [AO,I]
24378152

LA DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN EL PACIENTE ANCIANO. ES BÁSICO SABER CÓMO INDIVIDUALIZAR

López-López J, Jané E, Chimenos E. Pronóstico y tratamiento de la boca seca. Revisión sistemática. Med Clin (Barc). 2014; 142:119-124 [M,I]
23726507

PRONÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA BOCA SECA. REVISIÓN SISTEMÁTICA

Aguilar FJ. Protocolo de tratamiento de la deficiencia de vitamina D. Med Clin (Barc). 2014; 142:125-131 [R,I]
24018247

PROTOCOLO DE TRATAMIENTO DE LA DEFICIENCIA DE VITAMINA D

Peláez-Fernández MA, Ruiz-Lázaro PM, Labrador FJ, Raich RM. Validación del Eating Attitudes Test como instrumento de cribado de trastornos de la conducta alimentaria en población general.
Med Clin (Barc). 2014; 142:153-155 [T,I]
23830549

VALIDACIÓN DEL EATING ATTITUDES TEST COMO INSTRUMENTO DE CRIBADO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN POBLACIÓN GENERAL

Trullàs JC, Morales-Rull JL, Formiga F; en representación del Grupo de Trabajo de Insuficiencia Cardíaca y Fibrilación Auricular de la Sociedad Española de Medicina Interna. Tratamiento diurético en la insuficiencia cardíaca. Med Clin (Barc). 2014; 142:163-170 [R,II]
23768854

TRATAMIENTO DIURÉTICO EN LA INSUFICIENCIA CARDÍACA

Marco P, Zamorano JL, Chana F, Llau JV. Nuevas perspectivas clínicas en el uso de los anticoagulantes orales directos. Med Clin (Barc). 2014; 142:171-178 [R,II]
23866969

NUEVAS PERSPECTIVAS CLÍNICAS EN EL USO DE LOS ANTICOAGULANTES ORALES DIRECTOS

REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA

Elosua R. Las funciones de riesgo cardiovascular: utilidades y limitaciones. Rev Esp Cardiol. 2014; 67:77-79 [AO,I]
24365058

LAS FUNCIONES DE RIESGO CARDIOVASCULAR: UTILIDADES Y LIMITACIONES

Grupo de Trabajo de la SEC para la guía de la ESC 2013 sobre diagnóstico y tratamiento de la cardiopatía isquémica estable, revisores expertos para la guía de la ESC 2013 sobre diagnóstico y tratamiento de la cardiopatía isquémica estable y Comité de Guías de la SEC. Comentarios a la guía de práctica clínica de la ESC 2013 sobre diagnóstico y tratamiento de la cardiopatía isquémica estable. Rev Esp Cardiol. 2014; 67:80-86 [AO,II]
24485520

COMENTARIOS A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE LA ESC 2013 SOBRE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA ESTABLE

Grupo de Trabajo de la SEC para la guía de la ESC sobre diabetes, prediabetes y enfermedad cardiovascular, revisores

- expertos para la guía de la ESC sobre diabetes, prediabetes y enfermedad cardiovascular y Comité de Guías de la SEC - Comentarios a la guía de práctica clínica de la ESC sobre diabetes, prediabetes y enfermedad cardiovascular. *Rev Esp Cardiol*. 2014; 67:87-93 [AO,II]
24485521
COMENTARIOS A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE LA ESC SOBRE DIABETES, PREDIABETES Y ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR
- Brotans C, Moral I, Soriano N, Cuixart L, Osorio D, Bottaro D, et al. Impacto de la utilización de las diferentes tablas SCORE en el cálculo del riesgo cardiovascular. *Rev Esp Cardiol*. 2014; 67:94-100 [T,I]
24268126
IMPACTO DE LA UTILIZACIÓN DE LAS DIFERENTES TABLAS SCORE EN EL CÁLCULO DEL RIESGO CARDIOVASCULAR
- Puig T, Ferrero-Gregori A, Roig E, Vazquez R, Gonzalez-Juanatey JR, Pascual-Figal D, et al; en representación de los investigadores de REDINSCOR. Valor pronóstico del índice de masa corporal y el perímetro de cintura en los pacientes con insuficiencia cardíaca crónica (Registro Español REDINSCOR) *Rev Esp Cardiol*. 2014; 67:101-106 [S,I]
24210988
VALOR PRONÓSTICO DEL ÍNDICE DE MASA CORPORAL Y EL PERÍMETRO DE CINTURA EN LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CRÓNICA (REGISTRO ESPAÑOL REDINSCOR)
- Sanchis J, Avanzas P, Bayes-Genis A, Pérez de Isla L, Heras M. Síndromes coronarios agudos: nuevas estrategias de diagnóstico y tratamiento. *Rev Esp Cardiol*. 2014; 67:138 [R,I]
24411813
SÍNDROMES CORONARIOS AGUDOS: NUEVAS ESTRATEGIAS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO
- Ferreira-González I. Epidemiología de la enfermedad coronaria. *Rev Esp Cardiol*. 2014; 67:139-144 [R,I]
24393398
EPIDEMIOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD CORONARIA
- Grupo de Trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología sobre diagnóstico y tratamiento de la cardiopatía isquémica estable. Guía de Práctica Clínica de la ESC 2013 sobre diagnóstico y tratamiento de la cardiopatía isquémica estable. *Rev Esp Cardiol*. 2014; 67:135.e1-e81 [M,II]
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE LA ESC 2013 SOBRE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA ESTABLE
- Grupo de Trabajo de diabetes, prediabetes y enfermedades cardiovasculares de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) y la European Association for the Study of Diabetes (EASD) Guía de práctica clínica de la ESC sobre diabetes, prediabetes y enfermedad cardiovascular, en colaboración con la European Association for the Study of Diabetes. *Rev Esp Cardiol*. 2014; 67:136.e1-e56 [M,II]
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE LA ESC SOBRE DIABETES, PREDIABETES Y ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR, EN COLABORACIÓN CON LA EUROPEAN ASSOCIATION FOR THE STUDY OF DIABETES
- THE LANCET**
- Tobacco control in the USA: an end to political mythology. *Lancet*. 2014; 383:384. [AO,I]
24485571
- CONTROL DEL TABACO EN EE UU: FIN DE LA MITOLOGÍA POLÍTICA
- Palliative care: a peaceful, humane global campaign is needed. *Lancet*. 2014; 383:487 [AO,I]
24506892
CUIDADOS PALIATIVOS: SE NECESITA UNA CAMPAÑA MUNDIAL HUMANA Y PACÍFICA
- Hellard ME, Doyle JS. Interferon-free hepatitis C treatment: one pill to fit all? *Lancet*. 2014; 383:491-492 [AO,I]
24209978
TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS SIN INTERFERÓN: ¿UNA PASTILLA SIRVE PARA TODO?
- Isidean SD, Franco EL. Embracing a new era in cervical cancer screening. *Lancet*. 2014; 383:493-494 [AO,I]
24192251
ABRAZAR UNA NUEVA ERA EN EL CRIBAJE DE CÁNCER CERVICAL
- Ronco G, Dillner J, Elfström KM, Tunesi S, Snijders PJ, Arbyn M, et al; International HPV screening working group. Efficacy of HPV-based screening for prevention of invasive cervical cancer: follow-up of four European randomised controlled trials. *Lancet*. 2014; 383:524-532 [EC,II]
24192252
EFICACIA DEL CRIBAJE BASADO EN VPH EN LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CÉRVIX INVASIVO: SEGUIMIENTO DE CUATRO ENSAYOS EUROPEOS CONTROLADOS ALEATORIZADOS
- Vineis P, Wild CP. Global cancer patterns: causes and prevention. *Lancet*. 2014; 383:549-557 [R,II]
24351322
PATRONES MUNDIALES DEL CÁNCER: CAUSAS Y PREVENCIÓN
- Hanahan D. Rethinking the war on cancer. *Lancet*. 2014; 383:558-563. doi [AO,II]
24351321
REPENSAR LA GUERRA CONTRA EL CÁNCER
- Coleman MP. Cancer survival: global surveillance will stimulate health policy and improve equity. *Lancet*. 2014; 383:564-573 [R,II]
24351320
SUPERVIVENCIA EN EL CÁNCER: LA VIGILANCIA MUNDIAL ESTIMULARÁ LA POLÍTICA SANITARIA Y MEJORARÁ LA EQUIDAD
- Horton R, Lo S. Protecting health: the global challenge for capitalism. *Lancet*. 2014; 383:577-578 [AO,I]
24524780
PROTEGER LA SALUD: DESAFÍO MUNDIAL PARA EL CAPITALISMO
- Johns EJ. Resistant hypertension and renal denervation: 3 years on. *Lancet*. 2014; 383:583-584 [AO,I]
24210778
HIPERTENSIÓN RESISTENTE Y DENERVACIÓN RENAL: 3 AÑOS DESPUÉS
- Krum H, Schlaich MP, Sobotka PA, Böhm M, Mahfoud F, Rocha-Singh K, et al. Percutaneous renal denervation in patients with treatment-resistant hypertension: final 3-year report of the Symplicity HTN-1 study. *Lancet*. 2014; 383:622-629 [EC,II]
24210779
DENERVACIÓN RENAL PERCUTÁNEA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN RESISTENTE AL TRATAMIENTO:

- INFORME FINAL A LOS 3 AÑOS DEL ESTUDIO SYMPLICITY HTN-1
- Ottersen OP, Dasgupta J, Blouin C, Buss P, Chongsuvivatwong V, Frenk J, et al. The political origins of health inequity: prospects for change. *Lancet*. 2014; 383:630-667 [R,II] 24524782
- ORÍGENES POLÍTICOS DE LA DESIGUALDAD SANITARIA: PERSPECTIVAS DE CAMBIO
- Statins for millions more? *Lancet*. 2014; 383:669 [AO,I] 24560042
- ¿ESTATINAS PARA MÁS MILLONES DE PERSONAS?
- Health in austerity: hard decisions for hard times. *Lancet*. 2014; 383:670 [AO,I] 24560044
- SALUD EN LA AUSTERIDAD: DECISIONES DIFÍCILES PARA TIEMPOS DIFÍCILES
- Kentikelenis A, Karanikolos M, Reeves A, McKee M, Stuckler D. Greece's health crisis: from austerity to denialism. *Lancet*. 2014; 383:748-753 [R,II] 24560058
- CRISIS SANITARIA EN GRECIA: DE LA AUSTERIDAD A LA DENEGACIÓN SISTEMÁTICA
- Gopinathan U, Cuadrado C, Watts N, Guinto RR, Hougendobler D, Wanjau W, et al. The political origins of health inequity: the perspective of the Youth Commission on Global Governance for Health. *Lancet*. 2014; 383:e12-e13 [R,II] 24524783
- ORÍGENES POLÍTICOS DE LA DESIGUALDAD SANITARIA: PERSPECTIVA DE LA YOUTH COMMISSION ON GLOBAL GOVERNANCE FOR HEALTH
- THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE**
- Fauci AS1, Marston HD. Ending AIDS--is an HIV vaccine necessary? *N Engl J Med*. 2014; 370:495-498 [AO,I] 24499210
- ACABAR CON EL SIDA ¿ES NECESARIA UNA VACUNA PARA VIH?
- Patel V, Saxena S. Transforming lives, enhancing communities--innovations in global mental health. *N Engl J Med*. 2014; 370:498-501 [AO,I] 24428425
- TRANSFORMAR VIDAS, REFORZAR COMUNIDADES: INNOVACIONES EN LA SALUD MENTAL MUNDIAL
- Wunderink RG, Waterer GW. Clinical practice. Community-acquired pneumonia. *N Engl J Med*. 2014; 370:543-551 [R,I] 24499212
- PRÁCTICA CLÍNICA. NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD
- Warner M, Gustafsson JA. On estrogen, cholesterol metabolism, and breast cancer. *N Engl J Med*. 2014; 370:572-573 [AO,I] 24499217
- SOBRE ESTRÓGENO, METABOLISMO DEL COLESTEROL Y CÁNCER DE MAMA
- Morden NE, Colla CH, Sequist TD, Rosenthal MB. Choosing wisely--the politics and economics of labeling low-value services. *N Engl J Med*. 2014; 370:589-592 [AO,I] 24450859
- ESCOGER CON SABIDURÍA: LA POLÍTICA Y LA ECONOMÍA DEL ETIQUETADO DE LOS SERVICIOS DE POCO VALOR
- Allen RP, Chen C, Garcia-Borreguero D, Polo O, DuBrava S, Miceli J, et al. Comparison of pregabalin with pramipexole for restless legs syndrome. *N Engl J Med*. 2014; 370:621-631 [EC,I] 24521108
- COMPARACIÓN DE PREGABALINA CON PRAMIPEXOL PARA EL SÍNDROME DE PIERNAS INQUIETAS
- Tarlo SM, Lemiere C. Occupational asthma. *N Engl J Med*. 2014; 370:640-649 [R,I] 24521110
- ASMA OCUPACIONAL
- Chokroverty S. Therapeutic dilemma for restless legs syndrome. *N Engl J Med*. 2014; 370:667-668 [AO,I] 24521115
- DILEMA TERAPÉUTICO EN EL SÍNDROME DE PIERNAS INQUIETAS
- Mechanic R. Post-acute care--the next frontier for controlling Medicare spending. *N Engl J Med*. 2014; 370:692-694 [AO,I] 24552315
- CUIDADOS POSTAGUDOS: LA PRÓXIMA FRONTERA PARA CONTROLAR LOS GASTOS DE MEDICARE
- Reuben DB, Tinetti ME. The hospital-dependent patient. *N Engl J Med*. 2014; 370:694-697 [AO,I] 24552316
- EL PACIENTE HOSPITALODEPENDIENTE
- Bohadana A, Izbicki G, Kraman SS. Fundamentals of lung auscultation. *N Engl J Med*. 2014; 370:744-751 [R,I] 24552321
- FUNDAMENTOS DE AUSCULTACIÓN PULMONAR
- Bunn HF. Vitamin B12 and pernicious anemia--the dawn of molecular medicine. *N Engl J Med*. 2014; 370:773-776 [AO,I] 24552327
- VITAMINA B12 Y ANEMIA PERNICIOSA: EL AMANECER DE LA MEDICINA MOLECULAR
- Egan AG, Blind E, Dunder K, de Graeff PA, Hummer BT, Bourcier T, et al. Pancreatic safety of incretin-based drugs--FDA and EMA assessment. *N Engl J Med*. 2014; 370:794-797 [M,II] 24571751
- SEGURIDAD PANCREÁTICA DE LOS FÁRMACOS BASADOS EN INCRETINAS: VALORACIÓN DE LA FDA Y LA EMA
- Bianchi DW, Parker RL, Wentworth J, Madankumar R, Saffer C, Das AF, et al; CARE Study Group. DNA sequencing versus standard prenatal aneuploidy screening. *N Engl J Med*. 2014; 370:799-808 [T,I] 24571752
- SECUENCIACIÓN DE ADN FRENTE AL CRIBAJE ANEUPLOIDE ESTÁNDAR PRENATAL
- Feldman HM, Reiff MI. Clinical practice. Attention deficit-hyperactivity disorder in children and adolescents. *N Engl J Med*. 2014; 370:838-846 [R,I] 24571756
- PRÁCTICA CLÍNICA. TRASTORNO DE HIPERACTIVIDAD-DÉFICIT DE ATENCIÓN EN NIÑOS Y ADOLESCENTES
- Greene MF, Phimister EG. Screening for trisomies in circulating DNA. *N Engl J Med*. 2014; 370:874-875 [AO,I] 24571760
- CRIBAJE DE TRISOMÍAS POR ADN CIRCULANTE
- Maitland K. New diagnostics for common childhood infections. *N Engl J Med*. 2014; 370:875-877 [AO,I] 24571761

NUEVOS DIAGNÓSTICOS PARA LAS INFECCIONES COMUNES INFANTILES

THORAX

Lazarinis N, Jørgensen L, Ekström T, Bjermer L, Dahlén B, Pullerits T, et al. Combination of budesonide/formoterol

on demand improves asthma control by reducing exercise-induced bronchoconstriction. Thorax. 2014; 69:130-136 [EC,II]

24092567

LA COMBINACIÓN DE BUDESONIDA /FORMOTEROL BAJO DEMANDA MEJORA EL CONTROL DEL ASMA REDUCIENDO LA BRONCOCONSTRICCIÓN INDUCIDA POR EL EJERCICIO

@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

· **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

· **25 congreso Nacional de Entrevista Clínica y Comunicación Asistencial**

Barcelona, 6 y 8 de noviembre 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

<http://www.semfyc.es/eclinica2014>

· **XXXV Congreso de la semFYC**

Gijón, 11-13 Junio 2015

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

<http://www.semfyc2015.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 dos 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) Actualizar datos BAJA Fecha..... / /

APELLIDOS:
NOMBRE: **DNI:** LETRA:
DOMICILIO:
MUNICIPIO: **PROVINCIA:** **C.P.:**
TELEFONOS: **e-mail:**

ESPECIALISTA MFyC: SI NO (Si **negativo**, indicar especialidad).....

RESIDENTE MFyC: SI NO **FECHA INICIO RESIDENCIA**/...../.....

DOCTORADO: SI NO **TEMA:**

LUGAR/CENTRO DE TRABAJO:
DIRECCION: **PROVINCIA:**
CARGO QUE OCUPA:

ORDEN DE PAGO POR DOMICILIACIÓN BANCARIA

Mediante la presente orden de pago, autorizo a SAMFyC a enviar una orden anual a mi entidad bancaria para adeudar en mi cuenta, el importe correspondiente a la cuota anual de la sociedad, a cuyo efecto facilito los siguientes datos bancarios:

ENTIDAD:.....

IBAN / C.C.C.: (hay que rellenar todas las casillas)

E	S																		
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Firma:

À 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:

35°

Congreso de la semFYC

GIJÓN · ASTURIAS

Palacio de Congresos
Feria de Muestras

Del 11 al 13 de Junio 2015



Especialistas

en personas

SAMFyC Almería 2014

“Iluminando el Presente”

23º Congreso Andaluz de Medicina Familiar y Comunitaria

23-25 de Octubre 2014

Palacio de Congresos Cabo de Gata - Ciudad de Almería

www.samfycalmeria2014.com
info@samfycalmeria2014.com



Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria



Asociación de Médicos de España - 190010666
M. F. y C. 0010238
Poderes Legales inscritos en el Registro de la Propiedad de Madrid
www.asociacionmedicos.es