

Pregunta: ¿Disminuyen el deseo sexual (DS) los anticonceptivos hormonales (ACH)?

Respuesta: Las usuarias de medroxiprogesterona depot, anillo intravaginal de contracepción hormonal combinada e implantes subcutáneos de levonorgestrel notificaron mayor frecuencia de disminución del DS en comparación con otros métodos hormonales y el DIU de cobre.

Objetivo: Examinar la relación entre el uso de ACH y la posible disminución del DS.

Método: Estudio caso-control sobre 1.938 mujeres de las 9.256 que participaron en el Proyecto CHOICE (<http://www.choiceproject.wustl.edu/>) que cumplimentaron una encuesta en la captación y otra telefónica a los 6 meses. Se utilizó un método de regresión logística multivariable para investigar la asociación entre el método contraceptivo y la disminución del DS controlando variables confusoras.

Resultado: El 23,9% de las participantes comunicaron ausencia de DS a los 6 meses de haber iniciado un nuevo método. La ausencia de DS fue más frecuente en mujeres jóvenes (menores de 18 años OR ajustada 2,04), de raza negra (OR 1,78) y casadas o con pareja estable (OR 1,82). De las 262 usuarias de DIU de cobre (utilizadas como grupo control), el 18,3% presentaron ausencia de DS. Comparadas con ellas, las usuarias de medroxiprogesterona depot (OR 2,61 IC95% 1,47-4,61), anillo vaginal (OR 2,53 IC95% 1,37-4,69) e implante subcutáneo de levonorgestrel (OR 1,60 IC95% 1,03-2,49), comunicaron con más frecuencia ausencia de DS. No se encontró asociación con el uso de DIU hormonal, píldora contraceptiva combinada (PCC) o parche de contracepción combinada.

Comentario: Los efectos adversos de los métodos anticonceptivos son una causa común de interrupción de su uso, pero en general se han comunicado en estudios sin grupo control. Por eso, la percepción de los mismos es muy difícil de valorar, y en algunos casos (como la eventual ganancia de peso) no se han demostrado de modo objetivo en estudios de seguimiento a pesar de lo que han comunicado las usuarias. Algunos autores atribuyen este fenómeno al poder de sugestión negativa (efecto nocebo). La interpretación de la relación entre la disminución del DS y el uso de métodos contraceptivos resulta especialmente compleja. Una revisión sistemática del 2013 encontró que el DS no se ve afectado en la mayoría de las mujeres que toman PCC (3,5% informaron disminución del DS, 12,0% informó de un aumento y el 84,6% no informó cambio); incluso algún estudio de seguimiento ha observado un efecto protector de la libido. La disminución de la libido puede estar justificada en los preparados sólo con progestágenos por la supresión ovárica y la disminución de estrógenos.

Conclusiones: Casi una de cada cuatro pacientes que toma ACH refiere disminución del deseo sexual existiendo diferencias entre los diversos métodos contraceptivos. Aunque no está claro el mecanismo de acción, ante la comunicación de disminución del deseo sexual debe valorarse el cambio de método.

Referencia: Boozalis A, Tutlam M, Chrisman, M et al. Sexual desire and hormonal contraception. *Obstet Gynecol* 2016; 127(3): 563-572.

Pregunta: ¿Aumenta la vasectomía el riesgo de padecer cáncer de próstata?

Respuesta: La vasectomía no está asociada a incremento de la incidencia ni de la mortalidad por cáncer de próstata.

Objetivo: Valorar la asociación entre vasectomía e incidencia y mortalidad por cáncer de próstata en una gran cohorte de población de los Estados Unidos de América.

Método: Se examinó la asociación entre vasectomía y mortalidad por cáncer de próstata en los 362.726 hombres de 30 o más años de edad de la cohorte del Cancer Prevention Study II (CPS-II), de los que 7.451 habían muerto por sufrir cáncer de próstata entre los años 1.982 y 2.012. También se estudió la asociación entre vasectomía e incidencia de cáncer de próstata en los 66.542 hombres del subgrupo de la Cohorte Nutricional del CPS-II, de los que 9.133 fueron diagnosticados de cáncer de próstata entre 1.992 y 2.011. Se utilizó el modelo de regresión proporcional de Cox para estimar la relación de riesgos por ajuste multivariante.

Resultado: En la cohorte del CPS-II, no se encontró asociación entre la vasectomía y la mortalidad por cáncer de próstata (RR 1,01 IC95% 0,93-1,10). En la Cohorte Nutricional la vasectomía tampoco se relacionó con la incidencia global del cáncer de próstata (RR 1,03 IC95% 0,96-1,08) ni con el desarrollo de una mayor incidencia de cáncer de próstata de alto grado (RR 0,91 IC95% 0,78-1,07 en tumores con puntuación de Gleason ≥ 8).

Comentario: Se estima que sólo utilizan la vasectomía el 5 por ciento de las parejas estadounidenses en edad reproductiva. Los hombres que se someten a este procedimiento de esterilización suelen estar muy preocupados por si puede afectar a su vida sexual y si tiene algún impacto para su salud. La posible relación entre la vasectomía y el incremento de cáncer de próstata en edades más avanzadas fue sugerida hace años (Giovannucci E, Ascherio A, Rimm EB, et al: A prospective cohort study of vasectomy and prostate cancer in US men. JAMA 1993; 269: 873-877). Análisis posteriores de los datos no confirmaron esa hipótesis pero sugerían una posible relación con cáncer de próstata de alto grado (Siddiqui MM, Wilson KM, Epstein MM, et al: Vasectomy and risk of aggressive prostate cancer: A 24-year follow-up study. J Clin Oncol 2014; 32:3033-3038). El presente trabajo está sometido a los sesgos potenciales de cualquier estudio observacional, y además no se tenían datos de aquellos participantes que se sometieron a una vasectomía después de iniciar el seguimiento, pero las magnitudes de las cifras son abrumadoras.

Conclusión: Los resultados de este estudio parecen descartar la relación entre cáncer de próstata y la realización años antes de una vasectomía.

Referencia: Jacobs EJ, Anderson RL, Stevens VL, Newton CC, Gansler T, and Gapstur SM. Vasectomy and prostate cancer incidence and mortality in a large US Cohort. J Clin Oncol 2016; 34: 3880-3885.

Pregunta: Cuando las mujeres que están lactando solicitan consejo contraceptivo, ¿reciben consejo adecuado por parte de los profesionales?

Respuesta: Con frecuencia, el consejo contraceptivo a las mujeres que están lactando es inadecuado por desconocimiento de los profesionales.

Objetivo: Valorar el conocimiento de los métodos anticonceptivos que pueden utilizarse durante la lactancia por parte de los profesionales sanitarios.

Método: Se distribuyó un cuestionario con 30 preguntas a los profesionales que se identificaron como consejeros de lactancia, captados por correo electrónico o mediante las redes sociales durante las Jornadas de Lactancia celebradas en California en 2015.

Resultado: Se captaron 194 profesionales que ejercían como consejeros de lactancia. El 77% (137/177) manifestaron ofrecer consejo de forma habitual sobre contracepción postparto y su potencial impacto en la lactancia materna. La mayoría de estos consultores pensaban que, si se utilizaban contraceptivos sólo con gestágenos antes de transcurridos 21 días del parto, los riesgos excedían a los beneficios o el riesgo de los mismos era inaceptable. Los datos para cada método en todos los casos sólo con gestágenos fueron: 76,3% (100/131) para la píldora; 90,1% (118/131) para la inyección intramuscular, y 93,1% (122/131) para los implantes subcutáneos. Aunque el 68,7% (92/134) comunicaron haber recibido formación previa en la contracepción postparto, 82,1% (110/134) pensaban que necesitaban más formación en este tema. Sólo el 29,9% (40/134) manifestaron conocer los criterios de elegibilidad de los contraceptivos postparto publicados en 2011 (Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use (USMEC) guidance for postpartum contraception).

Comentario: La generalización de estos resultados debe hacerse con precaución, pero sus hallazgos muestran que la información ofrecida a las madres lactantes debe mejorarse. En nuestro medio suelen ser profesionales de enfermería en la consulta de pediatría y los médicos de familia los que pueden ser requeridos por las madres lactantes para iniciar un método contraceptivo seguro y efectivo. El conocimiento de los criterios USMEC, actualizados en Septiembre de 2016 con un resumen en español en forma de tabla que adjuntamos (<http://www.cdc.gov/reproductivehealth/contraception/usmec.htm>), indica que los beneficios del uso de gestágenos por vía oral, intramuscular, en implante o como DIU exceden a los riesgos (categoría 2 USMEC), y que el DIU de cobre antes de las 4 semanas es seguro en todos los casos (categoría 1 USMEC) salvo si existe sepsis puerperal (contraindicado, categoría 4).

Conclusión: La formación en contracepción postparto es necesaria en cualquier profesional que trate a mujeres en edad fértil. Los criterios USMEC suponen una guía útil y fácilmente accesible.

Referencia: Postpartum contraception: An exploratory study of lactation consultants' knowledge and practices. Dunn K, Bayer L y Mhody, S. Contraception 2016; 94(1): 87-92.

Pregunta: ¿Aumenta el riesgo de aborto el fluconazol oral durante el embarazo?

Respuesta: Sí, existe aumento del riesgo de aborto en comparación con las no expuestas o las que usan un azol tópico.

Objetivo: Estudiar la asociación entre el tratamiento con fluconazol oral durante el embarazo y el riesgo de aborto espontáneo y feto muerto al nacer.

Método: Estudio de cohorte basado en el registro Nacional de Prescripción de Dinamarca entre 1997 y 2013 con seguimiento de 1.405.663 embarazos, comparando expuestas a fluconazol oral vs no expuestas apareados por puntuación de riesgo, edad de la madre y edad gestacional. Los embarazos expuestos a derivados azólicos intravaginales se utilizaron como grupo de comparación adicional.

Resultado: En las embarazadas expuestas a fluconazol oral entre las 7 y 22 semanas de gestación, se encontró un aumento significativo de la incidencia de aborto espontáneo (147 de 3.315) frente a las no expuestas (563 de 13.246) (RR 1,48 IC95% 1,23-1,77). No se encontró asociación significativa entre uso de fluconazol oral a partir de la semana 7 de gestación y muerte fetal (21 de 5.382 en expuestas frente a 77 de 21.506 en no expuestas; RR 1,32 IC95% 0,82-2,14). Usando expuestas a azoles tópicos como grupo de comparación, de las 2823 mujeres expuestas a fluconazol oral, 130 tuvieron aborto espontáneo frente a los 118 abortos que presentaron las 2823 expuestas a azoles tópicos (RR 1,62 IC95%: 1,26-2,7). Tampoco hubo asociación con muerte fetal cuando se comparó con azoles tópicos.

Comentario: La incidencia de candidiasis vaginal durante el embarazo está aumentada (se estima que es del 10%) por el incremento de hormonas sexuales. La primera línea de tratamiento son los derivados azólicos tópicos, pero en casos de fallo del tratamiento tópico, vaginitis recurrente o síntomas severos se recurre al fluconazol oral. Como reconocen los autores puede haber un sesgo de confusión por la severidad de la vaginitis, ya que obviamente el fluconazol oral se empleará en los casos más graves, y una candidiasis severa puede, por sí sola, provocar un aborto. El fluconazol inhibe la enzima CYP51 de la cándida, esencial para la síntesis de ergosterol de su membrana celular, pero también interfiere con las enzimas humanas del citocromo P450 que influyen en el desarrollo intrauterino, y esto podría explicar el aumento de abortos espontáneos. La FDA ha alertado sobre la posible asociación entre su uso prolongado a dosis altas (400-800 mg/día) y defectos de nacimiento (categoría D: evidencia de riesgo fetal), aunque este efecto no se ha observado en el tratamiento a dosis única (categoría C: usar sólo si los beneficios superan a los potenciales riesgos).

Conclusión: En este estudio, el uso de fluconazol oral en el embarazo se asoció con aumento del riesgo de aborto espontáneo en comparación con no expuestas y expuestas a azol intravaginal. Parece aconsejable evitar en lo posible el fluconazol oral durante el embarazo.

Referencia: Association between use of oral fluconazole during pregnancy and risk of spontaneous abortion and stillbirth. Molaaard-Nielsen D and cols. JAMA 2016: 315(1): 58-67.

Pregunta: ¿Atenúa la actividad física (AF) los efectos perjudiciales del sedentarismo (SE)?

Respuesta: La AF reduce la mortalidad por todas las causas (MTC), y contrarresta en parte los efectos del sedentarismo.

Objetivo: Conocer si la AF atenúa, o incluso elimina, los efectos perjudiciales del SE.

Método: Metanálisis de estudios de cohorte prospectivos publicados hasta octubre de 2015, que proporcionaran datos sobre SE (tiempo sentado o viendo TV) y AF, e informaran de los efectos estimados sobre MTC, mortalidad por enfermedad cardiovascular o mortalidad por cáncer de mama, colon y colorrectal. Los datos del estudio se analizaron según un protocolo armonizado, clasificando el SE en cuatro grupos estandarizados y la AF en cuartiles (en equivalente metabólico MET-horas por semana), analizando la asociación del SE y la AF con la mortalidad por todas las causas. Se calcularon los riesgos relativos mediante regresión de Cox.

Resultado: En comparación con el grupo de referencia (sentados <4 h/día y en el cuartil de más activos >35,5 MET-h/semana), las tasas de MTC durante el seguimiento fueron entre un 12 y un 59% más altas en los dos cuartiles más bajos de AF (RR 1,12 IC95% 1,08-1,16 para el segundo cuartil más bajo de AF (<16 MET-h/semana) y sentado <4 h/día; y RR 1,59 IC95% 1,52-1,66, para el cuartil más bajo de AF (<2,5 MET-h/semana) y sentado >8 h/día. El tiempo de estar sentado no se asoció con un aumento de MTC en los del cuartiles más activos de AF.

Comparado con el grupo de referencia (sentados <4 h/día y AF >35,5 MET-h/semana), no había aumento del riesgo de MTC durante el seguimiento en los que estaban sentados >8 h/día pero hacían más de >35,5 MET-h/semana (RR 1,04 IC95% 0,99-1,10). Por el contrario, los que estaban sentados menos tiempo (<4 h/día) y se encontraban en el cuartil más bajo de AF (<2,5 MET-h/semana) tenían un riesgo significativamente mayor de MTC (RR 1,27 IC95% 1,22-1,31).

Ver televisión (TV) durante 3 o más h/día se asoció con una mayor MTC, independientemente de la AF, excepto en el cuartil más activo, donde la MTC aumentó significativamente sólo en personas que veían TV durante 5 o más h/día (RR 1,16 IC95% 1,05-1,28).

Comentario: En una sociedad cada día más sedentaria, tanto por imposición (condiciones de trabajo sedentarias) como por opción (actividades de ocio y tiempo libre cada vez más sedentarias), la realización de AF se confirma como la principal vía para mejorar la salud y reducir MTC.

Conclusión: Los altos niveles de AF de intensidad moderada (alrededor de 60-75 minutos/día) parecen eliminar el aumento del riesgo de muerte asociado con el tiempo sentado. Sin embargo, este nivel de AF atenúa, pero no elimina el aumento del riesgo asociado con el tiempo de TV.

Referencia: Ekelund U y cols. Does physical activity attenuate, or even eliminate, the detrimental association of sitting time with mortality? A harmonised meta-analysis of data from more than 1 million men and women. *Lancet* 2016; 388: 1302–10.

Pregunta: Antidiabéticos orales (ADO), ¿Todos iguales? ¿Todos seguros?

Respuesta: No hubo diferencias entre cualquiera de las 9 clases de ADO (solos o en combinación) y el riesgo de mortalidad cardiovascular (MCV) o por todas las causas (MTC).

Objetivo: Estimar la eficacia y la seguridad relativa de los ADO, incluyendo la insulina.

Método: Metanálisis de 301 ensayos clínicos aleatorios de más de 24 semanas de duración publicados hasta marzo 2013. El resultado principal fue MCV. Los resultados secundarios incluyeron MTC, efectos adversos graves, infarto miocardio, accidente cerebrovascular, HbA1c, fracaso tratamiento (tratamiento de rescate o falta de eficacia), hipoglucemia, y el peso corporal. Había 177 ensayos (56.598 pacientes) en monoterapia; 109 ensayos (53.030 pacientes) en terapia dual (añadida a metformina (MET)); y 29 ensayos (10.598 pacientes) en triple terapia (añadidos a MET y sulfonilurea (SU)).

Resultado: No hubo diferencias significativas en MCV o MTC en las asociaciones entre cualquier clase de fármaco en monoterapia, terapia dual o triple terapia. En monoterapia, MET tenía menores niveles de HbA1c que SU (diferencia de medias estandarizada (DME) 0,18 IC95% 0,01-0,34), tiazolidindionas (DME 0,16 IC95% 0,00-0,31), inhibidores DPP4 (DME 0,33 IC95% 0,13-0,52), e inhibidor de α -glucosidasa (DME 0,35 IC95% 0,12-0,58). SU (RR 3,13 IC95% 2,39-4,12) e insulina basal (RR 17,9 IC95% 1,97-1,62) se asociaron con mayores probabilidades de hipoglucemia. En terapia dual añadidos a MET, todos los ADO se asociaron con niveles similares de HbA1c, mientras que los inhibidores de SGLT-2 (inh SGLT-2) ofrecen las probabilidades más bajas de hipoglucemia (OR 0,12 IC95% 0,08-0,18). En terapia triple añadidos a MET y SU, los agonistas de los receptores GLP-1 (ago GLP-1) se asociaron con las probabilidades más bajas de hipoglucemia (OR 0,60 IC95% 0,39-0,94).

Comentario: En terapia dual, los autores sugieren que no se deberían priorizar las SU por la posibilidad de hipoglucemia y que los inh SGLT-2 y los ago GLP-1 deberían elegirse cuando la prioridad es la pérdida de peso. Los inh SGLT-2 son los que menos hipoglucemias producen y menos fallos de tratamiento, pero los autores refieren que se deben balancear estas ventajas con su coste. En terapia triple (añadidos a MET y SU), se decantan por la elección de insulina basal (por menos fallos de tratamiento), inh SGLT-2 (por su efecto sobre el peso) y los ago GLP-1 (por el bajo riesgo de hipoglucemia). Acorde con la evidencia emergente que sugiere que los inh SGLT-2 y los ago GLP-1 parecen reducir la MCV, los prioriza por delante de inhibidores DPP4 y tiazolidindionas. Aunque no han considerado la función renal, citan los resultados del estudio EMPA-REG OUTCOME sobre 2.000 pacientes con enfermedad renal crónica en los que la empaglifozina no aumentó la MCV.

Conclusiones: Este estudio confirma la MET como tratamiento inicial de la DM2, y la elección de los demás ADO en doble o triple terapia en función de las características concretas del paciente.

Referencia: Palmer SC y cols. Comparison of clinical outcomes and adverse events associated with glucose-lowering drugs in patients with type 2 diabetes. A meta-analysis. JAMA 2016; 316(3): 313-324.

Pregunta: ¿Es superior sacubitrilo/valsartán (SV) a enalapril (E) en pacientes con insuficiencia cardiaca sistólica con fracción de eyección reducida (ICFEr)?

Respuesta: Sí, SV reduce muerte de causa cardiovascular y hospitalización por IC un 20%.

Objetivo: Comparar SV con E en pacientes ICFEr.

Método: Ensayo clínico aleatorio doble ciego sobre 8.442 pacientes en insuficiencia cardiaca (IC) clase funcional II, III o IV y fracción de eyección de 40% o menor, que recibieron aleatoriamente 200 mg/12 h de SV o 10 mg/12 h de E, además de la terapia estándar. La variable resultado principal fue muerte de causa cardiovascular u hospitalización por IC.

Resultado: 70% de los pacientes se encontraban en NYHA II, un 24% estaba en NYHA III y el 0,7% en NYHA IV. La media de FEVI era del 29%. El ensayo se detuvo precozmente a los 27 meses de seguimiento medio por el beneficio abrumador obtenido con sacubitrilo/valsartán. Al cierre del estudio, el resultado primario había ocurrido en 21,8% pacientes del grupo SV y 26,5% del grupo E (RR 0,80 IC95% 0,73-0,87 $p<0,001$). Fallecieron el 17% del grupo SV y el 19,8% del grupo E (RR 0,84 IC95% 0,76-0,93 $p<0,001$); de los que 13,3% y 16,5% respectivamente lo fueron por causa cardiovascular (RR 0,80 IC95% 0,71-0,89 $p<0,001$). SV redujo el riesgo de hospitalización por IC en un 21% ($p<0,001$) y redujo los síntomas y limitaciones físicas de la IC ($p<0,001$). El grupo de SV tuvo mayor proporción de hipotensión y angioedema leve pero menor proporción de fallo renal, hipercaliemia, y tos.

Comentario: Sacubitrilo es un inhibidor de la neprilisina (enzima que destruye, entre otros péptidos, el péptido natriurético auricular tipo C que tiene efecto vasodilatador). Al ensayo PARADIGM-HF se lo conoce como el ensayo del 20%, por las reducciones relativas homogéneas del 20% en todos los parámetros de valoración evaluados, incluidos muerte de causa cardiovascular y hospitalización por IC. Los resultados son esperanzadores, pero quedan algunas incógnitas por resolver. ¿Puede tener SV efectos favorables también en IC con fracción de eyección preservada, que representa el otro 50% de pacientes con IC? Está en marcha el estudio PARAGON para resolver esta cuestión. El coste del tratamiento es un obstáculo para su uso en la práctica clínica cotidiana (Entresto© comercializado en España desde septiembre 2016 tiene un coste/día de alrededor de 7€ y no necesita visado). Se deberá investigar la relación coste-efectividad y el coste por año de vida ganado ajustado por calidad con SV en comparación con E en el tratamiento de la ICFEr en la práctica clínica real de nuestro país. SV nunca debe administrarse conjuntamente con un IECA/ARA-II ni en pacientes con FG menor de 30.

Conclusiones: SV parece más beneficioso que E para reducir mortalidad y hospitalización en ICFEr.

Referencia: McMurray JJ, Packer M, Desai AS, Gong J, Lefkowitz MP, Rizkala AR, et al. PARADIGM-HF Investigators and Committees. Angiotensin-neprilysin inhibition versus enalapril in heart failure. *N Engl J Med.* 2014; 371:993–1004.

Pregunta: ¿Cuál es la mejor estrategia de tratamiento en pacientes con claudicación intermitente (CI)?

Respuesta: Cirugía con bypass (CB), terapia endovascular (TE) y ejercicio físico supervisado (EFS) parecen superiores a tratamiento médico (TM) en distancia recorrida y síntomas de CI.

Objetivo: Comparar la eficacia de CB, TE y el EFS con el TM (aspirina o clopidogrel, cilostazol y control de factores de riesgo cardiovascular) en pacientes con CI.

Método: Revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorios (ECA) y metaanálisis publicados hasta junio 2014 que incluyó 8 revisiones sistemáticas (3 revisiones Cochrane sobre EF, 2 revisiones sistemáticas que compararon el EF y TE y 3 revisiones sistemáticas de series de casos quirúrgicos no aleatorizados) y 12 ECA con 1.548 pacientes que compararon CB y TE. Las variables resultado analizadas fueron mortalidad, amputación, distancia recorrida, calidad de vida, medidas del flujo sanguíneo y coste.

Resultado: Comparados con el TM, cada uno de los tres tratamientos (CB, TE y EFS) se asoció con mayor distancia recorrida y mejoría de los síntomas de CI y calidad de vida con evidencia de alta calidad. La evidencia que apoyaba la superioridad de uno de los tres enfoques terapéuticos fue limitada. Sin embargo, el flujo sanguíneo mejoró más rápido y mejor con ambas formas de revascularización en comparación con EFS o TM (evidencia de calidad baja a moderada). En comparación con la TE, la cirugía abierta se asoció con mayor duración de la estancia hospitalaria y mayor tasa de complicaciones, pero obtuvo una permeabilidad más duradera (evidencia de calidad moderada). Mortalidad y amputación fueron eventos poco frecuentes sin poder hacer inferencias.

Comentario: CB y TE tienen un gasto elevado, su eficacia puede disminuir con el tiempo y tienen morbilidad y mortalidad. Los estudios coste efectividad que revisa este artículo reafirman que el EFS debe ser siempre la primera línea de tratamiento.

Conclusión: En pacientes con claudicación intermitente, CB, TE y EFS parecen superiores a TM en distancia recorrida y síntomas de claudicación. Aunque la elección de la terapia debe basarse en las preferencias de los pacientes, el contexto clínico y la experiencia del cirujano, en Atención Primaria la prescripción de EFS y el abandono del tabaco deben ser enfoques ineludibles en los pacientes con CI.

Referencia: Malgor RD, Alahdab F, Elraiyah TA, Rizvi AZ, Lane MA, Prokop LJ, Phung OJ, Farah W, Montori VM, Conte MS, Murad MH. A systematic review of treatment of intermittent claudication in the lower extremities. J Vasc Surg 2015; 61(3 Suppl): 54S-73S.

Comité de Redacción:

- Coordinador: Fernando Salcedo Aguilar
- Revisores: Carlos Almendro Padilla, Alfredo Cabrejas Sánchez, Luis Miguel Cano Martín, Cristina Herraiz Serrano, Alfonso Ruiz-Poveda García-Rojo.

Los miembros del Comité de Redacción declaran no poseer conflicto de intereses alguno.