Tutorial UpToDate

Biblioteca Hospital Universitario de Burgos

1-Qué es.

2-Cómo buscar.

- **Los resúmenes de Medline.**
- **Enlazar con Pubmed o con la Biblioteca online.**
- **Los gráficos y las imágenes relacionadas.**
- **Movernos por el contenido relacionado.**
- **Summary and Recommendations.**
- **Imprimir, o enviar un enlace por correo del contenido.**
- **Imprimir, exportar a power point o enviar un enlace por correo de los gráficos.**
- **Educación para el paciente.**
- **Novedades.**
- **Actualizaciones que Cambian la Práctica Clínica.**
- **Calculadoras.**
- **Interacciones de Fármacos**

3-UpToDate móvil.

- **Registro.**
- **Funcionamiento**
- **Mantener acceso**

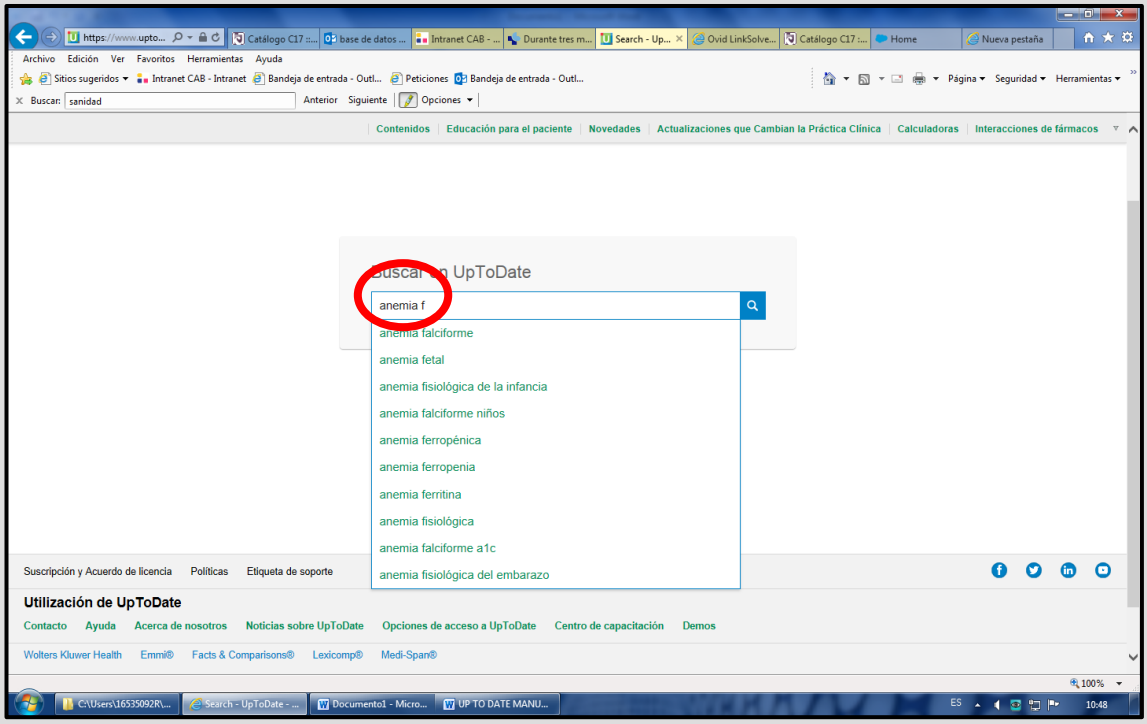
1-Qué es.

- UpToDate es una aplicación desarrollada por Wolters Kluwer que proporciona información bibliográfica muy actualizada sobre cualquier tema médico.
- Es una herramienta de apoyo para la toma de decisiones clínicas
- Su contenido se renueva cada cuatro meses.
- Está elaborada por Más de 6.700 autores, editores y revisores médicos.

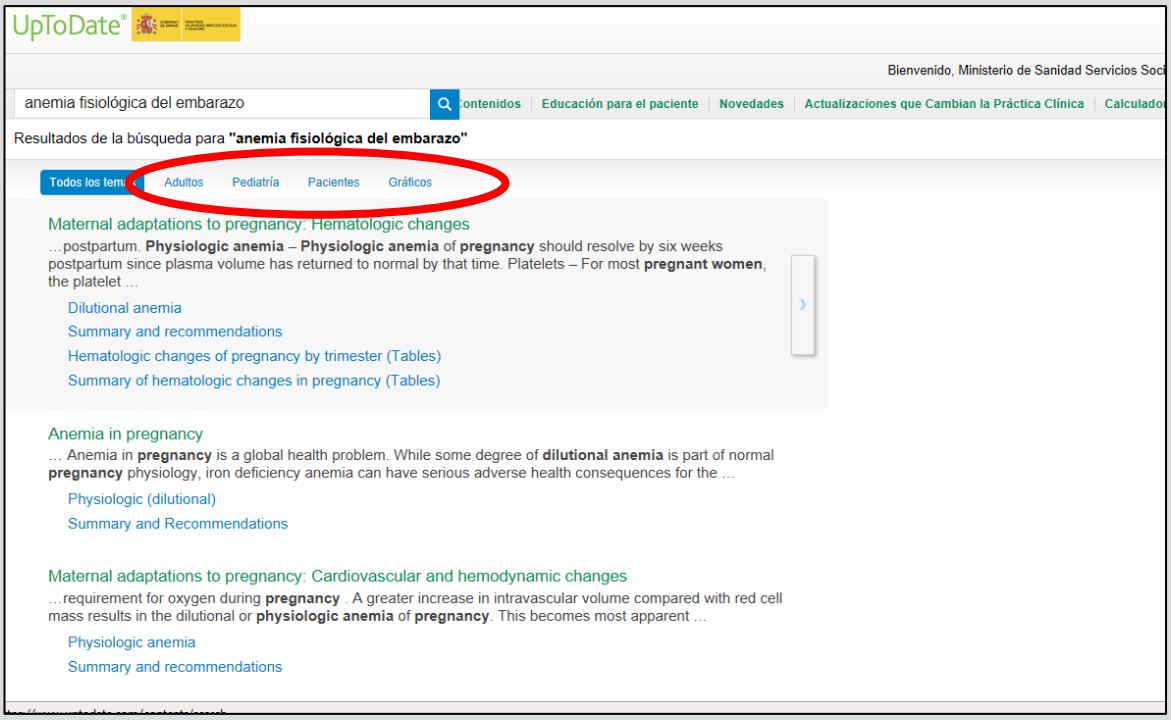
2-Cómo buscar.

Introducimos un término de búsqueda.

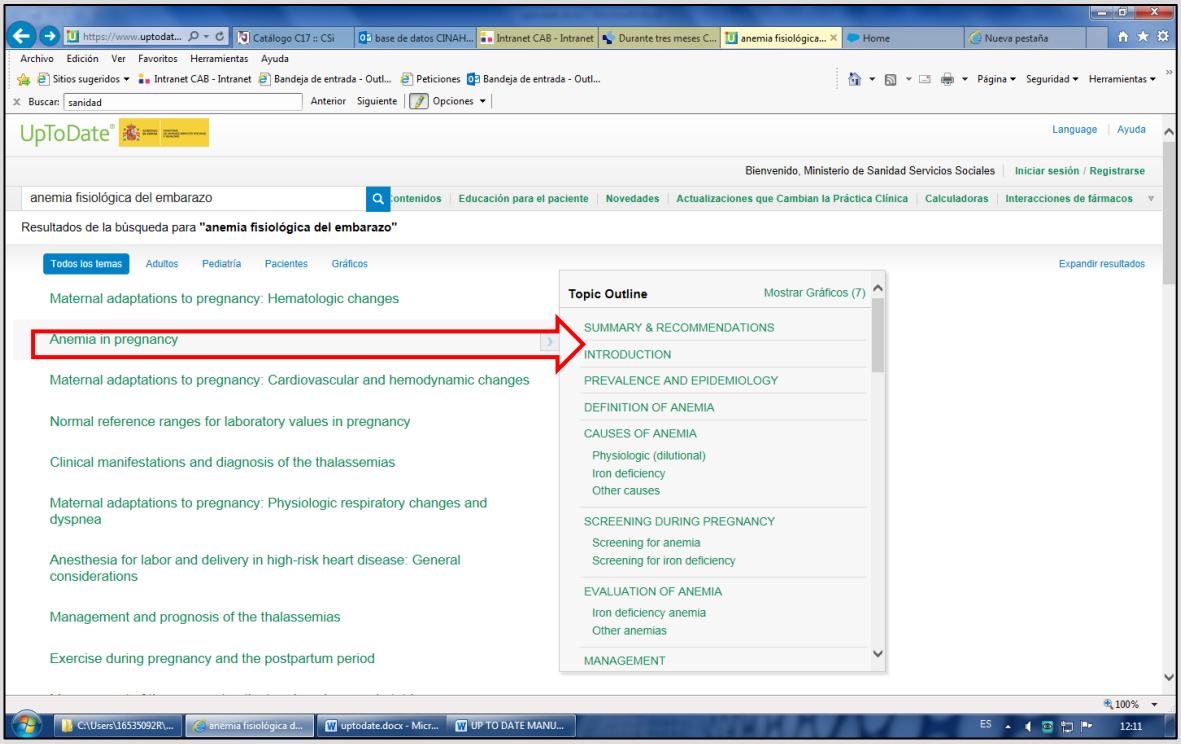
Podemos realizar la búsqueda en español, aunque los resultados van a aparecer en inglés.



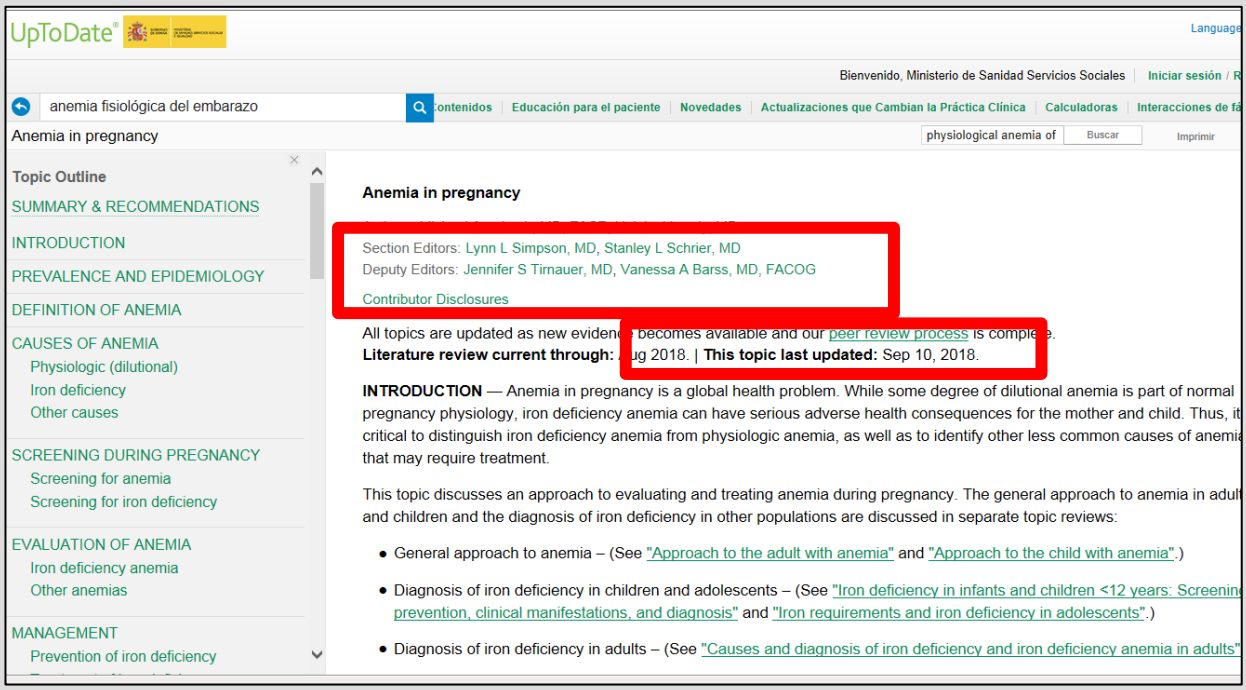
Se obtiene así una lista de temas por órden de relevancia, en función de los criterios de búsqueda, que podemos priorizar por: adultos, pediatría, pacientes o gráficos.



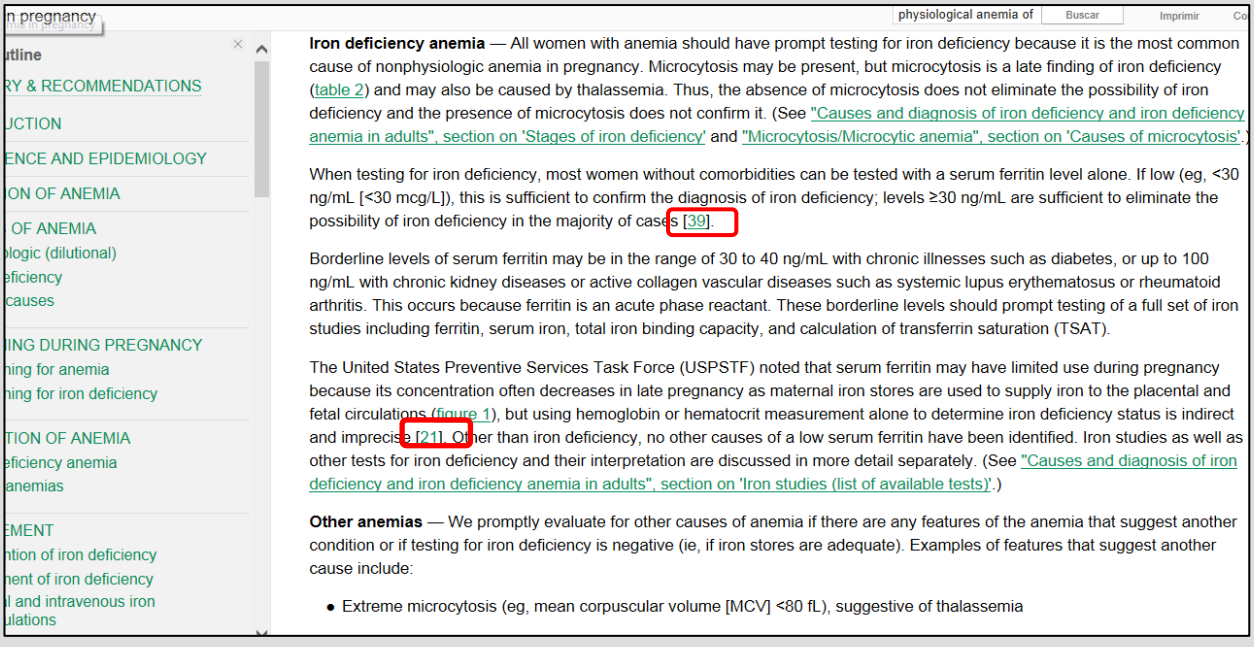
Haciendo clic en la flecha que aparece al pasar el ratón por encima de cada tema nos aparece a su derecha un esquema de cada uno de ellos.



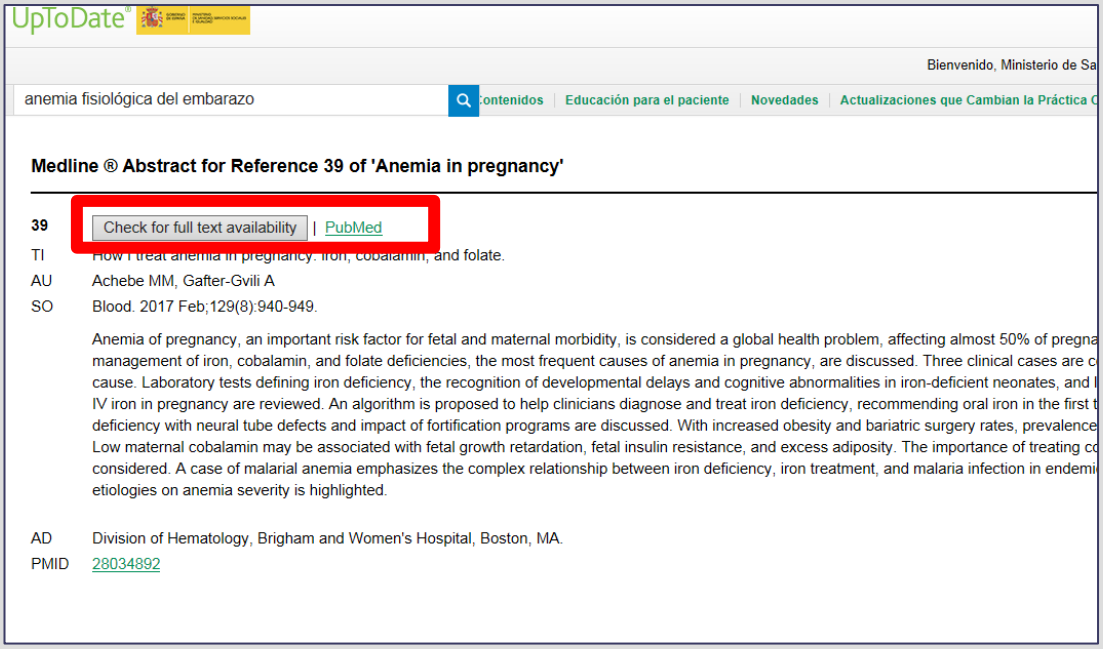
Si hacemos clic en el mismo tema, se accede al contenido.
En primer lugar aparecen los autores y editores, y seguidamente la última fecha de revisión



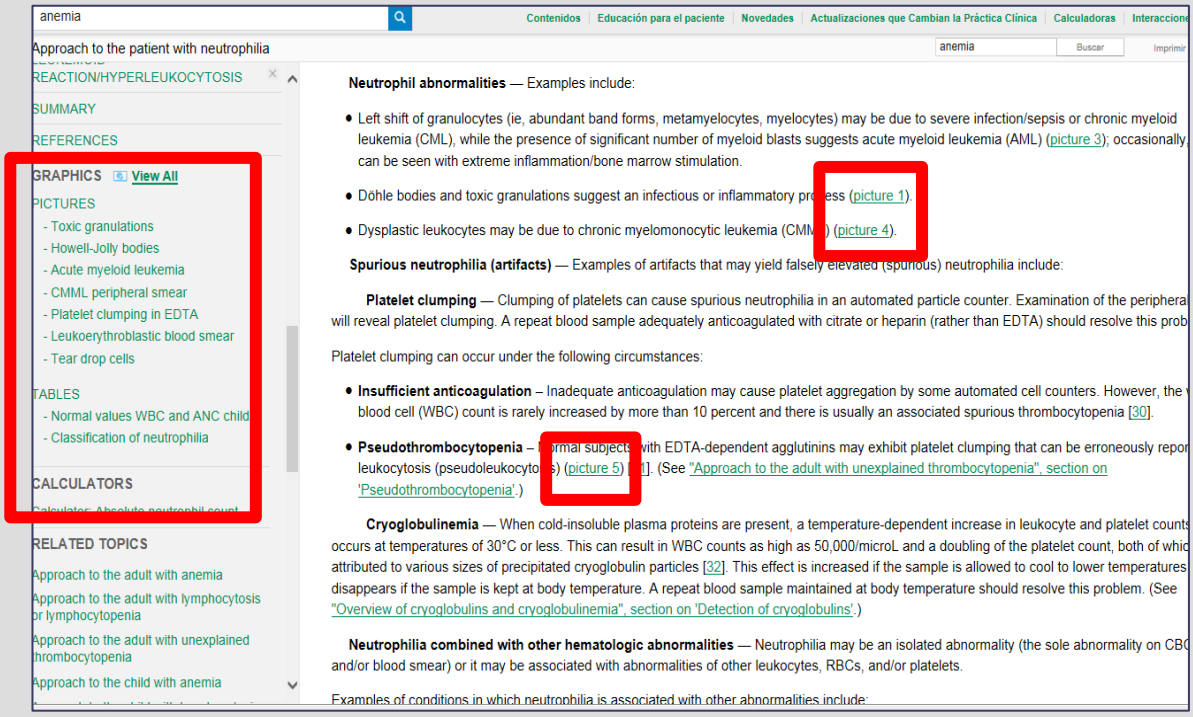
Vamos a ver **los resúmenes de Medline** utilizados (Números entre paréntesis), los cuales, al pinchar en ellos,



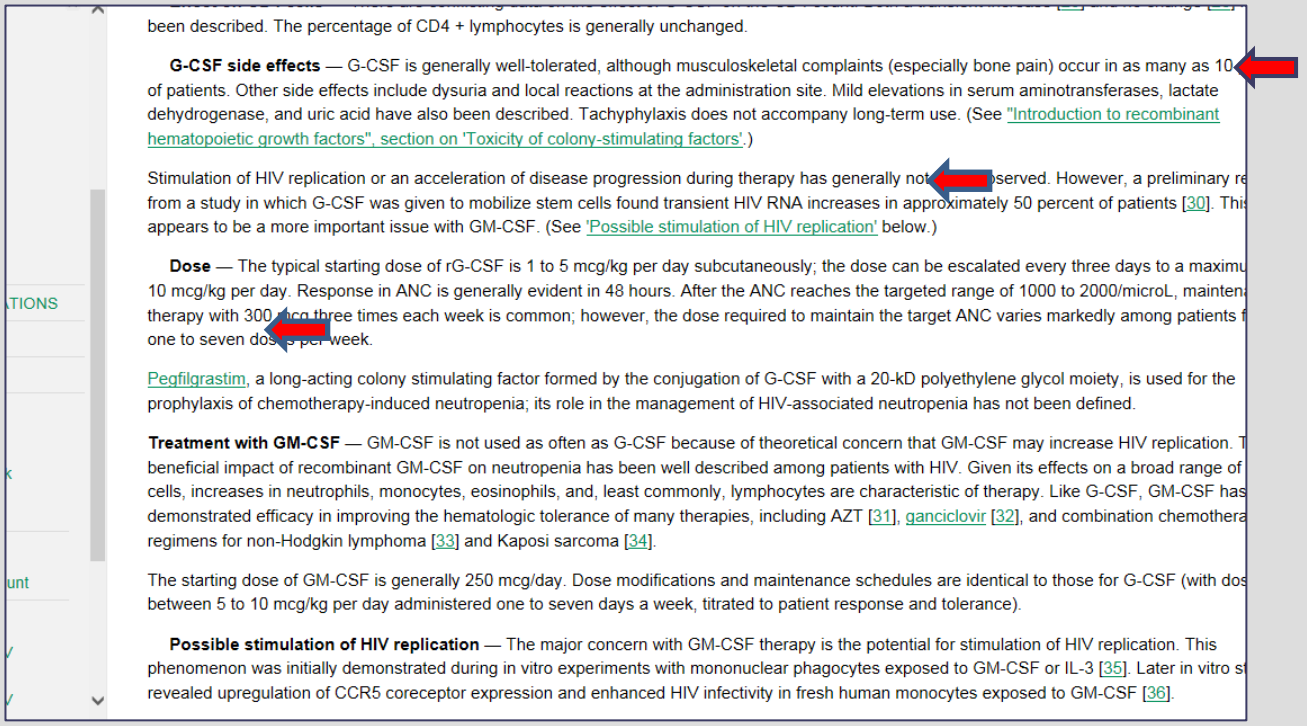
nos van a **enlazar con Pubmed, o con la Biblioteca online**, para ver si tenemos el contenido completo.



Podemos ver los **gráficos y las imágenes relacionadas** con el tema bien desde el panel de la izquierda, o bien en el mismo texto, señalado entre paréntesis:



Podemos **movernos por el contenido relacionado**, de un lugar a otro del documento, pinchando encima del texto subrayado.



been described. The percentage of CD4 + lymphocytes is generally unchanged.

G-CSF side effects — G-CSF is generally well-tolerated, although musculoskeletal complaints (especially bone pain) occur in as many as 10 of patients. Other side effects include dysuria and local reactions at the administration site. Mild elevations in serum aminotransferases, lactate dehydrogenase, and uric acid have also been described. Tachyphylaxis does not accompany long-term use. (See "Introduction to recombinant hematopoietic growth factors", section on 'Toxicity of colony-stimulating factors'.)

Stimulation of HIV replication or an acceleration of disease progression during therapy has generally not served. However, a preliminary re from a study in which G-CSF was given to mobilize stem cells found transient HIV RNA increases in approximately 50 percent of patients [30]. This appears to be a more important issue with GM-CSF. (See 'Possible stimulation of HIV replication' below.)

Dose — The typical starting dose of rG-CSF is 1 to 5 mcg/kg per day subcutaneously; the dose can be escalated every three days to a maximu 10 mcg/kg per day. Response in ANC is generally evident in 48 hours. After the ANC reaches the targeted range of 1000 to 2000/microL, maintena therapy with 300 mcg three times each week is common; however, the dose required to maintain the target ANC varies markedly among patients f one to seven doses per week.

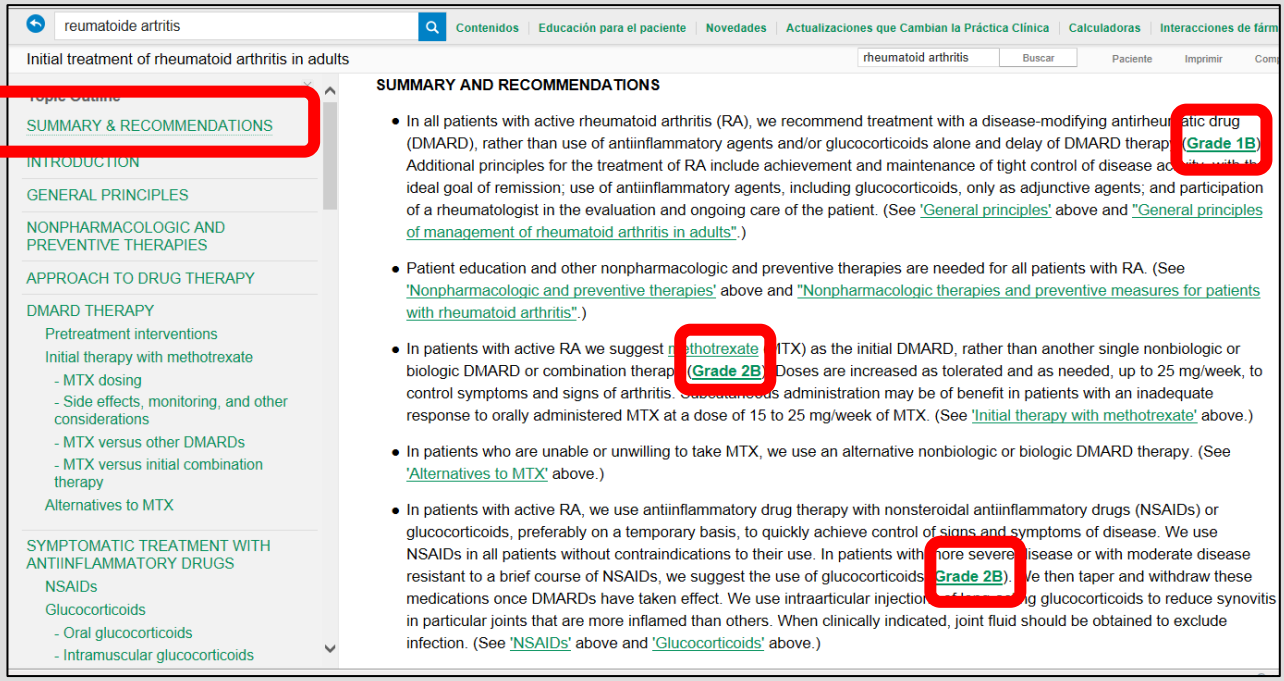
Pegfilgrastim, a long-acting colony stimulating factor formed by the conjugation of G-CSF with a 20-kD polyethylene glycol moiety, is used for the prophylaxis of chemotherapy-induced neutropenia; its role in the management of HIV-associated neutropenia has not been defined.

Treatment with GM-CSF — GM-CSF is not used as often as G-CSF because of theoretical concern that GM-CSF may increase HIV replication. T beneficial impact of recombinant GM-CSF on neutropenia has been well described among patients with HIV. Given its effects on a broad range of cells, increases in neutrophils, monocytes, eosinophils, and, least commonly, lymphocytes are characteristic of therapy. Like G-CSF, GM-CSF has demonstrated efficacy in improving the hematologic tolerance of many therapies, including AZT [31], ganciclovir [32], and combination chemothera regimens for non-Hodgkin lymphoma [33] and Kaposi sarcoma [34].

The starting dose of GM-CSF is generally 250 mcg/day. Dose modifications and maintenance schedules are identical to those for G-CSF (with dos between 5 to 10 mcg/kg per day administered one to seven days a week, titrated to patient response and tolerance).

Possible stimulation of HIV replication — The major concern with GM-CSF therapy is the potential for stimulation of HIV replication. This phenomenon was initially demonstrated during in vitro experiments with mononuclear phagocytes exposed to GM-CSF or IL-3 [35]. Later in vitro st revealed upregulation of CCR5 coreceptor expression and enhanced HIV infectivity in fresh human monocytes exposed to GM-CSF [36].

En "**Summary and Recommendations**" encontramos el resumen de las recomendaciones más importantes que necesitamos conocer para tomar una decisión.



reumatoide artritis

Contenidos | Educación para el paciente | Novedades | Actualizaciones que Cambian la Práctica Clínica | Calculadoras | Interacciones de fárm

Initial treatment of rheumatoid arthritis in adults

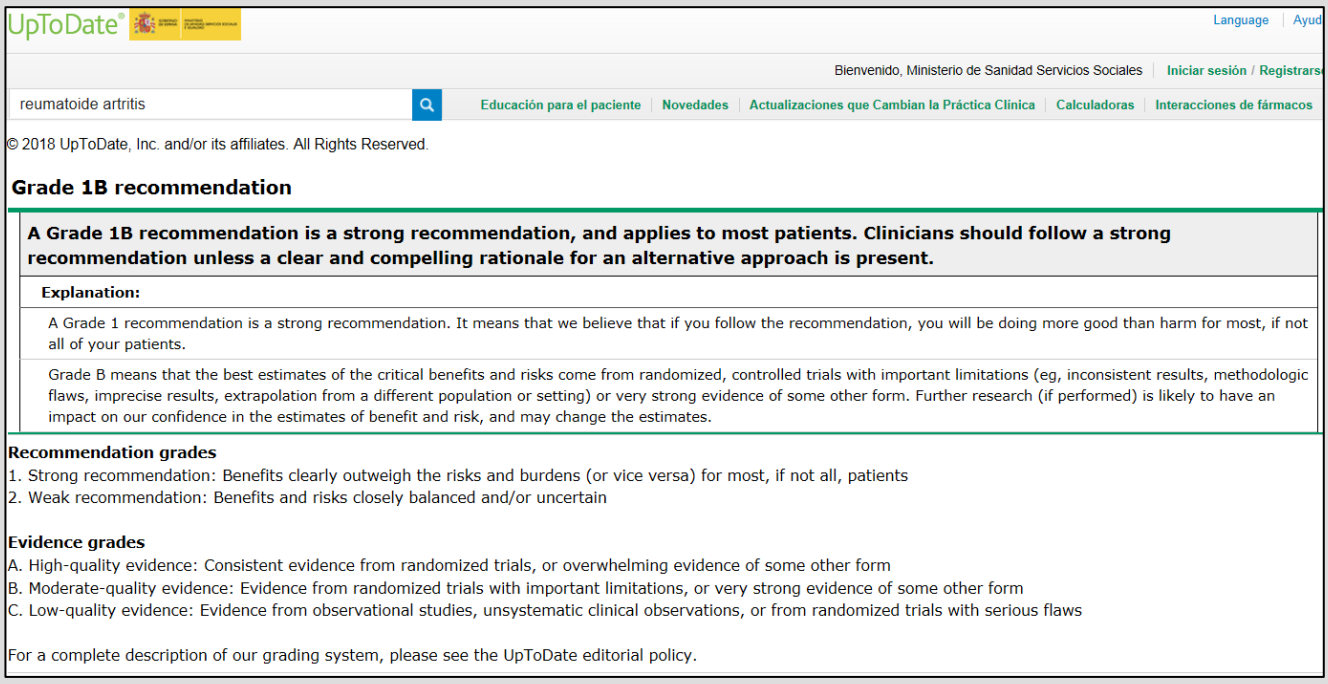
rheumatoid arthritis | Buscar | Paciente | Imprimir

SUMMARY & RECOMMENDATIONS
INTRODUCTION
GENERAL PRINCIPLES
NONPHARMACOLOGIC AND PREVENTIVE THERAPIES
APPROACH TO DRUG THERAPY
DMARD THERAPY
Pretreatment interventions
Initial therapy with methotrexate
- MTX dosing
- Side effects, monitoring, and other considerations
- MTX versus other DMARDs
- MTX versus initial combination therapy
Alternatives to MTX
SYMPTOMATIC TREATMENT WITH ANTIINFLAMMATORY DRUGS
NSAIDs
Glucocorticoids
- Oral glucocorticoids
- Intramuscular glucocorticoids

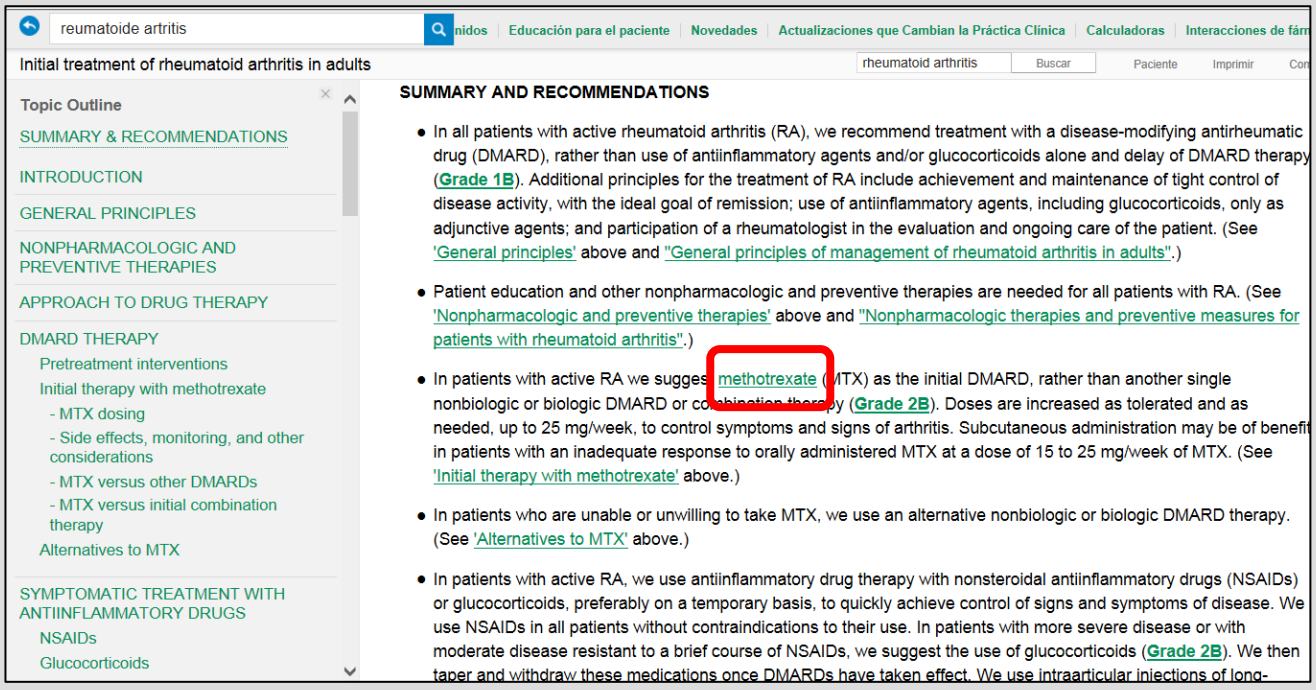
SUMMARY AND RECOMMENDATIONS

- In all patients with active rheumatoid arthritis (RA), we recommend treatment with a disease-modifying antirheumatic drug (DMARD), rather than use of antiinflammatory agents and/or glucocorticoids alone and delay of DMARD therapy (**Grade 1B**). Additional principles for the treatment of RA include achievement and maintenance of tight control of disease activity with the ideal goal of remission; use of antiinflammatory agents, including glucocorticoids, only as adjunctive agents; and participation of a rheumatologist in the evaluation and ongoing care of the patient. (See 'General principles' above and "General principles of management of rheumatoid arthritis in adults".)
- Patient education and other nonpharmacologic and preventive therapies are needed for all patients with RA. (See 'Nonpharmacologic and preventive therapies' above and "Nonpharmacologic therapies and preventive measures for patients with rheumatoid arthritis".)
- In patients with active RA we suggest methotrexate (MTX) as the initial DMARD, rather than another single nonbiologic or biologic DMARD or combination therapy (**Grade 2B**). Doses are increased as tolerated and as needed, up to 25 mg/week, to control symptoms and signs of arthritis. Subcutaneous administration may be of benefit in patients with an inadequate response to orally administered MTX at a dose of 15 to 25 mg/week of MTX. (See 'Initial therapy with methotrexate' above.)
- In patients who are unable or unwilling to take MTX, we use an alternative nonbiologic or biologic DMARD therapy. (See 'Alternatives to MTX' above.)
- In patients with active RA, we use antiinflammatory drug therapy with nonsteroidal antiinflammatory drugs (NSAIDs) or glucocorticoids, preferably on a temporary basis, to quickly achieve control of signs and symptoms of disease. We use NSAIDs in all patients without contraindications to their use. In patients with more severe disease or with moderate disease resistant to a brief course of NSAIDs, we suggest the use of glucocorticoids (**Grade 2B**). We then taper and withdraw these medications once DMARDs have taken effect. We use intraarticular injection of long-acting glucocorticoids to reduce synovitis in particular joints that are more inflamed than others. When clinically indicated, joint fluid should be obtained to exclude infection. (See 'NSAIDs' above and 'Glucocorticoids' above.)

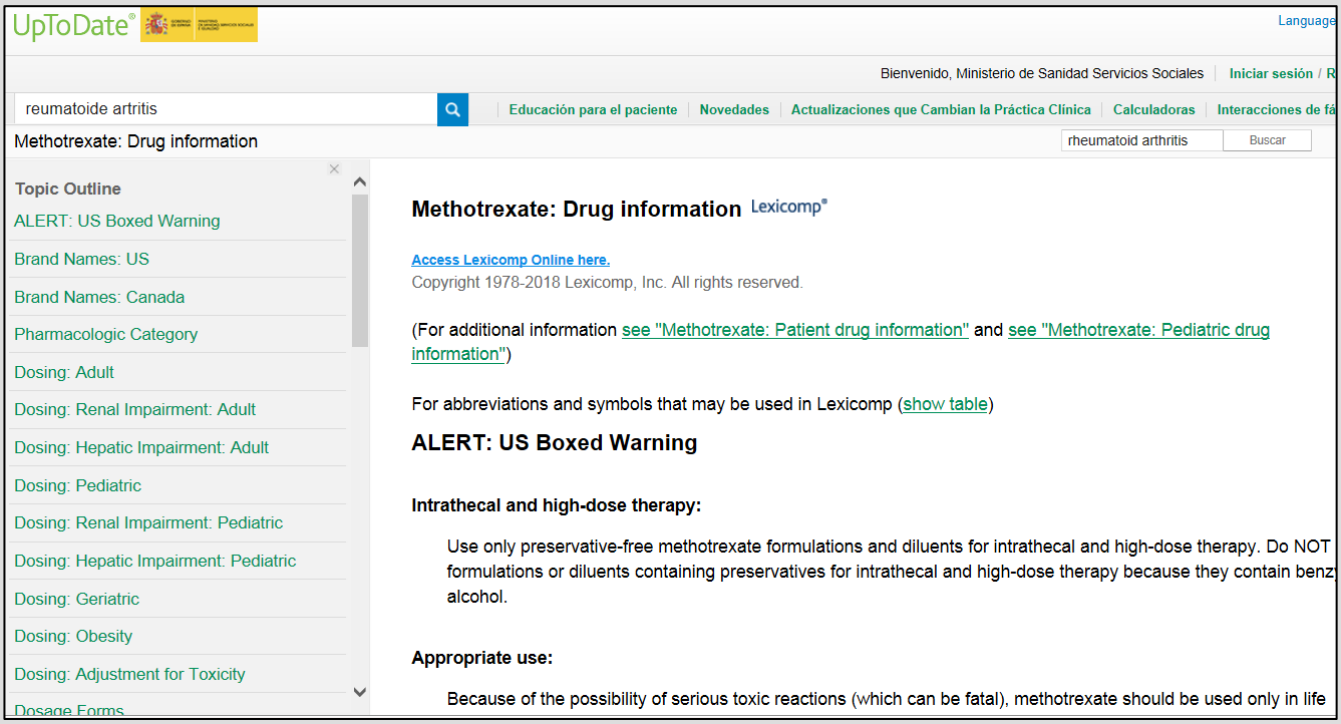
Las recomendaciones pueden estar graduadas según la fortaleza de la evidencia, y de su calidad. Lo vemos
si pinchamos encima de la gradación.



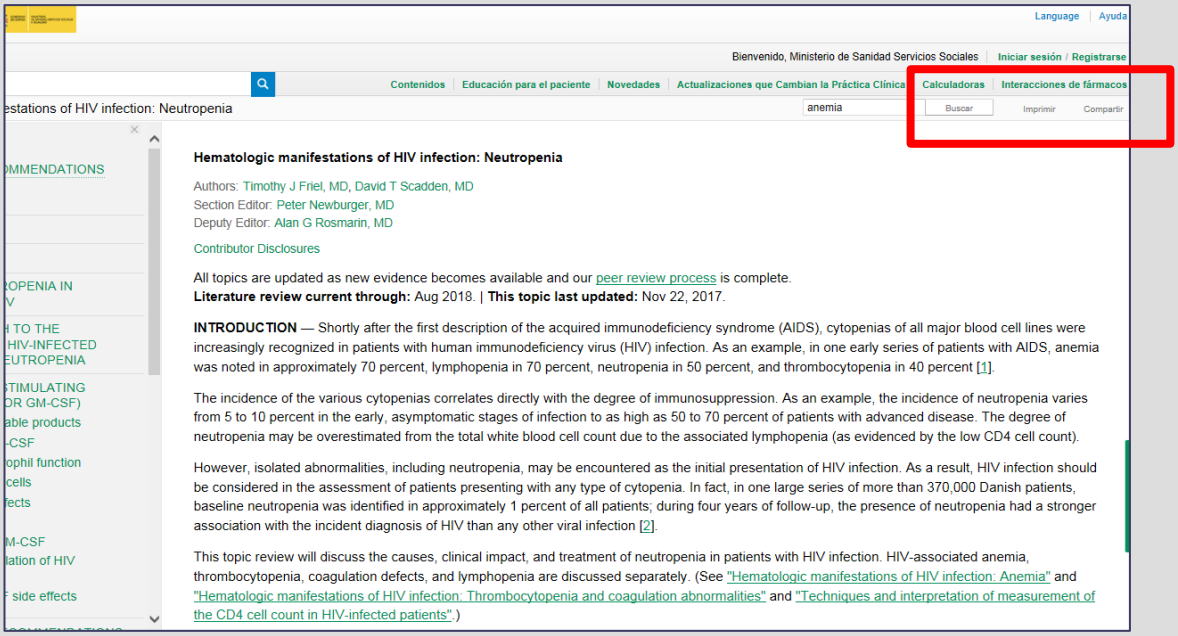
También haciendo clic en los hipervínculos de los fármacos a utilizar,



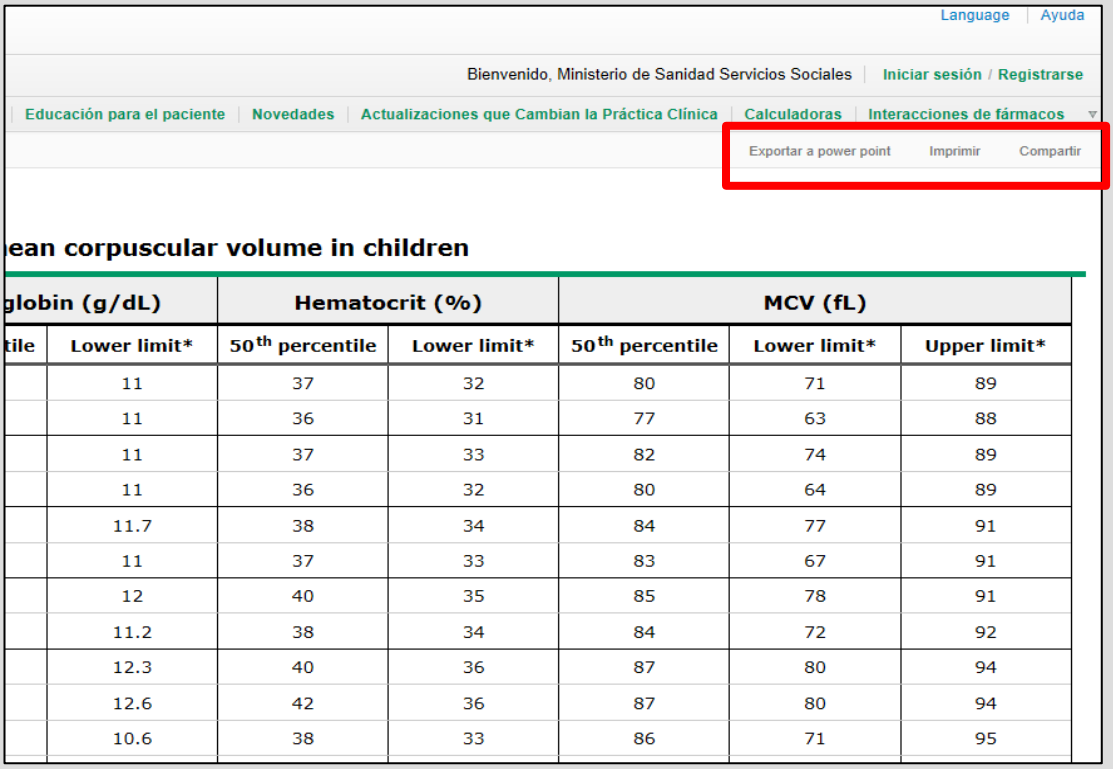
vemos la información relacionada con ese fármaco.



Podemos **Imprimir, o enviar un enlace por correo del contenido.**



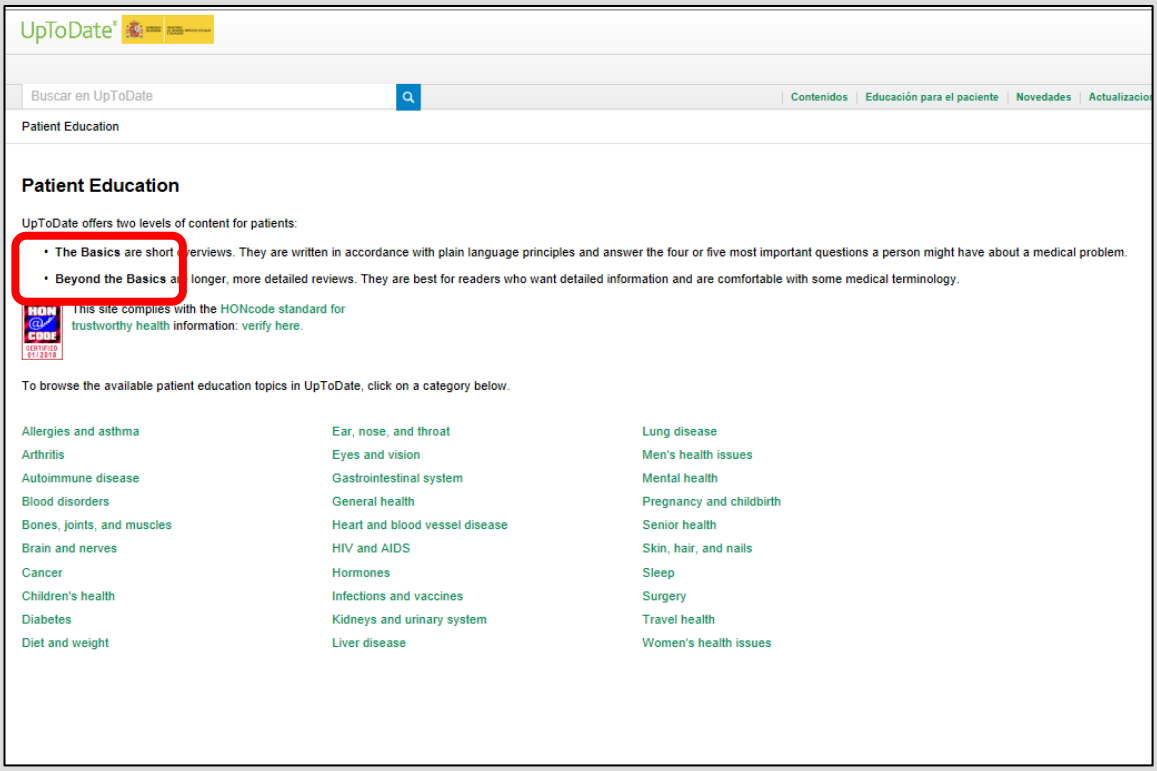
Imprimir, exportar a power point o enviar un enlace por correo de los gráficos.



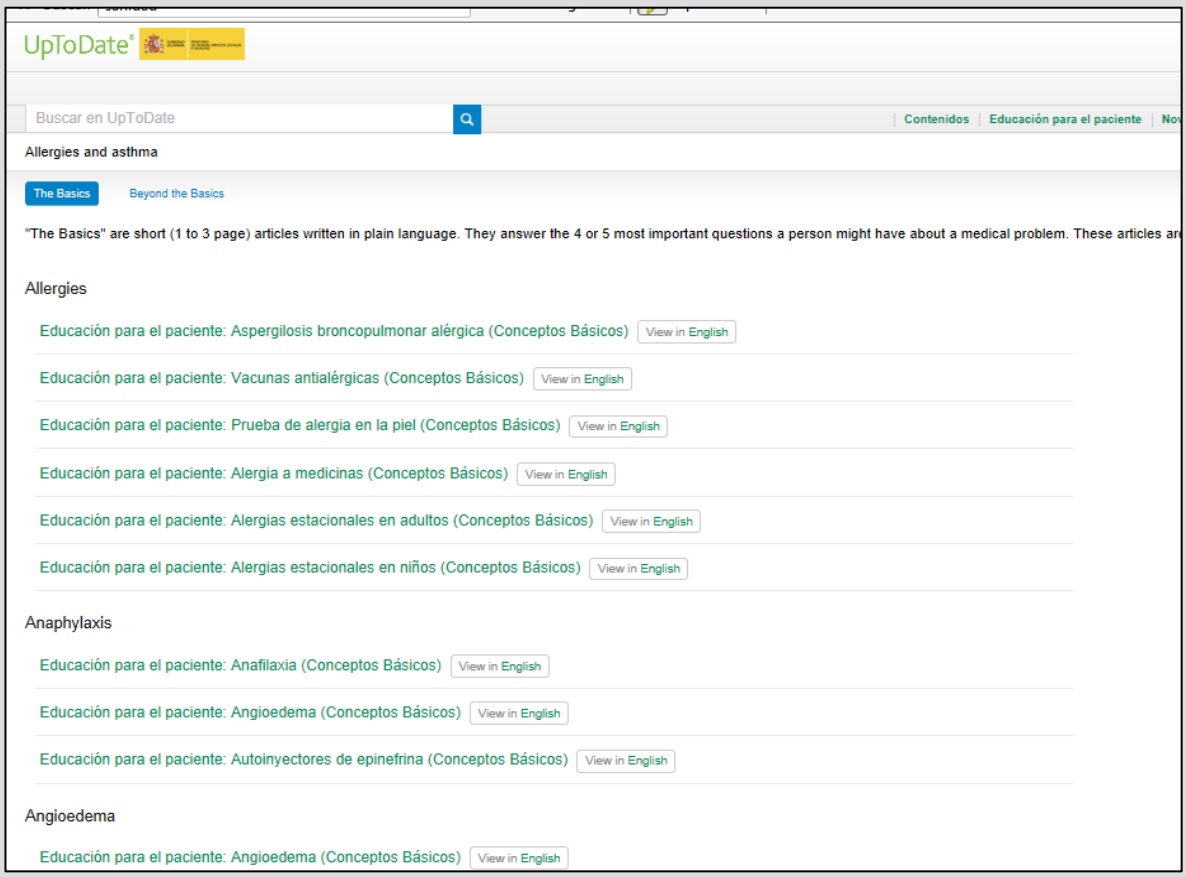
ean corpuscular volume in children

globin (g/dL)		Hematocrit (%)		MCV (fL)		
tile	Lower limit*	50th percentile	Lower limit*	50th percentile	Lower limit*	Upper limit*
	11	37	32	80	71	89
	11	36	31	77	63	88
	11	37	33	82	74	89
	11	36	32	80	64	89
	11.7	38	34	84	77	91
	11	37	33	83	67	91
	12	40	35	85	78	91
	11.2	38	34	84	72	92
	12.3	40	36	87	80	94
	12.6	42	36	87	80	94
	10.6	38	33	86	71	95

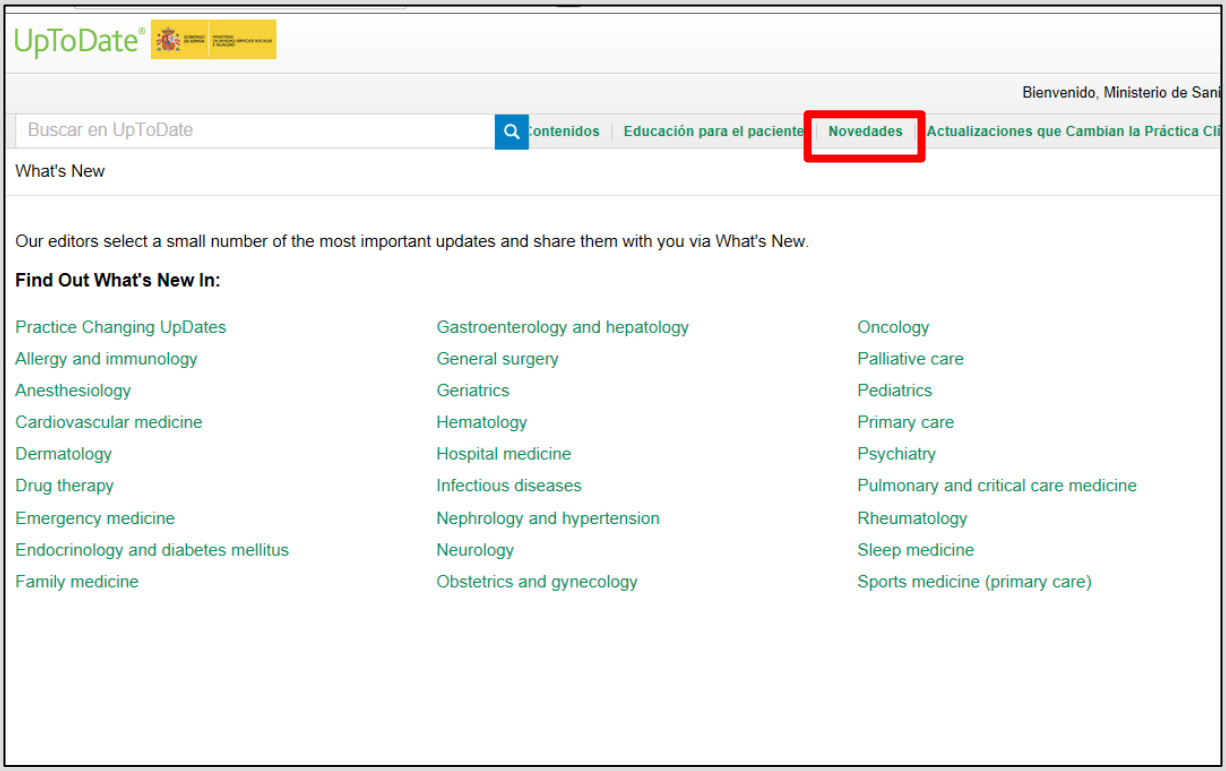
También tenemos acceso **a Educación para el paciente**, donde podemos elegir ver "lo básico", o lo "más allá de lo básico"



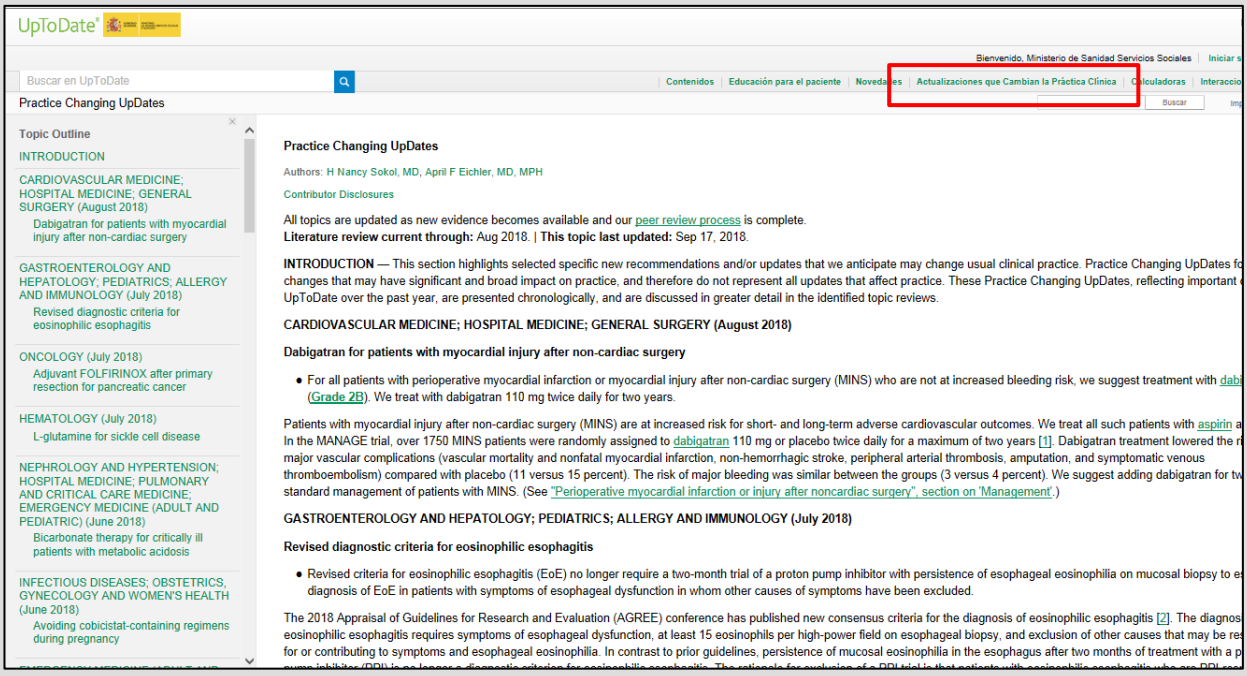
"Lo básico" podemos verlo también en castellano. Lo "Más allá de lo básico" solo en inglés.



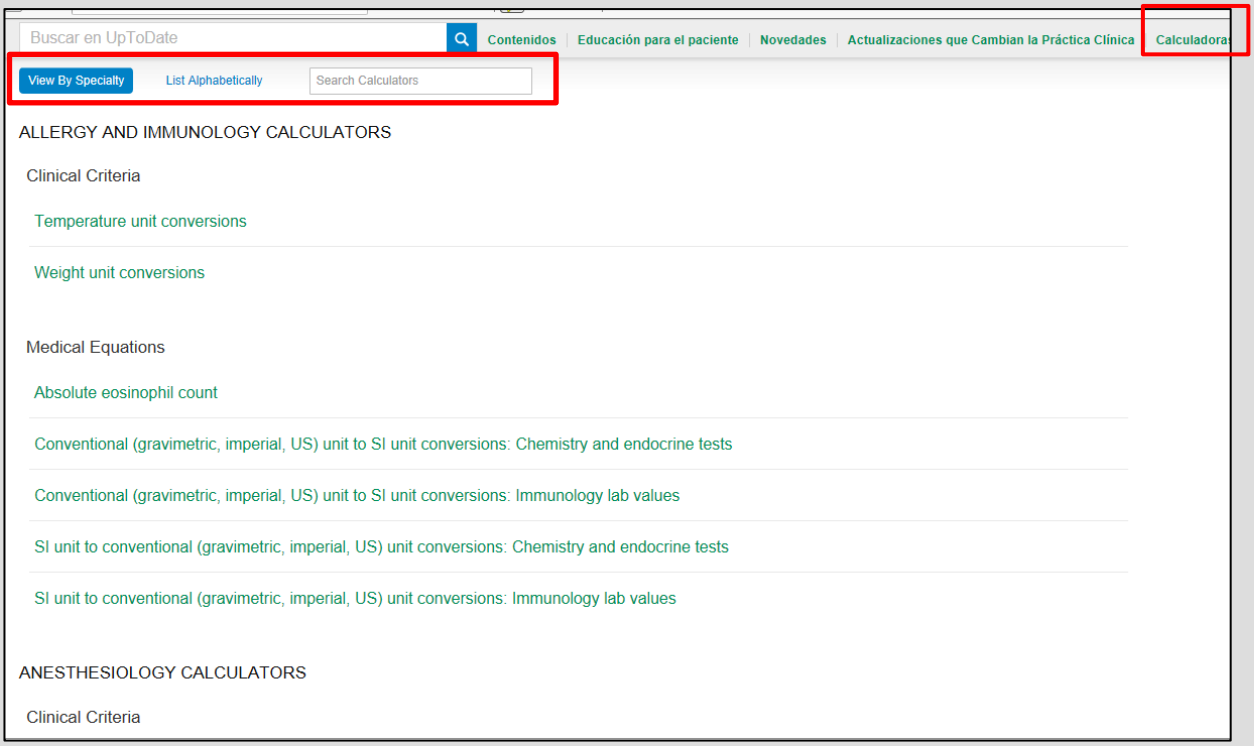
En "**Novedades**" encontramos las novedades y actualizaciones que el equipo editorial considera más importantes dentro de cada especialidad.



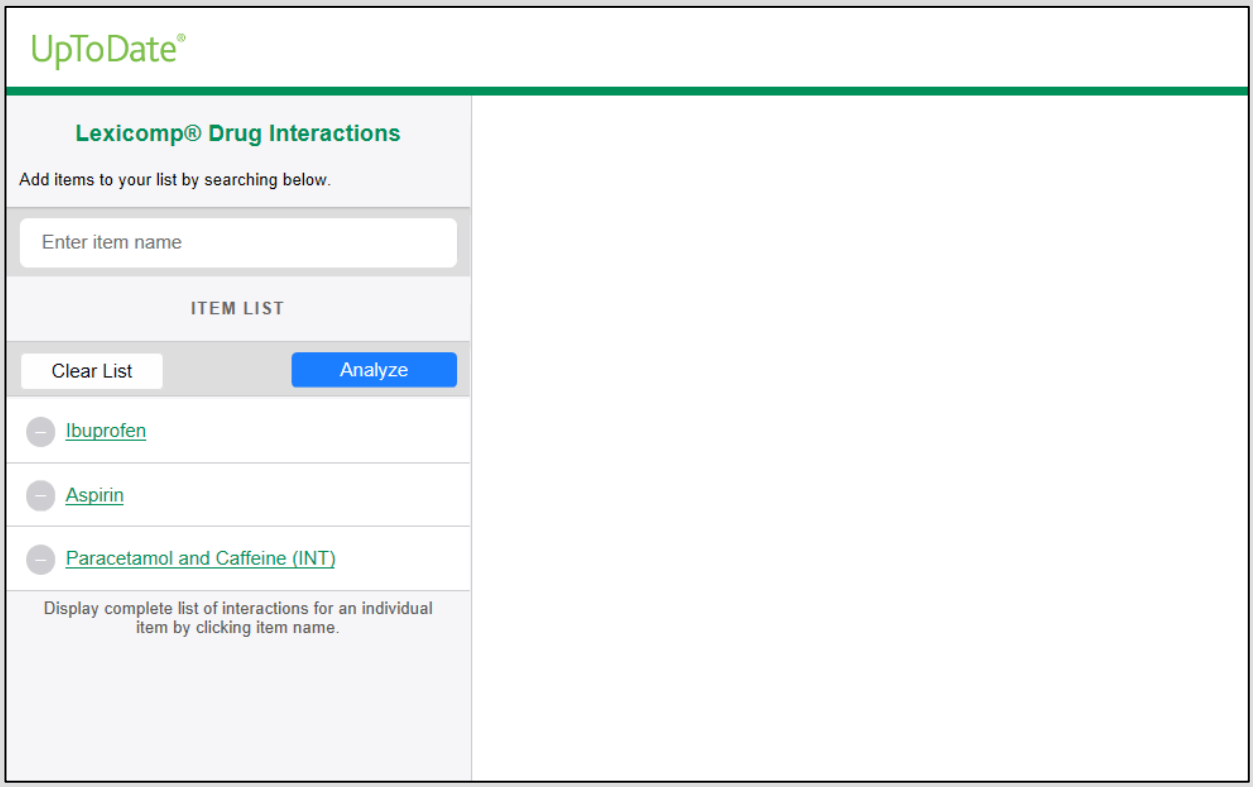
Las "**Actualizaciones que Cambian la Práctica Clínica**" son cambios que el equipo editorial considera tan importantes que pueden tener un impacto inmediato y cambiar la práctica clínica. Estos cambios los vemos en el índice de la izquierda en orden cronológico.



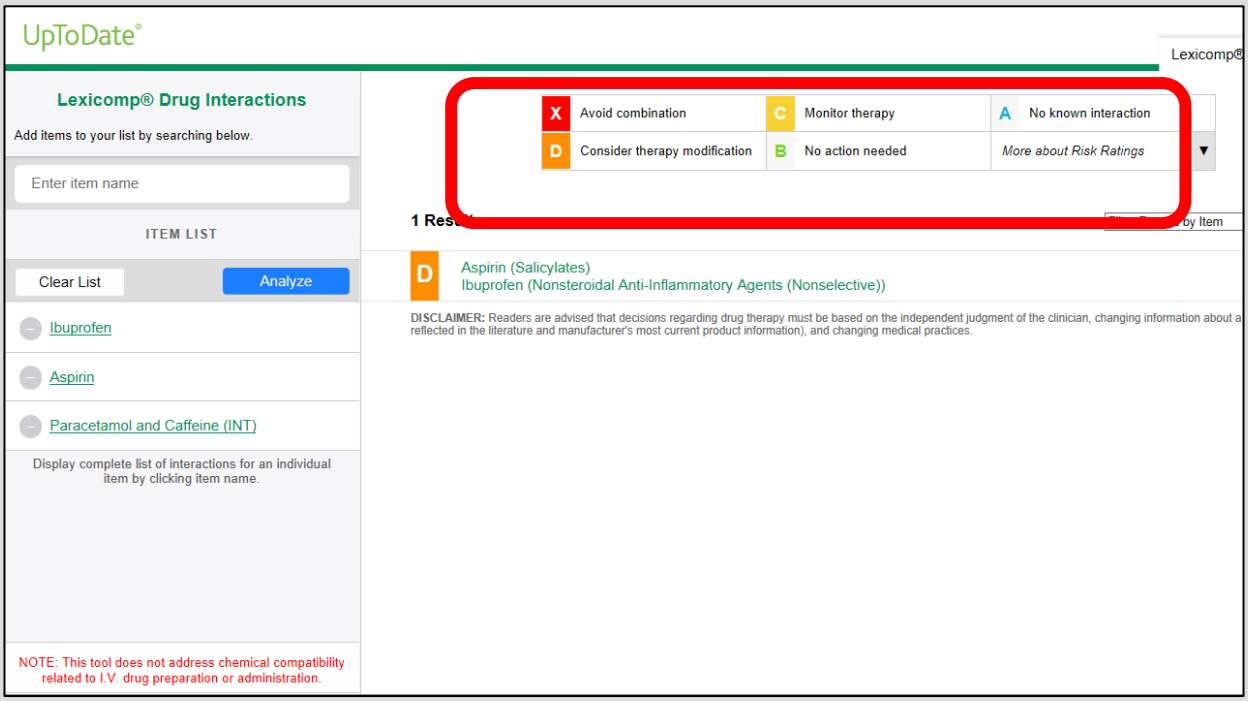
La opción "***Calculadoras***", está disponible por lista alfabética, por especialidad, o también tenemos una caja de búsqueda:



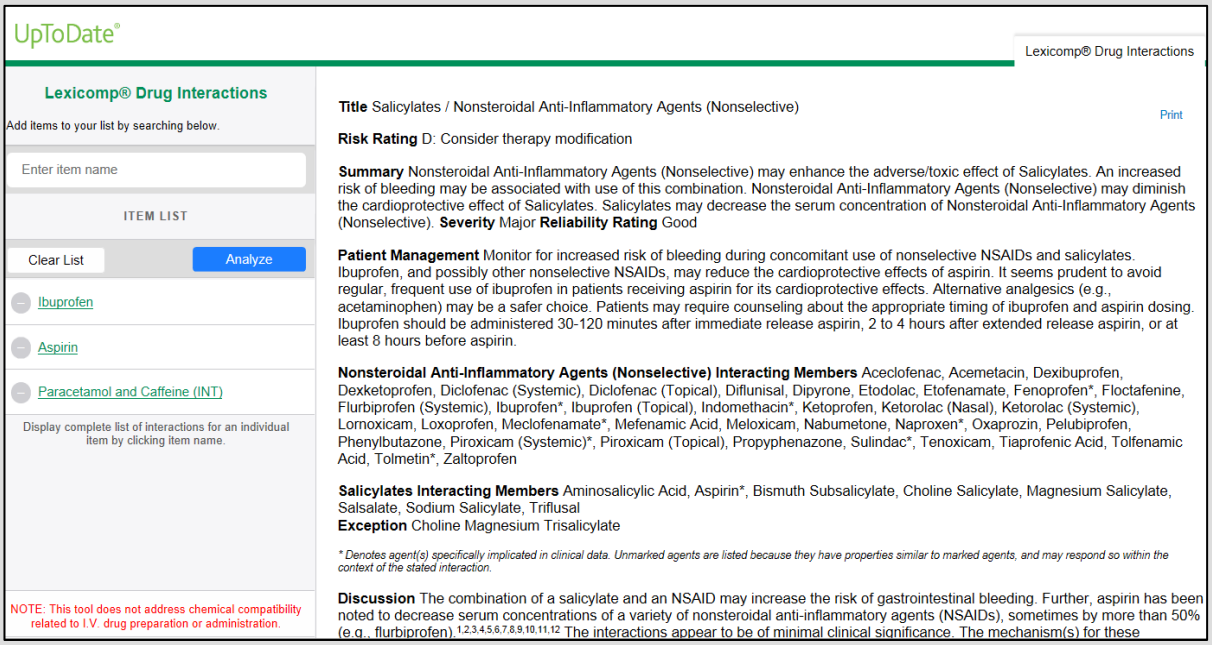
En "**Interacciones de Fármacos**" Podemos introducir una lista ilimitada de fármacos para analizar las posibles interacciones entre ellos, o de productos naturales, como té verde, ajo, etc. (Los nombres deben estar en inglés)



Nos va a mostrar el resultado de las interacciones entre ellos, según una gradación de la A la X.

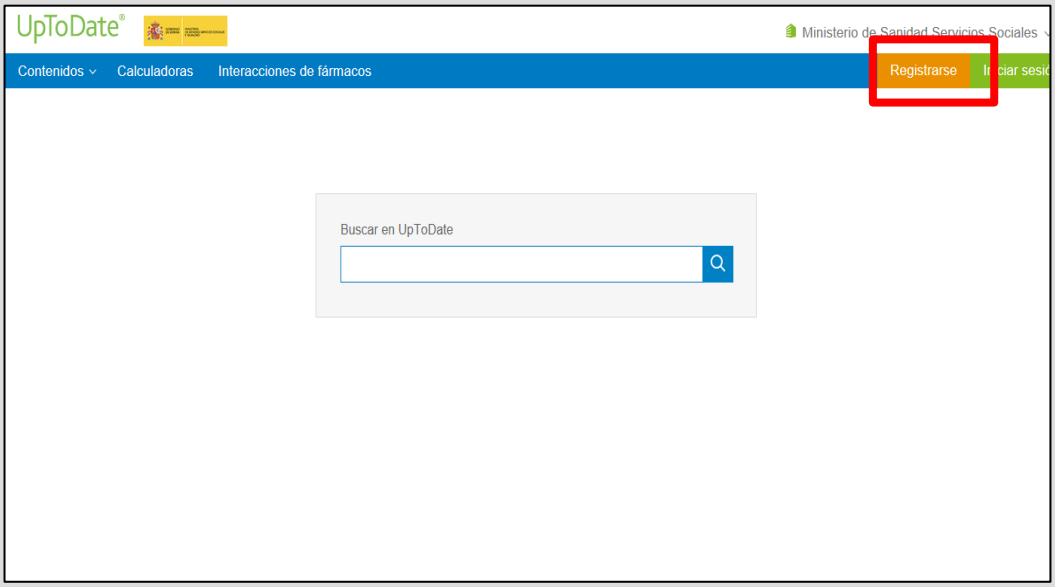


Si queremos tener más información sobre alguna de éstas interacciones hacemos clic sobre ella, y veremos una explicación de esa interacción , y que podemos hacer para tratar a ese paciente (reducir la dosis, o sustituir uno de los fármacos).

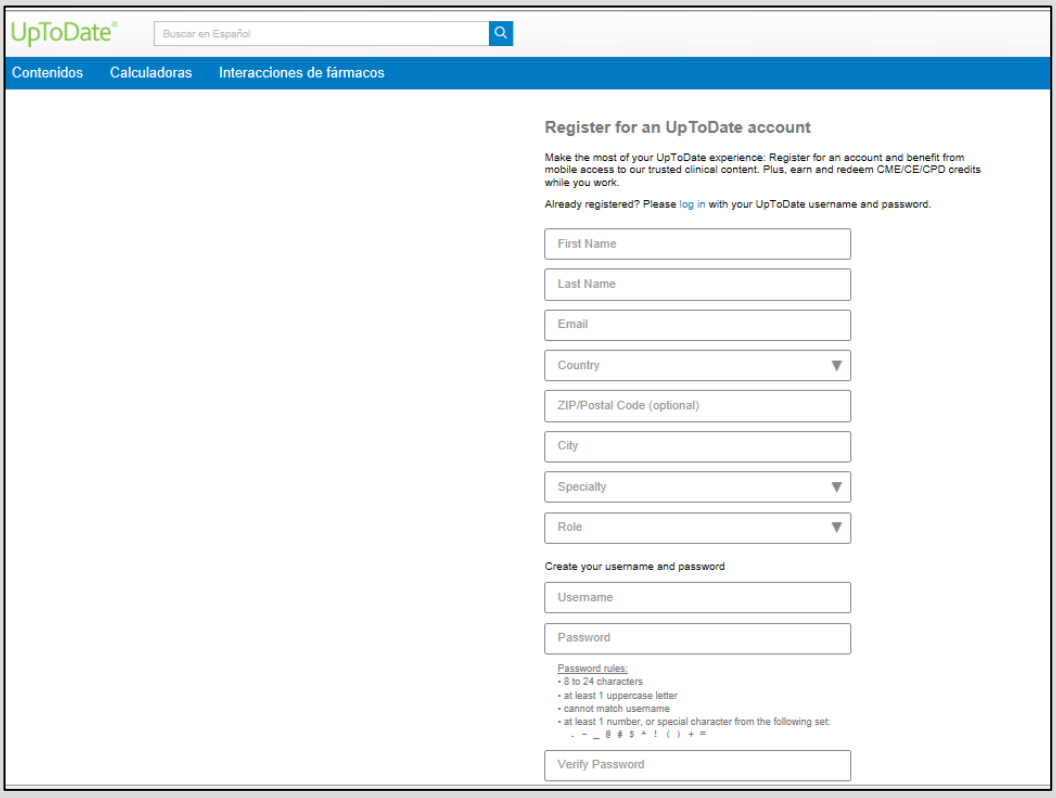


3-UptoDate móvil.

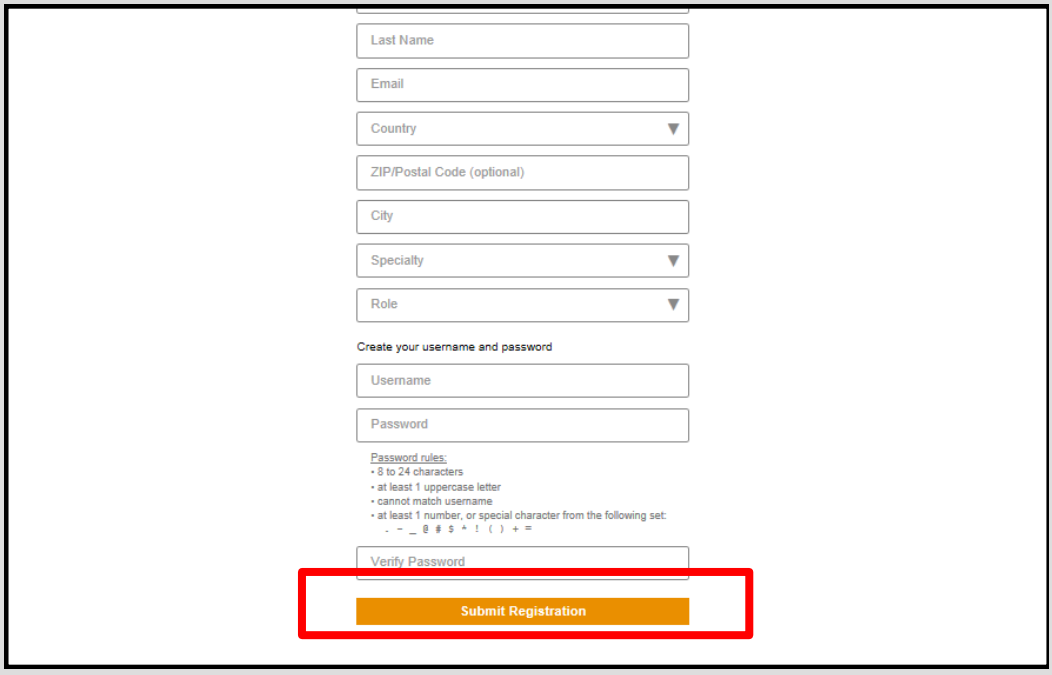
Si queremos utilizar la aplicación desde fuera de la red de SACYL con cualquier PC, Tablet o Smartphone, solo tenemos que registrarnos. Para ello accederemos a www.uptodate.com desde cualquier ordenador conectado a la red de nuestra Institución, o a través de la Biblioteca Online. (Solo el registro es obligatorio hacerlo dentro de la red)



Y rellenaremos los campos exigidos, eligiendo el usuario y la contraseña que queramos.

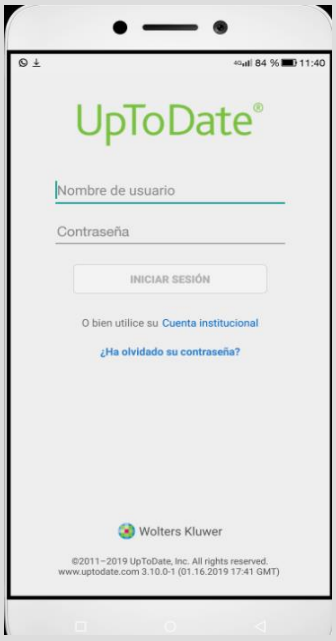


Haremos clic en “Submit Registration”:

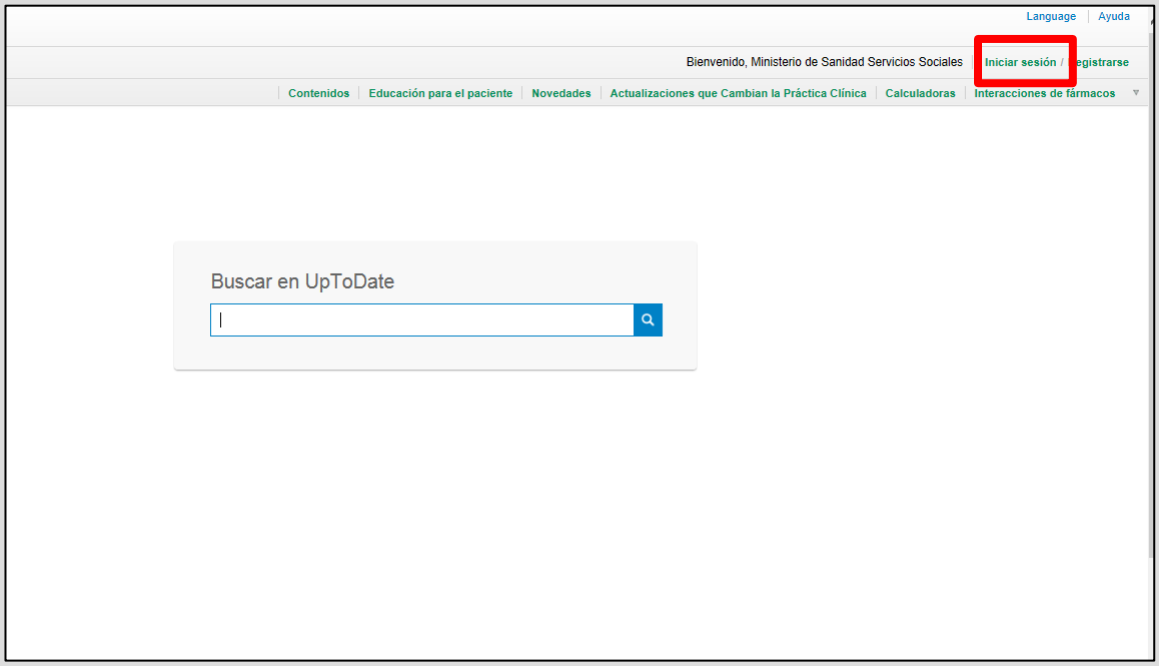


Y seguidamente recibiremos un correo de confirmación con las instrucciones para descargar la aplicación móvil.

Una vez registrados podemos instalar la aplicación móvil hasta en dos dispositivos. Hay que ir a la tienda de aplicaciones y descargar la aplicación gratuita, y una vez instalada, iniciar sesión con nuestro usuario y contraseña.



También podemos acceder a UptoDate desde cualquier lugar sin descargarnos la aplicación móvil, a través de la web www.uptodate.com iniciando sesión con el usuario y contraseña referidos.



Para mantener este acceso, debemos verificar la suscripción cada 90 días, accediendo a la página www.uptodate.com con nuestro usuario y contraseña a través de la red del SACYL.