

HIPERPLASIA BENIGNA PROSTÁTICA. NOVEDADES EN EL DOCUMENTO DE CRITERIOS DE DERIVACIÓN HBP VERSIÓN 2.0

CON LA COLABORACIÓN DE GLAXOSMITHKLINE

Juan Antonio Martín Jiménez

Médico general y de familia. Centro de Salud Buenavista. Toledo

La hiperplasia benigna de próstata (HBP) es una enfermedad asociada a la edad y ocasionada por el crecimiento benigno pero progresivo de la próstata. Su importancia radica en que puede provocar obstrucción que dificulta la micción y síntomas del tracto urinario inferior (STUI o prostatismo) que disminuyen de forma significativa la calidad de vida de los pacientes.

Su prevalencia aumenta con la edad, siendo inferior al 20% en los hombres de menos de 40 años y superior al 80% en los mayores de 80.

Además, basándonos en los datos publicados sobre sus consecuencias, sabemos que la HBP es una de las patologías más frecuentes en los varones mayores de 50 años y que se trata de una enfermedad progresiva que puede provocar complicaciones (infecciones urinarias, litiasis vesical, retención aguda de orina, obstrucción crónica...).

Su tratamiento llega a ser quirúrgico en muchos casos; hasta el punto de que la cirugía de próstata es la segunda más frecuente en los países occidentales después de la de cataratas.

En las primeras fases de la enfermedad, cuando la HBP comienza a manifestarse con STUI, la mayoría de los pacientes consulta con su médico de

Atención Primaria (MAP) que debe realizar la orientación diagnóstica y el manejo terapéutico inicial.

En fases avanzadas es imprescindible la participación del urólogo, si es posible antes de que aparezcan complicaciones o cuando la HBP precisa tratamiento quirúrgico.

En beneficio del paciente, y para que ambos niveles asistenciales (MAP y urólogo) estén coordinados de una forma eficaz, es necesario que exista un acuerdo lo más amplio posible en:

1º.- Promover el manejo óptimo de los pacientes con HBP, en el ámbito de la Atención Primaria.

2º.- Establecer los métodos más efectivos de diagnóstico y tratamiento de la HBP, adaptados a las necesidades y preferencias de los enfermos.

3º.- Aportar criterios concisos y unificados de derivación, asumibles por todos los niveles asistenciales.

Estos son los objetivos del Documento de Consenso sobre "Criterios de derivación en Hiperplasia Benigna de Próstata" firmado por las sociedades de Atención Primaria (SEMG, semFyC, SEMERGEN) y la Asociación Española de Urología (AEU), que será ampliamente debatido el día 20 de mayo en el seno de este XVIII Congreso Nacional y XII Congreso Internacional de Medicina General y de Familia.

TALLERES

TI. SÍNDROME METABÓLICO: UNA ENFERMEDAD CRONBIOLÓGICA

Francisco Ortiz Martín

CON LA COLABORACIÓN DE YSONUT

Departamento Médico de Ysonut

El término síndrome metabólico (SM) incluye una serie de factores de riesgo que pueden aparecer en

forma secuencial o simultánea en un individuo y que aumentan las posibilidades de sufrir una cardiopatía

o diabetes mellitus tipo 2, es decir, aumentan el riesgo cardiometabólico según datos recientes de la International Diabetes Federation (IDF). La aparición de dichos factores está íntimamente relacionada con predisponentes genéticos, ambientales y socioculturales, aunque aún no se ha determinado con certeza el riesgo absoluto conferido por el síndrome metabólico en las diferentes poblaciones.

El creciente interés por la etiología de este síndrome está dado por:

- La disminución de la esperanza de vida,
- Por su asociación a mayor morbilidad debida a enfermedad cardiovascular
- El alto costo que representa para el sistema de salud de cualquier nación enfrentarse a una entidad con una morbilidad elevada, que es fundamentalmente prevenible.

Según la International Diabetes Federation (Berlín, abril 2005) definimos el SM, si además de obesidad centro-abdominal, (perímetro de cintura > 94 cm, perímetro de cintura > 80 cm ♀) se presentan dos o más de los siguientes criterios:

- TG (≥ 150 mg/dl) o es tratado por ello
- HDL (≤ 40 mg/dl ♂ ó ≤ 50 mg/dl ♀) o es tratado por ello
- HTA (PS ≥ 130 mm Hg ó PD ≥ 85 mm Hg) o es tratado por ello
- DM Tipo II o hiperglucemia en ayunas (glucosa ≥ 100 mg/dl)

Epidemiológicamente el incremento de las cifras de personas con sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico supone un problema alarmante de Salud Pública. El SM afecta al 20-25% de la población mundial, multiplica por tres la probabilidad de sufrir un evento cardiovascular (ECV) y por dos la probabilidad de morir por un ECV. Hoy en día existen casi 200 millones de diabéticos en el mundo y para 2025 se esperan 333 millones, de los cuales el 80% morirá por ECV.

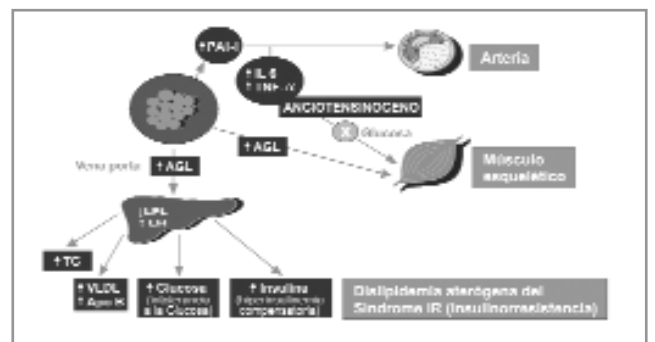
A nivel fisiopatológico, hoy en día consideramos a la grasa visceral abdominal (TAV) como el nuevo marcador de riesgo cardiometabólico. El tejido adiposo visceral se comporta como un auténtico órgano

| ESTUDIO | REUS | OVIEDO | VIVAS | SEGOVIA |
|------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Año Publicación | 2004 | 2005 | 2003 | 2005 |
| Rango Edad | 55 - 85 | 40 - 74 | 34 - 69 | 37 - 74 |
| Nº Sujeros | 1500 | 358 | 2947 | 869 |
| Criterio | ATP III | ATP III | OMS | ATP III |
| Prevalencia % | 20,3 | 23,5 | 22,7 | 17 |
| Hombres | | | 22,5 | 15,7 |
| Mujeres | | | 20 | 18,1 |

endocrino a partir del cual se liberan una serie de moléculas que originan los distintos trastornos cardiovasculares y metabólicos.

Hoy en día, en la fisiopatología del SM, tenemos que hablar además de la cronobiología, la ciencia que estudia nuestros ritmos biológicos, y de cómo la desincronización de nuestros relojes biológicos (núcleos supraquiasmáticos y relojes periféricos) llega a producir una serie de disfunciones hormonales y neuronales capaces de generar procesos patológicos diversos, entre ellos el SM.

Al referirnos al diagnóstico y tratamiento del SM tenemos que determinar el perfil específico de SM (glucídico, lipídico o neuroendocrino) en virtud de una serie de parámetros clínicos y biológicos. Independientemente de todo el arsenal farmacológico



del que hoy en día disponemos para el tratamiento de la enfermedad cardiovascular y la DM tipo 2, en la actualidad el abordaje terapéutico desde el punto de vista macro y micronutricional adquiere una mayor relevancia. Como vectores nutricionales de intervención tenemos que destacar:

1. Gestión del TAV. Interés de la dieta de aporte proteico (DAP).

2. Papel de los neuromediadores y la regulación del comportamiento alimentario.

3. Lucha contra la insulinoresistencia.

4. Interés de los antioxidantes.

5. Gestión de la señalización de la membrana celular y de la glicación de las proteínas.

6. Papel de las proteínas y la masa muscular en la termogénesis y metabolismo basal.

T2. HABILIDADES EN DERMATOLOGÍA

Rafael Sánchez Camacho¹ y Juan Jurado Moreno²

1.- Médico general y de familia. Centro de Salud Ávila Rural

2.- Médico general y de familia. Centro de Salud Medina del Campo Rural. Valladolid

Este taller, dirigido a los profesionales médicos que trabajan en Atención Primaria, tiene como finalidad fundamental dar a conocer los medios más elementales con los que cuenta el médico general y de familia ante el paciente dermatológico. Se pretende atraer la atención hacia el juego de utilizar nuestras capacidades en reconocer y describir las lesiones dermatológicas más habituales, destacándose aquellos aspectos diferenciadores que nos ayudarán a establecer la aproximación diagnóstica, base de lo que a continuación realizaremos, y de la conducta terapéutica que dispongamos.

CONTENIDOS

Se presentan casos clínicos descriptivos, siempre apoyados en la imagen, sobre los que se establecerá

un diagnóstico diferencial y las posibles actitudes terapéuticas. Inicialmente, se dejará un tiempo reservado a que los participantes inicien el reconocimiento del caso presentado y de cuál sería su conducta. Se inicia a continuación una explicación razonada de cada caso clínico, marcando tanto los elementos positivos como los negativos que inclinarían nuestro diagnóstico hacia una de las opciones expuestas. Se realizará un análisis detallado en el que se explicarán las razones metodológicas y clínicas que nos permiten llegar al diagnóstico. También, dentro de ellas, se aprovecha para describir un gran número de entidades dermatológicas que, por su elevada incidencia en nuestro medio, deben ser tenidas en cuenta. Todo ello estará acompañado de numerosas imágenes ilustrativas, fundamento del aprendizaje de la Dermatología para el médico de Atención Primaria.

T3. DIAGNÓSTICO DE HTA. UTILIDAD DE AMPA Y MAPA

Isabel Egocheaga Cabello¹ y Javier Gamarra Ortiz²

1.- Médica general y de familia. Centro de Salud Isla de Oza. Madrid

2.- Médico general y de familia. Centro de Salud Medina del Campo. Valladolid

La hipertensión es uno de los factores de riesgo más importantes de enfermedad cardiovascular. Se estima que en la población general de España la

prevalencia es de aproximadamente un 35% en mayores de 18 años y alcanza el 68% en mayores de 60 años.

Es conocida la relación lineal que existe entre las cifras de presión arterial (PA) y la mortalidad cardiovascular, siendo la hipertensión arterial (HTA) la primera causa de accidente vásculo-cerebral y una de las principales de hipertrofia ventricular izquierda, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, trastorno del ritmo cardíaco, nefropatía y enfermedad vascular periférica.

Por su magnitud, constituye un problema relevante para el clínico en España y en especial para el médico de Atención Primaria (AP), a quien acuden gran parte de los hipertensos.

En este taller queremos repasar el manejo del paciente hipertenso por parte del médico de AP, desde el diagnóstico, estudio inicial, búsqueda de otros factores de riesgo cardiovascular y lesión subclínica de órganos diana; y según recomiendan las directrices de ESH/ESC de 2007 evaluar el riesgo cardiovascular (RCV) total para establecer la estrategia terapéutica y el objetivo de PA a alcanzar con el tratamiento.

El diagnóstico de la hipertensión debe basarse al menos en 2 determinaciones de la presión arterial por visita y al menos 2-3 visitas, la determinación de la PA la podemos hacer en la consulta o en el domicilio del paciente. En este taller se explicara la utilidad de las diferentes formas de determinación de la PA:

- Presión arterial en la consulta
- Automedida domiciliaria de la PA (AMPA)
- Monitorización ambulatoria de la PA (MAPA)

Los valores para definir hipertensión según el tipo de determinación son:

Una vez establecido el diagnóstico de HTA tenemos que realizar una evaluación completa del paciente, cuyos objetivos son:

| DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN | | |
|-----------------------------|---------|-----|
| | PAS | PAD |
| Consulta o clínica | 140 | 90 |
| MAPA – 24 horas | 125-130 | 80 |
| MAPA – diurna | 130-135 | 85 |
| MAPA - nocturna | 120 | 70 |
| AMPA – automedida | 130-135 | 85 |

- Confirmar diagnóstico y clasificación de la HTA
- Excluir o identificar datos que sugieran una etiología tratable de la HTA
- Valorar el estado de los órganos diana para indicar si existe afectación y la gravedad de la misma
- Establecer la coexistencia de otros factores de riesgo cardiovascular de cara a la estratificación global de dicho nivel de riesgo en ese individuo
- Determinar la existencia de comorbilidad asociada que pueda condicionar el pronóstico y el tratamiento
- Orientar la selección del tratamiento inicial

T4. ASISTENCIA INICIAL AL PACIENTE POLITRAUMATIZADO

Francisco José Llave Gamero y Diego Agustín Vargas Ortega

Médicos generales y de familia. Hospital de Alta Resolución El Tuyo. Almería

El paciente politraumatizado constituye en la actualidad un reto para la práctica médica desde el inicio de su asistencia hasta la adecuación de todos los medios hospitalarios necesarios en su tratamiento.

La importancia del enfermo politraumatizado viene enmarcada en una triple perspectiva. Es una

enfermedad con una alta prevalencia: en España es la quinta causa de mortalidad general y la más frecuente entre la población menor de 40 años. Conlleva una repercusión económica elevada, con costes directos e indirectos (cuidados sanitarios, atención social y pérdida de productividad laboral).

Esto hace que la repercusión social sea amplia, con un número alto de muertes prematuras (alto número de años totales de pérdida potencial de vida) y de discapacidades.

Como consecuencia de conocer mejor estos perfiles epidemiológicos de lesión, e intentar mejorarlos, se hace imprescindible contar con registros de trauma, que recogen los datos, analizan patrones y nos permiten planificar políticas sanitarias amplias, además de formar a nuestros profesionales en dicha patología. Estos registros se deben realizar tanto a nivel europeo y nacional como local. Además, nos debe servir para la realización de análisis críticos no solo de nuestra actuación, sino de nuestro sistema global de atención al trauma grave y poder buscar áreas de mejora.

La imbricación, en la asistencia a este tipo de enfermos, de múltiples disciplinas medicoquirúrgicas, con la consiguiente necesidad de una coordinación de todos los esfuerzos exploratorios y terapéuticos, determina el máximo de atención en la organización de unos protocolos asistenciales adecuados.

El elevado número de pacientes afectados de esta patología en el medio industrializado, laboral y urbano ha expandido las medidas asistenciales y la atención precoz del enfermo por un politraumatismo.

La pretensión fundamental del taller es la de sintetizar y actualizar los diversos apartados que constituyen el politraumatismo, acercando al médico que participa en su cuidado y tratamiento desde aspectos clínicos diversos.

También se delimita la necesidad de una especial atención, precoz y adecuada, desde los primeros momentos asistenciales del politraumatizado, tanto en el medio extrahospitalario como en el hospitalario, siendo en muchas ocasiones los médicos generales y de familia los que se encargan de su asistencia.

El hecho fundamental está en considerar al paciente con un politraumatismo como una enfermedad ya iniciada, como un proceso patológico que se desarrolla en el contexto de unas lesiones ocasionadas en un momento, que requiere el tratamiento adecuado de todos los problemas locales producidos

y también el cuidado y tratamiento de una afección multisistémica puesta en marcha.

El trauma grave es una causa frecuente de muerte entre la población joven. Además, los datos reflejan que cada día entre tres y cuatro personas sufren una lesión medular como consecuencia de un accidente.

Los accidentes de tráfico encabezan la lista de los agentes causales, representando aproximadamente un 70%, a los que les siguen los laborales, que suponen el 15%. La mortalidad de los traumatismos por accidentes de tráfico ha experimentado una disminución significativa en los últimos años, como consecuencia de las políticas de prevención y seguridad vial emprendidas, así como las mejoras asistenciales. Sin embargo, todavía hay mucho camino por recorrer para reducir no sólo la mortalidad sino las secuelas físicas y psíquicas del afectado.

Los jóvenes, y especialmente los varones entre 15 y 34 años, son el principal grupo de riesgo, ya que suelen ser las personas que se exponen con mayor frecuencia al trauma, al realizar más prácticas de riesgo. Esta prevalencia mayor en jóvenes explica el hecho de que el trauma es el cuadro con mayor pérdida potencial de años de vida, en comparación con otras enfermedades de elevada mortalidad como las cardiovasculares o neoplásicas que afectan más a las personas de más edad. Asimismo, los niños y los ancianos constituyen también un importante grupo de riesgo afectado por esta patología. De hecho, el trauma grave, y particularmente el traumatismo craneoencefálico, es la principal causa de muerte infantil en nuestro país. Los traumatismos en ancianos también van en aumento, ya que las personas mayores cada vez tienen una vida más activa, realizan más prácticas de riesgo y tienen una tolerancia menor que el joven a la agresión traumática. En este sentido son necesarios más esfuerzos informativos y educativos en estos grupos para minimizar en lo posible el problema.

En relación a la cuestión estadística, no es tan importante la estadística como el correcto manejo del enfermo, pues los datos son engañosos.

T5. MANEJO DEL PACIENTE CON SOSPECHA DE SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Juan Manuel Lamas Touza¹ y María Dolores Rubia Montañez²

1.- Cardiólogo. Centro Hospitalario de Pontevedra

2.- Médica general y de familia. Hospital de Alta Resolución El Toyo. Almería

Por su prevalencia e importancia, el manejo del paciente con sospecha de síndrome coronario agudo se erige como una de las habilidades que cualquier médico debe aprehender. Este taller, mediante una parte teórica y la exposición de algún caso clínico, se orienta precisamente a facilitar los conocimientos que permitan abordar con éxito una situación clínica de estas características.

En la primera parte se abordarán los siguientes aspectos del síndrome coronario agudo:

1. Clasificación y fisiopatología (brevemente).
2. Claves diagnósticas: clínica, electrocardiograma

(ECG) y biomarcadores de daño miocárdico.

3. Estratificación de riesgo del SCASEST: TIMI, GRACIA, Guías SEC-ESC.

4. Bases terapéuticas (aplicado a la práctica de médico de urgencias primaria).

5. Repaso electrocardiográfico.

6. Abordaje general ante el dolor torácico de origen desconocido.

7. Conclusiones y resumen.

Para terminar de asentar conocimientos y valorar si la sesión es productiva, todos los participantes podrán intervenir en la resolución del caso clínico.

T6. CUESTIONES PRÁCTICAS EN ANTIAGREGACIÓN REVISIÓN DE LAS ÚLTIMAS DIRECTRICES RECOGIDAS EN LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA Y CONSENSO DE LAS DISTINTAS SOCIEDADES CIENTÍFICAS

CON LA COLABORACIÓN DE BAYER

Nieves Mula Rey y Pablo Berenguel Martínez

Médicos generales y de familia. Grupo de Antiagregación de la SEMG

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardio y cerebrovasculares, en particular las de origen tromboembólico, representan una importante causa de morbimortalidad en los países desarrollados.

Los antiagregantes plaquetarios se usan como preventivos de la formación de trombos en pacientes de alto riesgo, incluyendo aquellos con cardiopatía isquémica, enfermedad vascular cerebral (ACV), arteriopatía periférica o fibrilación auricular, aunque en ningún caso son sustitutivos de otros tratamientos

cardiovasculares o medidas preventivas tales como abandono del hábito tabáquico, práctica de ejercicio, dieta adecuada...

El objetivo del taller es realizar una revisión de las distintas indicaciones de los antiagregantes en prevención primaria así como plantear preguntas de práctica clínica frecuentes e intentar dar la respuesta más acorde de acuerdo con la evidencia que hay en el momento actual.

Comenzaremos con el resumen de las principales indicaciones de la anticoagulación en prevención primaria e intentaremos resolver a lo largo del taller distintas preguntas frecuentes sobre antiagregación.

Y las principales preguntas que pretendemos resolver tras la realización del taller son:

1. ¿A qué paciente se recomienda antiagregar en Atención Primaria de eventos cardiovasculares para obtener un mayor beneficio clínico del tratamiento?

2. ¿Qué tablas de estimación de riesgo cardiovascular conviene emplear?

3. ¿Qué beneficio clínico se obtiene del tratamiento antiagregante en prevención secundaria de nuevos eventos cardiovasculares?

4. ¿Cuándo está indicado la doble antiagregación?

5. ¿Ante qué intervenciones quirúrgicas se debe interrumpir el tratamiento antiagregante? ¿Durante cuánto tiempo?

6. ¿Cuándo debe asociarse un inhibidor de la bomba de protones al tratamiento antiagregante para mejorar su tolerancia gástrica?

7. ¿Las indicaciones de la antiagregación en atención cardiovascular son coste efectivas?

8. ¿Qué dosis de ácido acetilsalicílico es la más recomendable?

9. ¿Mejora la formulación galénica la tolerabilidad?

INDICACIONES DE LOS ANTIAGREGANTES ORALES EN PREVENCIÓN PRIMARIA

Diabetes

Las sociedades internacionales de diabetes, en un documento conjunto de consenso de la ADA y la ACC/AHA, publicado *<online>* el 30/05/2010, recomiendan:

1. Tratar con ácido acetilsalicílico a dosis bajas (75-100 mg/día) en prevención primaria a pacientes con DM1 y DM2 con riesgo cardiovascular aumentado (Score* >10%), o calculado con las tablas de riesgo cardiovascular actualmente también utilizadas en nuestro medio como Framingham calibrada** o Regicor.

2. También están incluidos en esta recomendación los diabéticos varones >50 años y mujeres >60 años con uno o más factores de riesgo adicionales, entre los que se incluyen: hipertensión, dislipidemia, sd metabólico, albuminuria, historial familiar de enfermedades cardiovasculares a edad temprana o tabaquismo. Ácido acetilsalicílico a dosis bajas (75-100 mg/día).

* Riesgo Score: Riesgo de mortalidad cardiovascular en 10 años

** Framingham calibrada: La estimación de la probabilidad de que un individuo desarrolle un acontecimiento coronario a partir de sus factores de riesgo calibrado a 10 años para población española.

REFERENCIAS

1. Consenso ADA/ACC/AHA Mayo 2010
2. Guía del NHS para DM-2 NICE clinical guideline 2008 actualizada en 2009 / International Diabetes Federation

Hipertensión arterial

La Sociedad Europea de Hipertensión Arterial (reappraisal 2009) recomienda:

Prescribir ácido acetilsalicílico a dosis bajas, a pacientes hipertensos con eventos previos y también puede ser considerado en pacientes hipertensos sin antecedentes de enfermedades cardiovasculares, con función renal reducida o con un riesgo cardiovascular elevado, calculado con las tablas de riesgo cardiovascular actualmente utilizadas en nuestro medio (Score*, Framingham calibrada**, Regicor).

REFERENCIAS

1. Clinical guidelines of ESH 2007 y 2009 European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Eur Heart J. 2009

2. Protocolos SEMI 2007 ISBN: 84-7592-755-6

3. National Kidney Foundation. K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification and stratification

Insuficiencia renal crónica

Las Sociedad Española de Nefrología (directrices 2008)) recomienda:

Dosis bajas de aspirina incluso como prevención cardiovascular primaria (ácido acetilsalicílico 75-100 mg/día*) en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC), desde los estadios iniciales (filtrado glomerular estimado < 60 ml/min), debido a que la ERC, incluso en grado muy leve, comporta un aumento importante en el riesgo y morbimortalidad cardiovascular.

En casos de intolerancia a aspirina, considerar el tratamiento con clopidogrel y considerar el uso de anticoagulantes orales en caso de fibrilación auricular.

*Es importante conseguir previamente un buen control tensional para minimizar el riesgo de sangrado.

REFERENCIAS

1. Directrices de la Sociedad Española de Nefrología. Nefrología (2008) Supl. 3, 39-48

2. Guía de la Sociedad Española de Nefrología sobre riñón y enfermedad cardiovascular. Nefrología. Volumen 26. Número 1. 2006.

3. Guía práctica sobre enfermedad renal y enfermedad cardiovascular. A. de la Sierra, JM^o Galceran. Aval de la Sociedad Española de Hipertensión Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial

Enfermedad arterial periférica

1. Se aconseja el control de los factores de riesgo vascular y el tratamiento antiagregante en los pacientes con EAP, ya que la antiagregación ha demostrado ser eficaz al reducir de forma significativa (P= 0,004) un 23% el riesgo relativo de eventos vasculares, según el meta-análisis de 42 estudios que englobaron a 9.214 pacientes.

La presencia de EAP, aunque sea asintomática y detectada por un resultado patológico del ITB, implica un mayor riesgo que la población general de presentar enfermedad coronaria, cerebrovascular, muerte de origen cardiovascular y mortalidad global. Por ello uno de los objetivos en el tratamiento de los pacientes con EAP será disminuir el elevado riesgo cardiovascular que presentan.

REFERENCIAS

1. Antithrombotic Trialists' Collaboration. Collaborative metaanalysis of randomised trials of antiplatelet therapy for prevention of death, myocardial infarction, and stroke in high risk patients. BMJ 2002; 324: 71-86.

T7. EL ASMA ES CONTROLABLE. ¿SE PUEDE CURAR?

CON LA COLABORACIÓN DE GLAXOSMITHKLINE

Carlos Melero Moreno¹ y Fernando Gómez Ruiz²

1.- Neumólogo. Hospital Universitario I2 de Octubre. Madrid

2.- Médico general y de familia. Centro de Salud Bargas. Toledo

El asma es una de las patologías crónicas más prevalentes a nivel mundial, que se asocia a un elevado consumo de recursos sanitarios, en especial

en aquellos pacientes con un control inadecuado de la enfermedad. En la actualidad el asma es considerada una enfermedad inflamatoria crónica, que

TABLA 1. FACTORES RELACIONADOS CON EL CONTROL DEL ASMA

| |
|--|
| Desde el punto de vista de la enfermedad |
| <ul style="list-style-type: none"> • La gravedad del asma |
| Desde el punto de vista del paciente |
| <ul style="list-style-type: none"> • Mala adherencia al tratamiento • Mal uso de los dispositivos de inhalación • No reconocimiento de los síntomas • Aceptación de su nivel de control • Exposición constante a alérgenos a los que está sensibilizado • Comorbilidades asociadas <ul style="list-style-type: none"> • Rinitis – rinosinusitis – pólipos nasales • Enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) • Patología psiquiátrica asociada (distimia, ansiedad y/o depresión) • Tabaquismo • Disfunción de cuerdas vocales • Bronquiectasias, entre otras • Obesidad • Síndrome de apnea/hipopnea del sueño • Infecciones virales • Polución ambiental |
| Por parte del médico: |
| <ul style="list-style-type: none"> • Miedo a sobretratar • Bajas expectativas respecto al control • Confusión entre control y gravedad • Incumplimiento de las guías de práctica clínica |

precisa de un tratamiento continuado en la mayoría de los casos, por lo que todos los esfuerzos terapéuticos se han focalizado en conseguir un control adecuado de los síntomas, lograr una función pulmonar normal o cerca de la normalidad y sin limitaciones prácticas en el desarrollo de las actividades cotidianas. Varios ensayos clínicos demuestran que este objetivo es alcanzable en prácticamente el 90% de los casos, sin embargo, la realidad nos dibuja un cuadro muy diferente, encontrando que la mayoría de los pacientes asmáticos no han estado, ni están bien controlados a pesar de disponer de un adecuado arsenal terapéutico. Todo ello hace pensar que existen otras variables, además de una adecuada terapéutica que pueden influir en lograr el control de la enfermedad (**Tabla 1**), que han de ser consideradas y evaluadas de manera cotidiana, máxime en aquellos pacientes que no logran alcanzar un buen control.

El objetivo del taller es dar respuesta a las preguntas planteadas con las evidencias disponibles, a la vez que analizar y pormenorizar desde el punto de vista teórico y práctico (resolución de casos clínicos con sistema interactivo) todas las circunstancias, desde el propio concepto de control y en qué

términos debe ser manejado, a los distintos hechos que suceden, bien por parte del paciente (adherencia terapéutica, manejo de inhaladores), del médico (prescripciones inadecuadas, incumplimiento de las normativas o seguimiento de las guías de práctica clínica), o por las comorbilidades asociadas (sinupatía, ERGE, obesidad, tabaquismo, patología psiquiátrica asociada o alteraciones de la personalidad) que pueden interferir con el propósito final, lograr y mantener el control de la enfermedad asmática con los menores efectos adversos posibles.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA 2009). www.gemasma.com
2. Bateman ED, Boushey HA, Bousquet J, et al. Can guideline-defined asthma control be achieved? The gaining optimal asthma control study. *Am J Respir Crit Care Med* 2004; 170:836–844.
3. Rabe KF, Vermeire PA, Soriano JB, Maier WC. Clinical management of asthma in 1999; the Asthma Insights and Reality in Europe (AIRE) study. *Eur Respir J* 2000;16:802–807
4. Demoly P, Gueron B, Annunziata K, et al. Update on asthma control in five European countries: results of a 2008 survey. *Eur Respir Rev*.2010 Jun 1; 19(116):150-7.
5. Soriano JB, Rabe KF, Vermeire PA. Predictors of poor asthma control in European adults. *J Asthma* 2003; 40(7):803-13.
6. Mastrorarde JG, Anthonisen NR, Castro M, et al. American Lung Association Asthma Clinical Research Centers. Efficacy of esomeprazole for treatment of poorly controlled asthma. *N Engl J Med* 2009; 360(15):1487-99.
7. GINA Report. Global strategy for asthma management and prevention. Updated 2010. <http://www.ginas-thma.com> (Accessed 15 February 2011).
8. Lavoie KL, Bacon SL, Barone S et al. What is worse for asthma control and quality of life: depressive disorders, anxiety disorders, or both? *Chest* 2006; 130(4):1039-47.
9. Di Marco F, Verga M, Santus P, et al. Close correlation between anxiety, depression, and asthma control. *Respir Med* 2010 Jan; 104(1):22-8.

10. Haselkorn T*, Fish JE, Chipps BE, et al. Effect of weight change on asthma-related health outcomes in patients with severe or difficult-to-treat asthma. *Respiratory Medicine* 2008.

11. Peters JI, McKinney JM, Smith B, Wood et al. Impact of obesity in asthma: evidence from a large prospective disease management study. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2011; 106(1):30-5.

12. ten Brinke A, Sterk PJ, Masclee AA, et al. Risk factors of frequent exacerbations in difficult-to-treat asthma. *Eur Respir J* 2005; 26(5):812-8.

13. Pérez De Llano LA, González FC, Añón OC, et al. Proyecto Camaron (Control del Asma Mediante el Análisis Regular del Óxido Nítrico). [Relationship between comorbidity and asthma control]. *Arch Bronconeumol* 2010; 46(10):508-13.

T8. MANEJO PRÁCTICO DEL VÉRTIGO

Ismael Arán González¹ y Norberto Proupín Vázquez²

1.- Otorrinolaringólogo. Complejo Hospitalario de Pontevedra

2.- Médico general y de familia. Centro de Salud Conxo. Santiago de Compostela. A Coruña

El vértigo es una sensación desagradable, con alucinación de movimiento, que constituye una causa frecuente de consulta médica en Atención Primaria. Alrededor del 90% de los individuos mayores de 65 años han acudido al médico al menos una vez con vértigo como molestia principal.

Los núcleos vestibulares, situados en el tronco del encéfalo, constituyen el centro de un sistema complejo de informaciones, de las cuales las más importantes son las visuales, laberínticas, propioceptivas y neurovegetativas. Estos núcleos envían sus mensajes a los centros superiores, los cuales comparan el contenido de estas informaciones. La sensación de equilibrio sólo se alcanza cuando éstas son coherentes.

El vértigo posicional paroxístico benigno (VPPB) es el más frecuente y se caracteriza por ausencia de sintomatología auditiva y por paroxismos graves de vértigo rotatorio producidos por los cambios de posición de la cabeza (acostarse o levantarse de la cama, inclinarse hacia delante y mirar hacia arriba).

OBJETIVO

El objetivo de este taller es ofrecer armas prácticas y factibles para el manejo diagnóstico y terapéutico de estos pacientes en nuestras consultas,

ante las principales causas etiológicas de vértigo, priorizando en las más frecuentes.

MÉTODO

Para el diagnóstico comenzamos con una anamnesis dirigida. A continuación una exploración general pero enfocada a descartar alteraciones cardiovasculares y de otros órganos que puedan desencadenar mareos.

En la exploración específica recordaremos las pruebas otológicas: otoscopia, acimetría... y neurológicas: prueba palma-dorso, dedo-nariz, pares craneales con el fin de diferenciar vértigo central vs. periférico.

El sistema vestibular se explorará con el nistagmus: espontáneo; y si procede la prueba de Dix-Hallpike (si es positiva es diagnóstico de vértigo posicional paroxístico benigno). Para su estudio aportamos vídeos de casos. Para explorar la marcha y el equilibrio se revisarán los test de Barany, Romberg, Prueba de Unterberger, Babinski, Prueba de Barré y reflejo vestibulocular.

El abordaje terapéutico se realizará con la Maniobra de Epley en los casos de VPPB, con aplicación de sedantes vestibulares; o siguiendo los protocolos de derivación a atención especializada.

T9. EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA BÁSICA

Manuel Seijo Martínez¹ y Alberto Freire Pérez²

1.- Neurólogo. Hospital do Salnés. Pontevedra

2.- Médico general y de familia. Centro de Salud Vimianzo. A Coruña

“Obscura textura, obscuriores morbi, functiones obscurissimae”

Ya Fantoni en el siglo XVII definía de esta manera al cerebro. Hoy en día, una gran mayoría de médicos no neurólogos están afectados de *neurofobia*, definida como una experiencia universal en el abordaje de las enfermedades neurológicas, con sensación de rechazo, desmotivación e impotencia. Lo anterior creemos que justifica la conveniencia de desarrollar un Taller de *Exploración neurológica básica* que destierre del médico general y de familia estos conceptos, temores y la incertidumbre que estos generan.

Los médicos de Atención Primaria nos enfrentamos en nuestra práctica diaria a la necesidad de realizar exploraciones neurológicas. Su objetivo inicial es localizar una presunta alteración en el funcionamiento del sistema nervioso del paciente y si éste es considerado normal o patológico.

La complejidad del sistema nervioso puede llevarnos a creer que su exploración también lo es. Este taller pretende facilitar a los asistentes las pautas para realizar una exploración neurológica básica sistematizada, estructurada y eficaz que permita actualizar y perfeccionar ciertas técnicas profesionales, con el fin de poder hacer frente a múltiples situaciones que generan incertidumbre en nuestro trabajo diario.

De la exploración neurológica básica a realizar en una consulta de medicina general debería separarse, por su complejidad, la exploración cortical del resto.

EXPLORACIÓN CORTICAL

Parte de dos aspectos clave, el nivel de conciencia (o sea cómo se encuentra el paciente en relación con

el medio que le rodea -normal, estuporoso, confuso, coma-) y los contenidos de la conciencia, o sea, las *“funciones cognitivas”* (orientación y colaboración, atención, dominancia, lenguaje, memoria y cálculo), y las *“funciones conductuales”* (denominadas bases neurobiológicas de la conducta humana). Para su exploración específica se suelen emplear tests estandarizados realizados por personal entrenado. Sin embargo, los datos básicos se pueden obtener en cualquier entrevista médica y esos aspectos serán comentados en el taller.

RESTO DE LA EXPLORACIÓN

Pares craneales, sistema motor voluntario e involuntario (reflejos osteotendinosos), sistema sensitivo, sistema cerebeloso, marcha y sistema extrapiramidal.

El taller ofrece las pautas para aprender a realizar una exploración secuencial y eficiente de los pares craneales: olfatorio, óptico, los oculomotores, trigémino, facial, estatoacústico, glosofaríngeo, espinal e hipogloso.

En el sistema motor voluntario exploraremos la masa muscular, el tono y la fuerza global y segmentaria.

Los reflejos representan la parte más objetiva de la exploración neurológica, y exige un mayor entrenamiento: normales (profundos o de estiramiento, superficiales o cutáneos) y los patológicos.

El cerebelo se encarga coordinar correctamente grupos musculares con el objetivo de realizar una acción definida y eficaz. Entre las maniobras que exploran su función están el test cerebeloso, la prueba de Romberg y la marcha.

La sensibilidad precisa para su correcta valoración de la colaboración del paciente y de una situación de

relativa carencia de otros estímulos (habitualmente con los ojos cerrados). Comprende la exploración de formas primarias de sensibilidad elemental (superficial) y formas elaboradas (propioceptiva y discriminativa).

La marcha y estación es la parte de la exploración neurológica que da más información en menos tiempo, ya que en ella intervienen múltiples estructuras cerebrales.

Finalizaremos con la exploración del sistema

extrapiramidal, responsable del control automático del tono muscular (balance, postura y equilibrio) mientras se realizan los movimientos voluntarios.

Durante todo el Taller, pretendemos acercar al médico general y de familia a la valoración neurológica mediante el método clínico y una orientación sindrómica de la clínica neurológica que sean efectivos y eficientes en la actividad asistencial diaria.

Esperamos conseguirlo y curar muchas neurofobias.

T. IO CIRUGÍA MENOR: NIVEL DE INICIACIÓN

Radwan Abou-Assali Boasly¹, Reyes Gil Martín², Luis Manuel López Ballesteros³

1.- Médico general y de familia. Centro de Salud Alamedilla. Salamanca.

2.- DUE. Responsable de Enfermería del Servicio de Cirugía Menor. Centro de Salud Medina del Campo Rural. Valladolid.

3.- Médico general y de familia. Centro de Salud Medina del Campo Rural. Valladolid

Una vez más afrontamos con ilusión esta actividad formativa en el campo de la cirugía menor (CM), adaptada a los requerimientos organizativos del congreso. La Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG) ofrece este taller estructurado para iniciar en la capacitación al mayor número posible de médicos, en las técnicas propias de la CM, haciéndolo de una forma escalonada y progresiva. Aún persiste una mayor demanda del nivel básico o iniciación, dejando la enseñanza de técnicas con un nivel más avanzado para más adelante.

Su necesidad está más que justificada, ya que el profesional de Atención Primaria (AP) en el desempeño de su actividad diaria tiene que enfrentarse a numerosos y variados problemas de salud, haciéndolo de forma integral y con el máximo poder resolutivo, incluyéndose en esta actividad desde pequeñas heridas cutáneas hasta otras más complicadas, y la solución a pequeñas lesiones cutáneas abordables desde esta disciplina. A lo que el taller pretende dar respuestas, aportando soluciones prácticas de gran utilidad para todas ellas.

Todos somos conscientes de las carencias formativas históricas que la CM arrastra, lo que ha permitido a nuestro grupo llevar ya más de 10 años desarrollando sus talleres prácticos, teniendo en su haber la formación de más de 1.000 profesionales, manteniéndose, a día de hoy, una continua demanda para esta formación.

La SEMG, utilizando sus propios recursos, ofrece este taller completamente estructurado, para ir introduciendo y capacitando al mayor número posible de médicos, en las técnicas propias de la CM, de una forma sencilla y con un grado de dificultad progresivo ofreciendo, en esta ocasión, tres sesiones de un nivel inicial y básico.

Para el marco formativo congresual, se ha adaptado el diseño adecuándolo a las limitaciones de tiempo (duración: 2 horas), incluyendo la introducción a la CM, donde se hace especial hincapié en el manejo y resolución de las heridas, sin olvidar otros apartados necesarios. Todo ello, de una forma completamente práctica por parte de los asistentes, apoyado con medios audiovisuales suficientes.

TII/ TI7. EXPLORACIÓN SISTEMATIZADA E INFILTRACIÓN EN MIEMBRO SUPERIOR Y EN MIEMBRO INFERIOR

Juan de Felipe Gallego

Traumatólogo. FREMAP. Toledo



Muchas patologías del aparato locomotor (el hombro doloroso, las patologías por sobrecarga, el síndrome del túnel carpiano y el dedo en resorte, por citar algunas del miembro superior) y la gonalgia en miembro inferior son motivos de consulta frecuente; los médicos de Atención Primaria son en

muchas ocasiones los encargados de valorar estas patologías y en ocasiones la falta de experiencia origina que los pacientes estén pendientes de la valoración por el especialista con largos períodos de baja laboral al no poder diagnosticarse determinadas patologías que podrían ser inicialmente tratadas en Atención Primaria.

Las infiltraciones son una posibilidad terapéutica para estas patologías pudiendo ser resolutivas de las mismas en muchos casos.

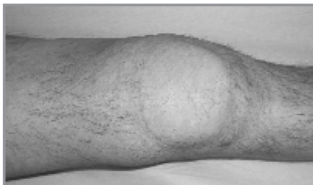
El concepto de estos dos talleres es poder sistematizar una serie de exploraciones que puedan ser útiles y de ayuda al médico en el diagnóstico de las patologías más frecuentes del miembro superior y del miembro inferior en Atención Primaria.

Durante el desarrollo de estas sesiones se va a realizar una exposición de las maniobras fundamentales en la exploración; para ello es fundamental recordar una serie de principios básicos en cualquier valoración traumatológica seguidos de la

exploración de una región anatómica concreta, principalmente encaminados a la valoración del hombro doloroso y la gonalgia de rodilla.

Por tanto, se realizará una breve exposición teórica con videos de diferentes maniobras exploratorias, seguidas de una demostración práctica en la que podrá aprender a valorar una laxitud articular, una tendinopatía, un síndrome subacromial o una meniscopatía, etc.; así mismo, se localizarán los puntos anatómicos que se utilizan para realizarse infiltraciones.





Posteriormente los alumnos podrán ejercitar entre ellos la práctica de las maniobras exploratorias que anteriormente han sido realizadas continuando con la infiltración en el simulador correspondiente, siendo supervisados por el profesor.

Por otro lado, se realizarán las prácticas de infiltración con la ayuda de simuladores que nos permitirán aprender, mejorar y perfeccionar la técnica.



T12. ABORDAJE DEL DOLOR DE DIFÍCIL MANEJO

CON LA COLABORACIÓN DE GRÜNENTHAL

Teodoro Gómez Garrido¹ y Juana Sánchez Jiménez²

1.- Médico general y de familia. Hospital de Alta Resolución El Toyo. Almería

2.- Médica general y de familia. Centro de Salud Berja. Distrito AP Poniente. Almería

Según la International Association for the Study of Pain (IASP) el dolor es "una experiencia sensorial o emocional desagradable asociada a un daño tisular real o potencial, o que es vivido como tal daño". Es subjetivo (conexión con el sistema límbico) y se acepta que sea un daño potencial porque el dolor se produce en el cerebro y no en los tejidos donde el cerebro localiza la sensación. Es por tanto una percepción, un producto complejo de la actividad final de múltiples áreas cerebrales.

Es el motivo de consulta más frecuente en Atención Primaria (AP) y su abordaje es cada vez más complejo por el aumento de la población vulnerable: personas de edad avanzada, personas con trastornos del estado del ánimo; comorbilidad (insuficiencia cardíaca-cardiopatía isquémica, ictus, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia hepática y/o renal, diabetes, osteoporosis-espondiloartrosis); polifarmacia con consecuencias como el aumento de prescripción inadecuada, las posibles interacciones medicamentosas de relevancia clínica,

el aumento del riesgo de reacciones adversas (principal factor de riesgo): la cascada farmacológica de la prescripción (para evitar un efecto nueva prescripción), el aumento del riesgo de síndromes geriátricos (*delirium*, caídas, incontinencia urinaria...), el aumento del consumo y gasto sanitario.

Por otro lado, el aumento de cuadros clínicos con presencia de dolor neuropático: el 6-8% de la población presenta alguna forma de dolor neuropático, asociándose la mayoría de las veces a un componente nociceptivo. Según el estudio "Pain in Europe": el 12% de la población española tienen dolor crónico, y de ellos el 24% tienen dolor neuropático. El 16-26% de diabéticos presentan dolor neuropático. El 8-19% de pacientes con herpes zóster desarrollan neuralgia posherpética. El 10-50% de pacientes operados presentan dolor crónico que puede etiquetarse de neuropático. Muchos de estos pacientes continúan con dolor a pesar de las terapias actuales. Existen gran variedad de medicamentos, pero no siempre apropiados. Los fármacos basados en la evidencia

(antiepilépticos y antidepresivos tricíclicos) son poco usados por la mayoría de médicos.

Además se han producido, recientemente, corrientes de opinión dirigidas a tratar el dolor neuropático en base a los síntomas y signos que presenta el paciente, en lugar de enfocar el tratamiento de forma clásica, es decir, planteado en función de la patología origen del dolor. El argumento se fundamenta en que los signos y síntomas de los pacientes con dolor neuropático, pueden tener mecanismos fisiopatológicos subyacentes comunes. De esta forma, se plantea que el tratamiento debe estar dirigido a los síntomas y los signos (alodinia, hiperalgesia...) independientemente de la enfermedad de base que los provoque (neuropatía diabética, posthepática...)

Debemos tener en cuenta que un mecanismo puede producir varios síntomas, un síntoma puede estar producido por varios mecanismos y una enfermedad puede producir uno o varios síntomas.

Durante el taller revisaremos con casos clínicos la mejor evidencia científica disponible mediante las guías de práctica clínica, las recomendaciones de expertos y los meta-análisis para el tratamiento del dolor crónico de difícil manejo mediante los NNT: número de pacientes necesarios a tratar para conse-

guir al menos un 50% de alivio analgésico, calculado desde ensayos clínicos controlados con placebo y los NNH: número de pacientes necesarios a tratar para que uno de ellos presente un acontecimiento adverso que obligue a su retirada del estudio.

Como recomendaciones generales: evaluar y diagnosticar correctamente el dolor; tratar la causa cuando esto sea posible; determinar las comorbilidades asociadas; evaluar la medicación concomitante y las interacciones farmacológicas; explicar al paciente el diagnóstico y el tratamiento con expectativas reales, sin dejar de valorar la posibilidad de tratamiento no farmacológico y por último reevaluar el dolor y la calidad de vida del paciente con frecuencia.

La carga que el dolor impone a los individuos y los costes enormes que como resultado debe soportar la sociedad, demuestran claramente la necesidad de un pensamiento colectivo para impulsar el proceso de toma de decisiones.

Se requiere una amplia perspectiva estratégica basada en la evidencia que relacione efectividad (incluyendo tolerancia), eficiencia y equidad, a fin de establecer cuál es la mejor manera de proveer servicios y distribuir racionalmente los recursos de una forma multidisciplinar.

T13. INFORMÁTICA PARA MÉDICOS: POWERPOINT EFICAZ

Francisco Ortiz Sánchez¹ y Pilar Rodríguez Ledo²

1.- Médico general y de familia. Centro de Salud Muñana. Ávila

2.- Médica general y de familia. Gerencia de Atención Primaria. Lugo

La explosiva irrupción de la informática y con ella de las nuevas tecnologías de la información (NTI) en la vida diaria en general y en concreto en el campo de la profesión médica es ya una realidad tangible, un dato incuestionable. La formación continuada, las relaciones con la administración, la comunicación entre los distintos niveles sanitarios, la banca en

Internet, la adquisición de entradas a espectáculos, la inscripción a congresos y cursos, la búsqueda de evidencias, la historia clínica informatizada, la gestión de las imágenes y archivos médicos y tantas otras cosas más básicas y cotidianas, mención aparte, claro está, de lo que supone la informática para la investigación científica avanzada y para el avance de

las ciencias médicas en general... hacen dramáticamente imprescindible el desarrollo de unas habilidades elementales para no quedar en el otro lado de la "brecha digital".

La Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG), sociedad pionera en la integración de las NTI en la actividad de los médicos generales y de familia, así lo ha entendido desde hace mucho tiempo y, consciente de su importancia para el desarrollo del ejercicio profesional diseña cursos de formación en informática general y aplicaciones clínicas que se imparten desde 1992. De acuerdo a esta línea el grupo de trabajo de Informática de la SEMG junto con el grupo de Metodología y Apoyo a la Investigación (MAI) vienen desarrollando en sus Congresos Nacionales, Internacionales y Autonómicos, talleres de contenido cambiante dedicados a la adquisición o mejora de las habilidades informáticas que tienen proyección directa a la práctica clínica, la investigación aplicada en el terreno de la Atención Primaria, la comunicación de resultados científicos, e incluso el propio desarrollo de las tareas asistenciales.

Los principales objetivos generales de las actividades de estos los talleres son:

1. Aprender la utilización de las aplicaciones informáticas básicas.
2. Conocer las principales fuentes de información científica. Perfilar la búsqueda bibliográfica, en bases de datos biomédicas clásicas así como en la literatura

gris, como estrategia complementaria al proceso de incrementar el conocimiento.

3. Considerar la utilidad e idoneidad de los diferentes recursos informáticos como elementos de apoyo en el ámbito de la presentación de resultados científicos (comunicación y/o artículo científico): elaboración de gráficos, manipulación de imágenes y fotografías.

4. Adiestrar en el uso de elaboración de manuscritos científicos con el apoyo de programas informáticos diseñados para la gestión de citas bibliográficas.

5. Fomentar la seguridad informática de archivos y procesos.

Y cómo objetivos específicos tienen:

1.- Desarrollar las habilidades necesarias para la utilización eficaz de un programa básico de presentaciones gráficas.

2.- Facilitar la comunicación de información en el ámbito clínico y docente, así como de la presentación de resultados científicos.

3.- Conseguir los conceptos básicos y las destrezas necesarias para la captura, organización y gestión de imágenes y fotografías digitales y la utilización para este fin de un programa informático de manejo sencillo y resultados eficientes.

4.- Alcanzar conocimientos básicos para la optimización y retoque de fotografías e imágenes así como su adecuación para compartir y enviar archivos digitales por correo electrónico y a través del *world wide web*.

T14. HABILIDADES EN GINECOLOGÍA. INSERCIÓN DIU Y CITOLOGÍA

José Luis Doval Conde¹ y Mercedes Ignacia Ferreira González²

1.- Jefe del Servicio de Ginecología. Complejo Hospitalario de Ourense

2.- Médica general y de familia. Centro de Salud Xinzo de Limia. Ourense

En este taller nos centraremos en la prevención del cáncer de cérvix desde la Atención Primaria (AP), realizando:

- Prevención 1ª: Educación sanitaria y vacunación (HPV)
- Prevención 2ª: Cribado mediante citología

convencional con doble toma, detallando el procedimiento y material necesario para la toma de la muestra, fijación y envío posterior al laboratorio de Anatomía Patológica, acompañado de hoja con breve informe de la paciente.

Citación posterior de las pacientes para comunicación de resultados. Interpretación según la clasificación de Bethesda con algoritmos de actuaciones en cada caso.

ANTICONCEPCIÓN

Se facilitará información sobre los distintos métodos, valorando el perfil de la paciente, edad, prácticas de riesgo...y dejándole libertad a la hora de escoger el que

más cómodo y que mejor se adapte a sus necesidades.

Se abordarán también las indicaciones y contraindicaciones de anticoncepción oral combinada y de la de gestageno solo. Interacciones con fármacos.

También habrá información sobre el DIU: características, tipos de DIU (liberador de cobre, liberador de hormona), complicaciones del método. Citación para inserción de DIU, material necesario para inserción: breve explicación de cómo realizarlo. Normas postinserción y controles posteriores.

Por último en este taller realizaremos un breve repaso a la información sobre vulvovaginitis (frecuentes en la consulta diaria de la AP): Diagnóstico: síntomas y signos, factores favorecedores, exploración, cultivos realizados y tratamiento.

T15. TÉCNICAS DE RELAJACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

Antonio Torres Villamor

Médico general y de familia. Centro de Salud Arroyo de la Media Legua. SERMAS. Madrid

Las técnicas de relajación son una importante herramienta en el tratamiento de las alteraciones mentales; y es en Atención Primaria donde estos procesos, con sus diferentes rangos de gravedad, entidad y cronicidad, tienen su asistencia más próxima e inmediata.

En este primer nivel asistencial, la salud mental presenta un prevalencia entre el 19 y el 40%, según diferentes estudios, siendo en su mayor parte asumidas para su atención por parte de este nivel, remitiendo en torno al 10% a Salud Mental.

Por tanto, la carga de trabajo que surge de las principales patologías y alteraciones, beneficiarias de estas técnicas, es muy elevada y sin embargo son muy pocos los centros de salud que disponen

de un servicio o consulta dedicada a enseñar técnicas de relajación, para ayudar a estos pacientes. Más aún si asumimos la importancia creciente que la psicoeducación viene teniendo en los últimos años. El simple consejo de "relájese" no es suficiente si no dedicamos algo de tiempo a enseñar cómo debe hacerse.

Debemos añadir dos importantes aspectos que refuerzan la importancia de asumir en Atención Primaria esta función. El primero es el uso, cada vez más frecuente, de técnicas de relajación en diferentes patologías orgánicas, que han demostrado su mejoría tras aplicarse. Patología cardiovascular, aparato digestivo y oncología presentan estudios que así lo demuestran.

El segundo aspecto de gran importancia está en nuestra atención preventiva. Y en salud mental, con los importantes cambios culturales y sociológicos (baste mencionar la aparición del fenómeno estrés) es un campo donde el uso de la relajación cumple una función preventiva de primer orden, del que pueden beneficiarse usuarios de muy diferente condición.

La organización en los servicios de Atención Primaria de grupos de relajación, atendidos por diferentes profesionales, han demostrado una gran eficiencia en diferentes países de nuestro entorno;

con un campo de aplicación amplio y polivalente, permitiendo adaptaciones personales al nivel o tipo de problema que se precise. Sean conflictos propios de la adolescencia, abandono de tabaco, tratamiento del estrés, etcétera, corresponde a este nivel asistencial el primer contacto y uso de esta herramienta terapéutica.

En este taller pretendemos la sensibilización frente a esta laguna formativa y despertar la curiosidad de los profesionales sobre las diferentes técnicas, animando a aplicar algunas de las más sencillas y eficientes de las que se disponen.

T16. NUEVAS RECOMENDACIONES EN RCP Y DESFIBRILACIÓN SEMIAUTOMÁTICA (DESA)

Mónica P. López Fonticiella¹ y Marta Martínez del Valle²

1.- Médica general y de familia. Servicio de Urgencias del Hospital de San Agustín. Avilés. Asturias

2.- Médica general y de familia. SAMU. Asturias

El 40% de las muertes por paradas cardíacas y/o respiratorias ocurren en el ámbito extrahospitalario, por lo que el conocimiento de los protocolos de actuación por parte del personal sanitario de Atención Primaria es imprescindible para aumentar la supervivencia de estos pacientes.

Durante el año 2010 se han publicado las nuevas recomendaciones de las Guías de la American Heart Association (AHA) para reanimación cardiopulmonar (RCP) y atención cardiovascular de emergencia (ACE), estas guías se basan en un proceso de evaluación de la evidencia internacional, en el que han participado cientos de investigadores y expertos en la materia que han evaluado, analizado y debatido múltiples publicaciones con revisión científica externa.

El desarrollo del taller tiene como objetivo fundamental adquirir las habilidades necesarias para

hacer frente a una situación de parada cardiorrespiratoria y/o actuar en situaciones de riesgo vital en el ámbito de la Atención Primaria con especial hincapié en los cambios surgidos de las nuevas recomendaciones.

El taller consta de una parte teórica impartida como casos clínicos, de aproximadamente 30 minutos de duración, en el que efectuaremos un recordatorio de las últimas recomendaciones sobre reanimación cardiopulmonar y manejo del DESA (desfibrilador externo semiautomático).

Completa el taller una parte práctica de 90 minutos, en la que los alumnos participan activamente en el manejo de los protocolos de reanimación cardiopulmonar básica, RCP básica con optimización de la vía aérea (RCP instrumentalizada), desobstrucción de la vía aérea y protocolo de actuación con el DESA.

T18. DESHABITUACIÓN TABÁQUICA

Andrea Gallego Valdeiglesia

Médica general y de familia. Centro de Salud Sagrado Corazón. Lugo

El tabaquismo es reconocido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una enfermedad crónica, para la que existen tratamientos eficaces y que además son mucho más coste-efectivos que otros tratamientos financiados por el Sistema Nacional de Salud (SNS).

No cabe la menor duda de que el diagnóstico y el tratamiento del tabaquismo son actividades clínicas y, como tales, han de ser ofertadas a los pacientes dentro de la red asistencial del SNS como sucede con otras enfermedades, como tampoco cabe la menor duda de que es en Atención Primaria (AP) donde se ha de abordar este problema.

La motivación y la formación de los profesionales de AP para abordar el tabaquismo, junto con las medidas de control que favorezcan la prevención y estimulen el abandono del consumo, son la esperanza para evitar que la previsión de 10 millones de muertes anuales en el mundo por esta causa para el año 2030 se haga realidad. Es importante reseñar que la mitad de estas muertes ocurrirán en población de mediana edad (35-69 años) suponiendo un elevadísimo coste humano y social y que los fumadores pierden entre 10 y 20 años de expectativa de vida frente a los no fumadores.

En España todavía la mortalidad por tabaco es muy alta: 54.233 muertes anuales atribuibles al consumo de tabaco, de éstas, el 91% de varones y 9% de mujeres suponen una elevadísima carga de muertes prematuras evitables. Teniendo en cuenta que, a día de hoy, disponemos de diversas armas terapéuticas con evidencia científica, nada justifica la no intervención.

Intervención breve: Las cinco "As"

1. Averiguar (Ask)

2. Aconsejar (Advise)
 3. Ampliar el diagnóstico (Assess)
 4. Ayudar (Assist)
 5. Acordar seguimiento (Arrange)
- 1ª A ¿qué averiguar?

La relación con el tabaco, características del consumo, intentos de abandono, fase del proceso de cambio en que se encuentra, dependencia y motivación; sin olvidar su relación con el HAT (humo ambiental de tabaco)

2ª A, aconsejar:

El consejo deberá ser claro, firme y personalizado, adaptado a la fase de cambio en la que se encuentre el fumador: precontemplador, contemplador o preparado para la acción. El consejo breve dirigido a promover la cesación en el consumo de tabaco es la herramienta más efectiva con la que cuentan los profesionales sanitarios de cara a conseguir la eliminación de este factor de riesgo. Utilizado de forma sistemática tiene un gran impacto en AP.

Las características del consejo para que sea efectivo son:

- Sistemático
- Claro, serio, firme y sencillo
- Positivo
- Personalizado
- Oportuno
- Motivador
- Breve

3ª A, ampliar el diagnóstico:

Evaluar la fase el proceso de abandono e identificar a los fumadores que están listos para hacer un intento serio.

4ª A, ayudar:

Ayudar a establecer el mejor plan y tratamiento siguiendo estos pasos: establecer el día D (cese del consumo); facilitar la información importante (sobre el síndrome de abstinencia, desencadenantes de las ganas de fumar, situaciones de riesgo, etc.); facilitar materiales de autoayuda y prescribir tratamiento farmacológico si es el caso.

5º A, acordar seguimiento:

Acordar con el paciente las visitas de seguimiento, frecuencia, duración y objetivos.

Abordaremos también en este taller de forma breve las bases de la entrevista motivacional y algunas estrategias cognitivo-conductuales sencillas, que puedan ayudar a nuestros pacientes en el proceso de cesación tabáquica.

Revisaremos el manejo de los fármacos que tienen demostrada su eficacia, y de forma interactiva, a modo de preguntas y respuestas, ensayaremos las argumentaciones que puedan ayudar a vencer resistencias en los fumadores.

MESA DE DEBATE

QUO VADIS MEDICINA DE FAMILIA

El “Grado”

José Manuel Cucalón Arenal

Cátedra SEMG-Pfizer de Estilos de Vida y Comunicación en Salud de la Universidad de Zaragoza

De acuerdo con las directivas europeas y legislación nacional que regulan el llamado Espacio Europeo de Educación Superior (EEES), España ha adoptado desde hace 2-5 años el nuevo modelo de formación universitaria que se denomina “Grado”. En cuanto a Medicina se refiere, los cambios curriculares que este Grado trae consigo han sido sustanciales y aunque algunos, como la distribución en los diferentes trimestres de las antiguas asignaturas, son potestad de las propias facultades (en algunas el galimatías es evidente), ha irrumpido con fuerza la asignatura de Medicina de Familia (MF) como área de conocimiento específica que va a ser implantada efectivamente en la mayoría de las facultades españolas en el año 2013-14, cuando los alumnos que comenzaron el grado en el año 2009-10 (caso de Zaragoza)

lleguen al undécimo trimestre, antiguo 5º curso, en donde está ubicada con un valor académico de entre 3 y 9 créditos (en dependencia de cada facultad, 3 en Zaragoza).

Esta aportación al currículo formativo de los futuros médicos supone una clara apuesta por la formación integral e integrada de la Medicina y que camina hacia una clara formación holística de los galenos.

Este sustancial cambio formativo, exigido por la Unión Europea, deberá comportar un nuevo enfoque del profesorado de las facultades y el regreso, 50 años después, de los médicos generales a la Universidad, de donde nunca debieron salir. Además comportará la creación de profesores titulares y asociados de la especialidad de MF así como la creación de departamentos de MF ya sea en asociación con