

## DEBATES

### Debate 1

#### Fibromialgia: reumatismo o somatización

**Moderador:**

*V. Giner Ruiz*

Médico de Familia. Centro de Salud Ciudad Jardín, Alicante. Grupo de Trabajo de Reumatología de la SVMFIC.

**Ponentes:**

*J. García Campayo*

Psiquiatra. Hospital Miguel Servet. Zaragoza. Grupo de Salud Mental del PAPPS.

*A. Pérez Martín*

Doctor en Medicina y Cirugía. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Valles. Servicio Cántabro de Salud. Grupo de Trabajo de Enfermedades Reumatológicas de semFYC.

**Resumen**

La Fibromialgia supone un motivo de consulta frecuente en las consultas de atención primaria y supone un gran reto para el médico de familia, tanto en el diagnóstico inicial como especialmente en el manejo crónico. ¿Es un reumatismo o un trastorno psíquico? ¿Es solo una enfermedad o refleja también en ocasiones ganancias sociales y económicas? Los tratamientos tiene una eficacia limitada y con el tiempo van agotándose las armas terapéuticas, ¿cuál es el mejor abordaje: un enfoque psicoterápico, farmacológico o fisioterápico?

**Preguntas clínicas**

- ¿Reumatismo o trastorno psíquico?
- ¿Solo enfermedad o también ganancias sociales y económicas?
- ¿Enfoque psicoterápico, farmacológico o fisioterápico?

### Debate 2

#### Demencia: recursos sociales o fármacos

**Moderador:**

*E. Sempere Verdú*

Médico de Familia. Centro de Salud de Paterna (Valencia). Coordinador del Grup del Medicament de la SVMFIC. Grupo de Trabajo de Uso de Fármacos de semFYC.

**Ponentes:**

*F. Buitrago Ramírez*

Médico de Familia. Centro de Salud La Paz, Badajoz. Grupo de Salud Mental del PAPPS.

*A. Cruz Jentoft*

Responsable del Servicio de Geriátria del Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

**Resumen**

Cada vez es más complejo el manejo sintomático de los Síntomas Psicológicos y Conductuales de las Demencias (SPCD), a propósito, aunque no exclusivamente, de la polémica suscitada el año pasado sobre las cuestiones relativas a la seguridad (y también costes) de los antipsicóticos atípicos que han conducido al visado. Por otro lado ¿merece realmente la pena recomendar el uso de los inhibidores de la colinesterasa en los pacientes con demencia tipo Alzheimer? ¿Hasta dónde deben llegar los familiares de los pacientes con demencia? ¿Los recursos que la administración española dedica a ayudas sociales a los pacientes con demencia son suficientes? ¿Se destina una cantidad proporcionada a nuestro nivel de desarrollo socioeconómico? ¿Hasta donde puede y quiere llegar el médico de familia? ¿Es adecuado el acceso a neurólogos, geriatras o unidades de memoria? ¿Existe retraso diagnóstico?

**Preguntas clínicas**

- ¿Fármacos o más recursos sociales?
- Papel de los anticolinérgicos y neurolépticos
- Fármacos ¿hasta cuándo?

## Debate 3

### Debate 3: EPOC: corticoides inhalados

#### Moderador:

*I. Sánchez González*

Médico de Familia. Centro de Salud San Luis, Valencia. Grupo de Trabajo de Respiratorio de semFYC. Coordinador del Grupo de Respiratorio de la SVMFIC.

#### Ponentes:

*E. Cimas Hernando*

Médico de Familia. Centro de Salud Contruences, Gijón. Grupo de Trabajo de Enfermedades Respiratorias de semFYC.

*M.A. Lobo Álvarez*

Médico de Familia. Centro de Salud Dr. Cirajas, Madrid. Grupo de Trabajo de Enfermedades Respiratorias de semFYC.

#### Resumen

Cada vez es mayor el uso de corticoides inhalados en el tratamiento de la EPOC, generalmente en asociaciones fijas con beta-adrenérgicos ¿está su uso plenamente justificado por la evidencia? Su instauración es muchas veces empírica ¿deben indicarse tras ensayo terapéutico o sin él? ¿En qué grado de EPOC deben utilizarse?

#### Preguntas clínicas

¿A todos los EPOC?

¿Con ensayo terapéutico o sin él?

¿En qué grado de EPOC?

## Debate 4

### Neumonías: betalactámicos u otros antibióticos

#### Moderadora:

*M.J. Monedero Mira*

Médico de Familia. Centro de Salud Rafalafena, Castellón. Grupo de Trabajo de Enfermedades Infecciosas de semFYC.

#### Ponentes:

*J.M. Cots Yago*

Médico de Familia. Coordinador de la Unidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria de Barcelona ciudad. Grupo de Trabajo de Enfermedades Infecciosas de semFYC.

*J.M. Molero García*

Médico de Familia del Centro de Salud Mar Báltico. Área 4 de Madrid. Grupo de Trabajo de Enfermedades Infecciosas de semFYC.

#### Resumen

Un gran porcentaje de las neumonías adquiridas en la comunidad (NAC) no necesitan ingreso hospitalario, el tratamiento por lo tanto se realiza de forma ambulatoria, siendo éste empírico y basado en un perfil del paciente con valoración de los síntomas clínicos. En este debate se pretende clarificar las dudas acerca de cuál es el mejor tratamiento antibiótico en las NAC, se intentarán resolver cuestiones tan interesantes como éstas ¿Tenemos que utilizar betalactámicos a todas las NAC? ¿Tendré bastante con la amoxicilina para el tratamiento de una neumonía, cubrirá suficiente espectro? ¿Las resistencias del neumococo condicionan la elección

del antibiótico o pesan más las características del paciente? ¿Todos los betalactámicos son iguales? ¿Cuándo estaría indicado utilizar macrólidos? ¿Y otros antibióticos, como las modernas quinolonas? ¿cuando están indicadas?

#### Preguntas clínicas

¿Betalactámicos a todas las neumonías?

¿Betalactámico solo o asociado?

Papel real de las quinolonas

## Debate 5

### Alimentación artificial en cuidados al final de la vida

#### Moderador:

*J.J. Blanquer Gregori*

Médico de Familia. Unidad de Calidad y Formación del Área 19 de Alicante. Grupo de Trabajo de Cuidados Paliativos de semFYC.

#### Ponentes:

*D. Vaquerizo García*

Médico de Familia. Fundación Hospital Do Salnes, Pontevedra. Grupo de Trabajo de Cuidados Paliativos de semFYC.

*J.M. Vila Arias*

Médico Internista adjunto de la Unidad de Cuidados Continuos y Paliativos. Hospital Marítimo de Oza, Complejo Hospitalario Juan Canalejo, A Coruña.

#### Resumen

La nutrición y la hidratación son esenciales para la vida. Hay fuertes condicionantes culturales y filosóficos que marcan especialmente a la alimentación por encima de otros aspectos clínicos. Los pacientes necesitan estar bien informados y ser plenamente competentes a la hora de tomar las decisiones. Conocer los pros y los contras de las distintas opciones de alimentación y sus indicaciones (revisaremos la evidencia existente); y fijar junto con los profesionales sanitarios implicados cuales son los objetivos y cómo vamos a actuar si no se logran. Por nuestra parte, los profesionales debemos saber escuchar, explorar y respetar las decisiones de los pacientes.

Los enfermos en fase terminal a menudo pierden su apetito y reducen la cantidad de comida y líquidos por múltiples causas. A pesar de la baja ingesta, no suelen tener ninguna sensación de hambre. Parece haber evidencia creciente de que los pacientes no sufren e incluso se pueden beneficiar de disminuir la hidratación (con algunas excepciones: el sd. confusional, neurotoxicidad,...). La cuestión ética de mantener la vida frente a prolongar la muerte es importante cuando los beneficios de las distintas alternativas terapéuticas no son evidentes. Es importante que valoremos el concepto de intención del tratamiento.

#### Preguntas clínicas

¿Cuándo usar la sonda nasogástrica? ¿Y cuándo retirarla?

Suplementos nutricionales ¿sí o no? ¿a todos los pacientes?

## Debate 6

### Sedación terminal

#### Moderador:

*L. Pascual López*

Médico de Familia. Centro de Salud de Manises, Valencia. Grupo de Trabajo de Cuidados Paliativos de semFYC.

#### Ponentes:

*C. Arce García*

Médico de Familia. Unidad de hospitalización a domicilio del Hospital de Cabueñes, Gijón. Grupo de Trabajo de Cuidados Paliativos de semFYC.

*R. Altisent Trota*

Médico de Familia. Centro de Salud Actur Sur, Zaragoza. Graduado en Bioética. Profesor asociado de la Universidad de Zaragoza. Grupo de Trabajo de Bioética de semFYC.

#### Resumen

Tras las últimas polémicas ¿qué es realmente la sedación terminal? ¿es la imagen que tienen los pacientes y las familias la adecuada?. ¿Es el domicilio el lugar adecuado o por el contrario es preferible un ambiente hospitalario? ¿Es el médico de familia el profesional óptimo? ¿Tenemos suficiente destreza con los fármacos y materiales relacionados? ¿Quién asume la decisión: paciente, familia o médico?

#### Preguntas clínicas

¿Qué es realmente la sedación?

¿Es el domicilio el lugar adecuado?

¿Es el médico de familia el profesional óptimo?

¿Quién asume la decisión (paciente-familia-médico)?

## Debate 7

### IECAS frente a ARA-II en la prevención y el tratamiento de las enfermedades cardiovasculares

#### Moderador:

*C. Sanchis Doménech*

Médico de Familia. Centro de Salud de Algemesí, Valencia. Coordinador del Grupo de Trabajo de Hipertensión Arterial de semFYC.

#### Ponentes:

*A. Castellanos Rodríguez*

Médico de Familia. Centro de Salud Tres Cantos, Madrid. Grupo de Trabajo de Enfermedades Cardiovasculares de semFYC.

*E. Martín Riobó*

Médico de Familia. Centro de Salud Fuensanta, Córdoba. Coordinador del Grupo de Trabajo de Hipertensión Arterial de SAMFYC. Grupo de Trabajo de Hipertensión Arterial de semFYC.

#### Resumen

Uso real de los ARA-2 es cada vez mayor y no siempre apoyado por evidencias claras ¿existen motivos objetivos? ¿qué grupo tiene más evidencias?. Aunque ambos fármacos actúan en el eje renina-angiotensina y por tanto comparten muchos aspectos ¿son iguales o diferentes? ¿En qué se diferencian? ¿Y en los diabéticos: está adecuadamente justificado por las evidencias el uso preferente de IECA en diabetes tipo 1 y ARA2 en diabetes tipo 2 o no es más que una estrategia de marketing?

#### Preguntas clínicas

Uso real ¿existen motivos objetivos?

¿Qué grupo tiene más evidencias?

¿En qué se diferencian?

¿Y en los diabéticos: IECA en diabetes tipo 1 y ARA2 en diabetes tipo 2?

## Debate 8

### Fibrilación auricular: control o cardioversión

#### Moderador:

*J.M. Soler Torró*

Médico de Familia. CAP de Tavernes de la Valldigna, Valencia.

#### Ponentes:

*J.M. Lobos Bejarano*

Médico de Familia. Centro de Salud de Villablanca, Madrid. Coordinador del Grupo de Trabajo de Enfermedades Cardiovasculares de semFYC.

*L. Silva Melchor*

Cardiólogo. Unidad Coronaria del Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid.

#### Resumen

Puede parecer que el mejor tratamiento para los pacientes con fibrilación auricular (FA) es la recuperación del ritmo sinusal con el que nacemos... pero los estudios actualmente disponibles ponen de relieve que esto no siempre es así y que, muy a menudo, es preferible adoptar una estrategia más conservadora como el control de la frecuencia cardiaca ¿en la mayoría de los pacientes o sólo en casos concretos? ¿con qué medidas terapéuticas?

Además, dado que el mayor problema, aunque no el único, de la FA paroxística o permanente es el riesgo embólico (ictus u otros episodios a distancia) que aumenta con la edad y otros factores de riesgo, la anticoagulación oral a largo plazo se ha generalizado en la mayoría de pacientes. Sin embargo, algunos pacientes podrían beneficiarse de tratamiento antiagregante solo, con menor riesgo de hemorragia, o al contrario, otros que presentan alto riesgo embólico pueden requerir una terapia combinada. ¿en qué situaciones concretas respectivamente?

Finalmente, ya que el médico de familia está asumiendo un papel relevante y creciente en el control de la anticoagulación, cada vez se plantea con más frecuencia no cuándo iniciar el tratamiento (esto está más establecido en las distintas guías clínicas) sino cuándo retirarlo (o sustituirlo) en casos particulares, como en personas muy mayores con problemas de deterioro progresivo, de caídas, de cumplimiento, de sangrado, hechos cada vez más frecuentes... La actitud a seguir debe individualizarse y no es fácil: se discutirá y revisará la mejor evidencia disponible para ayudar en toma de decisiones más apropiada en estas situaciones complejas.

#### Preguntas clínicas

¿Revertir o controlar?

Si se decide controlar frecuencia ¿con qué fármaco?

¿Antiagregar o anticoagular?

¿Y los ancianos?