



Medicina de Familia SEMERGEN

www.elsevier.es/semergen



TALLERES

Abordaje integral del paciente alérgico

Introducción a la homeopatía para médicos alópatas

Ángeles Fernández Gutiérrez

Médico de Familia, Centro de Salud de Sotrondio, San Martín del Rey Aurelio, Asturias, España

Un poco de historia

- Aforismos hipocráticos: *Similia similibus curantur, Contraria contrariis curantur, Vix natura medicatrix.*
- Hahneman (1755-1843) crea la homeopatía como terapia médica. Establece una hipótesis a desarrollar: “Es posible que los medicamentos lleguen a curar síntomas análogos a aquellos que pueden producir”.
- Verificación de la hipótesis mediante estudios experimentales:
- Experimentación en sujetos sanos con los medicamentos de la época (quina, belladona, acónito, ipecacuana) para conocer su acción farmacodinámica.
- Utilización terapéutica de las sustancias experimentadas en los sujetos sanos en pacientes enfermos con síntomas similares a los experimentales.

Conclusión: cantidades mínimas, incluso infinitesimales, mantienen su actividad curativa sin producir efectos secundarios.

Cómo podemos definir la homeopatía

- Método terapéutico que aplica clínicamente la ley de similitud y que utiliza las sustancias medicamentosas en dosis bajas o infinitesimales.
- Terapia que consiste en administrar al enfermo una dosis baja o infinitesimal de la sustancia que, administrada a un sujeto sano, provoca en él síntomas parecidos a los del enfermo.

Qué es la patogenesia

Es el conjunto de síntomas que la administración experimental de una sustancia provoca en un individuo sano. Se integran síntomas provenientes de 3 fuentes:

- La experimentación patogenésica propiamente dicha: administración de dosis diferentes, nunca tóxicas, en sujetos sanos que producen signos funcionales o generales.
- La toxicología: efectos observados en el curso de intoxicaciones tanto agudas como crónicas que producen principalmente lesiones orgánicas (*phosphorus*).
- La experiencia terapéutica que permite precisar cuáles de los signos y síntomas han sido curados por la prescripción del medicamento homeopático.

Materia médica homeopática

Es el conjunto de las patogenesias de todos los medicamentos homeopáticos. Recopilación de síntomas locales, generales, orgánicos, funcionales y psíquicos que se producen en el sujeto sano bajo la acción de sustancias farmacológicamente activas.

Medicamento homeopático

El proceso de fabricación es industrial y sigue el procedimiento establecido por las farmacopeas internacionales; su venta es exclusiva en farmacias.

Se utilizan como cepas homeopáticas o materias primas sustancias de los 3 reinos de la naturaleza:

- *Vegetal* (1.200): p. ej., belladona.
- *Mineral* (1.800): sales naturales, metales, productos químicos. P. ej., Mercurius solubilis.
- *Animal* (300): venenos, hormonas, secreciones. P. ej., *Apis mellifica*.

Manipulaciones específicas del medicamento homeopático

Desconcentración

- Cepas solubles: tinturas madre y otros productos solubles. Dilución en agua destilada o alcohol de 70°.

- Cepas no solubles: trituración a la 1/100 con lactosa hasta la 3 CH; después se trata por dilución.

Diluciones más usadas

- Hahnemanianas:
- Decimal 3 DH, 6 DH.
- Centesimal 5 CH, 7CH, 9CH, 15CH, 30CH.
- A partir de la 9 CH ya no se detectan moléculas por los métodos actuales.
- Korsakoff (K).
- Cincuentamilesimales (LM).

Dinamización

Después de cada dilución se realiza una serie de agitaciones energéticas.

Impregnación

Gránulos (sacarosa, lactosa) glóbulos, comprimidos, gotas (alcohol 30o), ampollas (alcohol 15°). P. ej., árnica 5CH tubo gránulos.

Medicamentos simples o unitarios

Contienen una sola dilución o varias diluciones de la misma sustancia homeopática.

Medicamentos compuestos

Formulaciones estandarizadas que contienen varios principios activos y se denominan con su nombre comercial; también formulaciones magistrales prescritas por el facultativo.

En resumen, el medicamento homeopático no tiene poder farmacodinámico por sí mismo y no hay riesgo de toxicidad ni sobredosis, actúa mediante un fenómeno de reacción cualitativa independiente del peso y de la edad cuando es administrado por encima del umbral de sensibilidad reactiva del enfermo.

La posología viene dada ante todo por el nivel de dilución y también por la frecuencia de las tomas del medicamento. La administración es preferentemente por vía sublingual.

Regla general de prescripción

- Patologías agudas: diluciones bajas y medias de administración frecuente (medicamentos sintomáticos o funcionales).
- Patologías crónicas: altas diluciones y menos frecuentes.

Tratamiento homeopático de patología aguda

Son múltiples los procesos que pueden tratarse con homeopatía:

- ORL y respiratorio: otitis, amigdalitis, laringitis, faringitis, asma, bronquitis, etc.
- Digestivo: cólicos, diarreas, empachos, etc.
- Dermatología: quemaduras, urticarias, eccemas, acné, etc.

- Urinario: cistitis, cólicos nefríticos, etc.
- Traumatismos.
- Trastornos emocionales: miedo, insomnio, ansiedad, etc.

Ejemplo de tratamiento homeopático para traumatismos

- *Árnica montana*: en todo traumatismo de cualquier origen y localización, cuanto antes se administre mayor será su eficacia, calma el dolor, impide la formación de hematomas o acelera la reabsorción de los mismos. Prescripción a la 9 CH cada 10 min durante la 1.ª hora y espaciar según mejoría.

Hay otra serie de medicamentos que completarán la acción de árnica según la localización y la naturaleza de los traumatismos

Esguinces

- *Ruta graveolens*: acción sobre tejidos fibrosos, ligamentos.
- *Rhus toxicodendron*: indicado en el momento de rehabilitación de esguinces o distensiones ligamentosas.

Fracturas

- China: frena hemorragias y ayuda a la reabsorción de hematomas.
- *Symphytum*: en fracturas o después de traumatismos de hueso o periostio, favorece la consolidación.
- *Calcarea phosphorica*: gracias a su acción metabólica sobre el calcio y el fósforo también favorece la formación del callo.

Traumatismos oculares

- *Hamamelis*: hemorragias subconjuntivales.
- *Ledum palustre*: hematomas periorbitales en antifaz.
- *Shymphytum*: traumatismos globo ocular con objeto romo.
- *Ruta graveolens*: fatiga ocular producida por la luz artificial con sensación de quemazón.

Traumatismos del tejido nervioso

- *Hypericum perforatum*: remedio para los traumatismos de las regiones muy innervadas (lechos ungueales, pulpos, encías).
- También en neuralgias. Dilución 30 CH.
- *Natrum sulfuricum*: en TCE, traumatismos raquímedulares con cefaleas, mareos residuales, vértigo, insomnio etc. En TCE se podría asociar árnica e *hypericum* a la 30 CH.

Patología crónica en homeopatía

El tratamiento homeopático de las patologías crónicas requiere:

Historia clínica exhaustiva

- Semiología clásica y exploraciones habituales.
- Semiología homeopática: presenta varias características diferenciales.
- Interrogatorio sobre todos los órganos y funciones.

- *Sensaciones*: dolor (ardiente, punzante, pulsátil, lancinante), prurito, parestesias, cansancio, frío, calor.
- *Modalidades*: modificaciones de un síntoma (frío, calor, reposo, mov, consuelo, horarios).
- *Concomitancias*: signos o síntomas que aparecen con la enfermedad (sudor, palidez, sed, agitación, agresividad, etc.).

Determinación tipo sensible

- Personas particularmente sensibles a un medicamento homeopático y buenos respondedores a la acción del mismo.

Determinación tipo constitucional

- Constitución brevilinea o carbónica: bajos, tendencia a obesidad, rostro cuadrado o redondeado, hipolaxitud ligamentosa, metódico.
- Constitución normolinea o sulfúrica: talla mediana, aspecto armonioso, rostro rectangular, tonicidad normal.
- Constitución longilinea o fosfórica: altos, delgados, rostro alargado o triangular, hiperlaxitud, hipersensibilidad nerviosa, ciclotímico, etc.
- Constitución distrófica o fluórica: constitución mixta que se asocia a las anteriores.

Determinación modo reaccional

Psórico, sicótico, tuberculínico.

Hecho este estudio conoceremos “el terreno” del paciente, sus tendencias patológicas, carácter, etc. y podremos prescribir de una forma personalizada el o los medicamentos de fondo que modifiquen o modulen ese terreno y actúen no sólo como curativos, sino también preventivos.

Una misma enfermedad puede tratarse con sustancias diferentes y distintos procesos pueden tratarse con la misma sustancia.

Abordaje integral del paciente alérgico

Roberto Pelta Fernández

Doctor en Medicina y Cirugía por la Universidad Complutense, Especialista Senior en Alergología, Hospital Gregorio Marañón, Diplomado en Homeopatía por el CEDH, Médico Adjunto de Alergología del Hospital General Universitario, Madrid, España

Actualmente, en los países desarrollados afecciones como la rinitis alérgica afectan a un 25-30% de la población, habiendo aumentado en los últimos años tanto su incidencia

como su prevalencia. Ello se debe a que, además de la predisposición genética, para su padecimiento inciden sobre ese terreno abonado factores exógenos como la contaminación atmosférica y el estilo de vida occidental. Asimismo, se puede constatar en la práctica diaria que es cada vez mayor el número de personas que están sensibilizadas a más de un alérgeno, y además la complejidad de sus manifestaciones clínicas requiere del concurso del alergólogo en un porcentaje elevado de casos, por lo que es fundamental el papel del médico de atención primaria para seleccionar aquellas patologías que deben ser motivo de derivación a atención especializada.

Los antihistamínicos y los corticoides son los fármacos que se prescriben con más asiduidad para el tratamiento de las alergopatías, pero la posible sedación en el caso de los primeros, al atravesar en mayor o menor grado la barrera hematoencefálica, en función de sus características moleculares, y el posible desarrollo de candidiasis orofaríngea, disfonía y osteoporosis con los segundos, limitan su uso a largo plazo. Frente al tratamiento clásico de la rinitis alérgica, la homeopatía dispone de principios activos diluidos muy variados, generalmente vegetales o minerales, teniendo en cuenta no sólo la acción de alérgenos comunes como el polen o los ácaros del polvo en el organismo del sujeto alérgico, sino además su terreno particular, puesto que no hay dos individuos que se comporten igual frente al mismo agente ofensor. Los homeópatas pueden ofrecer al paciente un tratamiento específico frente al alérgeno causal, como sucede con los pólenes, los ácaros, los mohos y los epitelios de animales, una acción inespecífica sobre la histamina, que es el principal mediador de las reacciones alérgicas, o recurriendo a diversos principios activos que pueden ser de origen vegetal, mineral o animal. Ofrece la ventaja adicional de que sus posibles efectos secundarios son mínimos, existiendo además una escasa interacción con otro tipo de medicamentos, pero la homeopatía también puede cubrir lagunas terapéuticas. Es el caso de una planta denominada *Sabadilla officinarum*, que preparada de forma homeopática resulta muy efectiva para controlar los síntomas nasooculares característicos de la polinosis y también el molesto prurito nasal y velopalatino, ya que este último es muy molesto y suele escapar de la acción de los antihistamínicos. Otras plantas como la *Nux vomica* son de utilidad para el control de las salvas matutinas de estornudos y la congestión nasal nocturna, mientras que la *Euphrasia officinalis* es un gran aliado para el alivio de la conjuntivitis alérgica.

También dispone la homeopatía de sustancias vegetales como la *Sticta pulmonaria* o minerales como el yoduro potásico para aliviar la congestión nasal derivada del compromiso sinusal que puede acompañar a la rinitis alérgica. Asimismo hay medicamentos homeopáticos como el *Arsenicum album* que sirven para el tratamiento de la tos y el broncoespasmo nocturnos característicos de las crisis de asma de predominio nocturno que afectan al paciente alérgico.

Acné: un diagnóstico sencillo, un tratamiento adecuado

E. Martínez Prats^a, F.J. Esteban González^b, M. Pérez López^c, A. Guerra Tapia^d
y R. de Lucas Laguna^e

^aResponsable del Grupo de Trabajo de Adolescencia de SEMERGEN, CAP de la Barceloneta, Barcelona, España

^bGrupo de Trabajo de Dermatología de SEMERGEN

^cDermatóloga, Miembro de la Global Alliance

^dSección de Dermatología, Hospital 12 de Octubre, Madrid, España

^eSección de Dermatología Pediátrica, Hospital La Paz, Madrid, España

El taller del nombre de referencia está basado en un curso de formación integral en dermatología para especialistas de atención primaria, avalado por SEMERGEN y acreditado por SEAFORMEC con 11 créditos de ámbito europeo.

Como corresponde a su título partiendo de una patología, en este caso acné, el taller tiene como principal objetivo facilitar, es más “hacer fácil” el abordaje y manejo del acné desde el punto de vista del médico de atención primaria.

La necesidad de realizar un taller sobre acné se ha establecido en función de su prevalencia, del 80 al 100% de los adolescentes lo padecen, y de la necesidad de establecer unas normas básicas y sencillas de diagnóstico y de tratamiento que sean de utilidad al especialista de atención primaria. En este planteamiento no podían faltar unas indicaciones concretas que fijasen los criterios de derivación, partiendo por supuesto de unas normas para llegar a un diagnóstico diferencial adecuado que permita una perfecta calidad asistencial.

El taller ofrece a los inscritos resolver todas las dudas del manejo del acné; para ello tiene un profesorado experto compuesto por 5 ponentes:

- Elena Martínez Prats. Responsable del Grupo de Trabajo de Adolescencia de SEMERGEN. CAP de la Barceloneta, Barcelona.
- Francisco José Esteban. Grupo de Trabajo de Dermatología de SEMERGEN.

- Tres miembros del Grupo Foracne, dermatólogos expertos en acné:
- Montserrat Pérez. Dermatóloga miembro de la Global Alliance.
- Aurora Guerra Tapia. Jefa de sección de Dermatología Hospital Doce de Octubre, Madrid.
- Raúl de Lucas Laguna. Jefe de sección de Dermatología Pediátrica, Hospital La Paz, Madrid.

Dado el planteamiento del taller se espera poder debatir y entrenar diferentes hipótesis de trabajo sobre el manejo del acné.

Estructura del taller

- Breve introducción sobre la definición del acné.
- Etiopatogenia descrita de una forma esquemática con dos cuadros resumen, comentarios y coloquio.
- Normas para realizar un diagnóstico sencillo partiendo de la descripción del tipo de lesión y de la clasificación del acné tipo de lesión/gravedad incluyendo las formas especiales.
- Normas básicas para elegir un tratamiento adecuado, comentarios, indicaciones, directrices, consejos y coloquio.
- Criterios de derivación, descripción de las patologías graves, leves, seguimiento del acné.
- Test de evaluación.
- Coloquio final.

Actividades preventivas en la población inmigrante

José Luis Martíncano Gómez^a y Matilde Sierra Pérez^b

^aMédico de Familia, Centro de Salud de Jabugo, Huelva, España. Coordinador de la Sección del Inmigrante del Grupo de Trabajo de Actividades Preventivas de SEMERGEN

^bMédico de Familia, Centro de Salud Santoña, Cantabria, España. Miembro de la Sección del Inmigrante del Grupo de Trabajo de Actividades Preventivas de SEMERGEN

Objetivo general

Establecer un Plan de actividades preventivas de salud en la atención del paciente inmigrante.

Objetivos específicos

Al finalizar el taller el alumno será capaz de:

- Determinar las necesidades de prevención primaria y secundaria del paciente inmigrante.

- Adecuar las actuaciones preventivas de manera sensible a las características del paciente según origen étnico y cultural con planes específicos de prevención.
- Tomar decisiones sobre el paciente inmigrante según la práctica de prevención que eleve, conserve o recupere el estado de salud del paciente.

Ficha etnográfica

1. Situación global, hábitat y topografía.

Anotar las características raciales en la historia

Inaceptable	Paciente de color
	Enfermedades en la población o sujetos de color
Desaprobado	Enfermedades en los inmigrantes
	Enfermedades emergentes
	Enfermedades importadas
	Enfermedades extranjeras
En desuso	Enfermedades en la población caucasiana, europea,...
Aceptable (con respeto)	Grupo étnico blanco (caucasianos, europeos...)
	Grupo étnico negro (africanos, caribeños...)
	Enfermedad en blancos, negros...
Recomendable	Mayoría étnica (españoles autóctonos)
	Minoría étnica (italianos, franceses, africanos, judíos, chinos, marroquíes, polacos, asiáticos, mejicanos...)
	Enfermedades en grupos de la mayoría étnica
	Enfermedades en la minoría étnicas asiáticos, hindúes, chinos
	Enfermedades tropicales en asiáticos, chinos etc...

The duty to promote race equality. Performance guideline for health organizations. http://www.cre.gov.uk/duty/pdfs/pg_health.pdf

- 2.Comunicación.
- 3.Organización y función familiar.
- 4.Situación laboral.
- 5.Ecología biocultural (farmacoantropología, rasgos físicos).
- 6.Factores y conductas de alto riesgo.
- 7.Nutrición.
- 8.Embarazo y prácticas de maternidad.
- 9.Rituales mortuorios.
- 10.Religión y espiritualidad.
- 11.Prácticas de salud.
- 12.Agentes de la salud.

Anamnesis y exploración orientadas a las actividades preventivas

Enfermedad actual

- 1.País de origen y etnia.
- 2.Religión, grado de su práctica y existencia de un sistema alternativo de creencias.
- 3.Fase de aculturación y congruencia cultural. Factores de su adaptación.
- 4.Nivel educacional.
- 5.Tiempo de residencia en España y última estancia en su país. Países visitados.
- 6.Características de la migración (razones, proyectos, acompañantes, relaciones familiares, niños, pérdidas familiares recientes o desde su llegada).
- 7.Situación laboral antes y después de la migración, actividad laboral actual (riesgos laborales).
- 8.Situación legal.
- 9.Idiomas hablados y uso del lenguaje, tanto verbal como el gestual o corporal.
- 10.Condiciones de alojamiento.
- 11.Barreras accesibilidad.

- 12.Motivo de consulta y expectativas que el paciente y sus familias tienen respecto a la consulta (canalización de la demanda y papel del enfermo).
- 13.Explicación de las causas de la enfermedad, su pronóstico y el tratamiento.
- 14.Si va a viajar: preguntar sobre destino y duración del viaje (retorno, VFR).

Valoración de la competencia comunicacional

- 1.Escuchar adecuadamente, sin interrumpir.
- 2.Cordialidad, realizar un buen recibimiento, sonreír.
- 3.Respeto, en ningún momento critica o hace juicios peyorativos.
- 4.Tranquilidad, mantenerse sereno, con control emocional.
- 5.Optimismo, ve los aspectos positivos de las situaciones, intenta dar ánimos al paciente.
- 6.Contacto, el contacto físico al hacer exploraciones físicas o saludar es cuidadoso y amable.
- 7.Interés por las opiniones, las creencias, valores, preocupaciones o emociones del enfermo.
- 8.Expresión inteligible, expresarse de modo que se entienda claramente todo el rato.
- 9.Empatía frente las emociones intensas del enfermo (dolor, ansiedad, alegría), participa o se solidariza o las entiende para reconvertirlas.

Antecedentes personales

- 1.Prácticas de salud.
- 2.Hábitos dietéticos, higiene personal.
- 3.Preguntar anamnesis por aparatos: indaga al menos síntomas de algún aparato: osteomuscular, respiratorio, personalidad premórbida, alteraciones mentales...

4. Posibles alergias e historia farmacológica.
5. Preguntar sobre factores de riesgo: tabaco, alcohol, drogas, alimentación, ejercicio (al menos dos).
6. Valorar actitudes frente a actuaciones de prevención y promoción de salud: vacunas, planificación familiar, etc.
7. Preguntar sobre su situación vacunal: vacunas recibidas siendo adulta, calendario infantil, etc.
8. Síntomas y signos de alerta.

Aproximación sincrónica

- Anemia: ferropénica, paludismo, hemoglobinopatías (drepanocitosis, talasemias), déficit G6PD, linfoma de Burkitt, hipersplenismo y uncinariasis.
- Cardiovascular: HTA, pericarditis tuberculosa, miocardiopatía dilatada, cardiopatía reumática, enfermedad de Chagas, pericarditis infecciosa, miocarditis infecciosa.
- Cutáneo: escabiosis, micosis superficiales, dermatitis de contacto, tumores de la piel, urticaria, filariosis y lepra.
- Diarrea: bacterias enteropatógenas habituales, giardosis, amebosis, strongyloidosis y VIH/SIDA, criptosporidiosis, esquistosomosis.
- Eosinofilia: filariosis, esquistosomosis, nematodos intestinales (*Strongyloides*), reacciones alérgicas, cisticercosis, hidatidosis, triquinosis.
- Fiebre: paludismo, tuberculosis, absceso hepático amebiano y VIH/sida.
- Linfadenopatías: tuberculosis (cervical, axilar, mediastínica), VIH/sida, filariosis (inguinales), ETS y linfomas.
- Neurológico: cisticercosis, meningitis bacteriana, lepra, encefalitis virales, hidatidosis, neurosífilis y secuelas de polio.
- Oftalmológico: conjuntivitis virales y bacterianas, oncocercosis, loasis, pterigium y cicatrices corneales, tracoma, cisticercosis, oftalmia neonatorum, neuritis óptica nutricional, tuberculosis ocular.
- Respiratorio: tuberculosis, migración pulmonar de nematodos, eosinofilia pulmonar tropical y paludismo.
- Urinario: ETS, tuberculosis genitourinaria, esquistosomosis (hematuria, síndrome nefrótico, hidronefrosis, calcificaciones, infertilidad, cáncer vesical), malaria (síndrome nefrótico).
- Visceromegalia: malaria, síndrome de esplenomegalia malárica reactiva, hepatitis virales crónicas con cirrosis o hipertensión portal, absceso hepático amebiano, anemias hemolíticas crónicas, fiebre tifoidea, brucelosis y tuberculosis diseminada.

Antecedentes personales en la infancia

1. Curso del embarazo.
2. Infecciones de transmisión perinatal (hepatitis B en asiáticos y África Subsahariana, VIH en África Subsahariana, sífilis, malaria).
3. Datos sobre el parto, peso-talla al nacer y si fue preciso realizar reanimación neonatal.
4. Realización de la detección precoz de errores congénitos (fenilcetonuria e hipotiroidismo).
5. Enfermedades previas (febriles, diarrea, vómitos, etc.).

6. Tratamiento parenteral o profilaxis antimalárica.
7. Alergia medicamentosa.
8. Alergia alimentaria.
9. Antecedentes familiares de anemias hemolíticas o déficit de lactasa.

Antecedentes personales en la mujer

1. Antecedentes ginecológicos y obstétricos.
2. ITS.
3. Revisiones ginecológicas.
4. Controles embarazos previos.
5. Lactancia.
6. Intenciones de embarazo e indagar sobre necesidades de prevención: vacunación rubéola, posibilidad de ácido fólico, determinaciones analíticas o serologías realizadas (al menos 1).
7. Preguntar sobre relaciones sexuales.
8. Preguntar sobre controles ginecológicos: realización previa de Papanicolaou...
9. Preguntar sobre métodos anticonceptivos empleados.
10. Violencia de género.

Antecedentes familiares

- Funcionalidad familiar.
- Estructura. Ciclo vital, relaciones de género, nacimientos, duelo.
- Apoyo y estructura social.
- Estrés social.
- Apoyos sociales disponibles. Niveles de actividad y discapacidad.
- Proyecto o sueño de volver a su patria.

Información sociolaboral

- Vivienda.
- Tipo.
- Régimen de tenencia.
- Hacinamiento.
- Equipamiento: adecuado/no adecuado o insuficiente.
- Condiciones ambientales: conservación, higiene, iluminación, ventilación, humedad, ruidos, animales, eliminación de aguas residuales, actividades molestas/insalubres.
- Barreras arquitectónicas.
- Riesgos de accidentes.
- Entorno en que se ubica la vivienda:
 - Medio ambiente degradado.
 - Vivienda aislada/diseminados.
 - Núcleos urbanos.
 - Adecuación de la infraestructura del entorno.
 - Disponibilidad de equipamientos.

Exploración física

- Medidas antropométricas (peso y talla). Estado nutricional (importante en niños).

- Piel y mucosas (desvestir al paciente si es posible): manchas, lesiones ulceradas en piel y mucosas, nódulos subcutáneos, lesiones de rascado... Buscar adenopatías.
- Cabeza y cuello: examen dental, fosas nasales (úlceras, tumores) oídos (otitis, perforación), ojos (fondo de ojo cámara anterior) y agudeza visual, adenopatías cervicales, palpación de tiroides.
- TA y frecuencia cardíaca.
- Tórax: descartar miocardiopatía dilatada, valvulopatía reumática.
- Abdomen: buscar hepato y esplenomegalia, ascitis.
- Genitales: descartar ITS, palpar adenopatías inguinales.
- Estudio ginecológico en la mujer.
- Extremidades: linfedema crónico, tumefacción.
- Osteoarticular: exploración de las articulaciones, exploración lumbar.
- Exploración neurológica básica.

Pruebas complementarias iniciales

- Hemograma completo.
- Bioquímica básica.
- Sistemático de orina.
- Serología: VHB, VHC, VIH, lúes, Mantoux.
- Radiografía de tórax (adultos).
- Parásitos en heces.

Actuaciones preventivas

1. Hábitos tóxicos, ejercicio y nutrición.
2. Enfermedades transmisibles y estado vacunal.
3. Riesgo de patología general e importada.
4. Salud materno-infantil, reproductiva y diferencias de género.
5. Salud mental.
6. Salud bucodental.
7. Salud y riesgo laboral.
8. Valoración farmacológica y adherencia.
9. Viajes.

Hábitos tóxicos, ejercicio y nutrición

- Dieta. La dieta es un hecho cultural y sabio adaptado a sus circunstancias, necesidades y recursos íntimamente

- relacionados con sus gentes. Frecuentemente relacionado con la religión (p. ej., judíos, Ramadán).
- Ejercicio. Actividad diaria, paseos, deporte.
- Higiene personal. Ducha, bidet, cepillado de dientes.
- Tóxicos universales y étnicos (chicle de betel, té, mate, café, tabaco, biri, hooka, alcohol).
- Drogas psicoactivas (rastafaris, Colombia. Perú, Bolivia...).
- Disolventes inhalados (MEINAS).

Enfermedades transmisibles y estado vacunal

- Objetivo: conseguir un nivel de protección frente a enfermedades vacunables similar a la población de acogida.
- Usar como referencia nuestro calendario vacunal cuando no se tenga una vacunación objetiva o esté incompleta (se prefieren dosis repetidas TV, Hib, VPI, HB no aumento del riesgo).
- Pauta de vacunación. Tener en cuenta: movilidad del inmigrante, características del lugar de origen, hijos de inmigrantes, fiabilidad (tablas 1-3; figs. 1-3).

Riesgo de patología general e importada

Resultados de la exploración física, pruebas analíticas y aproximación sindrómica previos.

Salud materno-infantil, reproductiva y diferencias de género

- Enfermedades transmisibles.
- Enfermedades importadas.
- La edad fértil: sexualidad, fertilidad, contracepción, IVE.
- El embarazo, parto, puerperio y lactancia.
- Infecciones de transmisión sexual (ITS).
- Patologías uroginecológicas.
- Prostitución.
- Voluntad del varón.
- Violencia de género.
- Estigmatización VIH.
- Necesidad de reparación del himen.
- Mutilación genital femenina.
- La menopausia y la senilidad.

Tabla 1 Calendario vacunal del adulto inmigrante

Dosis	Fecha	Vacunas
1.ª dosis	Mes 0	Td, VHB, VPI Triple vírica (o rubéola sólo mujeres) Antineumocócica y antigripal en > 65 o enfermedades predisponentes
2.ª dosis	Mes 1	Td, VHB, VPI
3.ª dosis	Mes 6	Td, VHB, VPI

Td: tétanos-difteria dosis adultos, VHB: hepatitis B; VPI: antipolio inactivada parenteral en no vacunados

Tabla 2 Calendario vacunal niños en caso de no existir registro previo

Edad (años)	DTP	Polio	Triple vírica	Hepatitis B	<i>H. influenzae</i>	Meningococo C
< 2	4 dosis 0, 2, 4, 12 meses	4 dosis 0, 2, 4, 12 meses	1 dosis	3 dosis 0, 2 y 6 meses	2-6 meses (4) 7-12 meses (3) > 12 meses (1)	2-5 meses (3) 6-11 meses (2) ≥ 12 meses (1)
2-6	4 dosis DTPa 0, 1, 12, 24 meses	5 dosis 0, 1, 2, 12, 24 meses	2 dosis 0, 3, 6 años	3 dosis 0,2,6 meses	< 5 años 1 dosis > 5 años: No	1 dosis
7-18	3 dosis Td. 0, 1, 6 meses	3 dosis 0, 1, 6 meses	2 dosis 0, 1 mes	3 dosis 0, 1, 6 meses		1 dosis
> 18	3 dosis Td.0, 1, 6 (12) meses	3 dosis 0, 1, 6 meses	2 dosis 0, 1 meses	3 dosis 0, 1, 6 meses		< 20 años 1 dosis

Tabla 3 Centro de exploraciones complementarias según lugar de procedencia

	Europa del Este	Asia	África del Norte	África Subsahariana	América Latina
Hemograma bioquímica (1)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Orina	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
VHB (2)	No	Sí	No	Sí	No
VHC	No	No	No	Sí	No
VIH (3)	No	No	No	(Sí)	No
VDRL (4)	No	No	No	(Sí) si factores de riesgo	No
PPD	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Rx tórax (5)	(Sí)	(Sí)	(Sí)	(Sí)	(Sí)
Parásitos en heces (6)	No	(Sí)	(Sí)	(Sí)	(Sí)
Malaria (7)	No	No	No	(Sí)	No
Filarias (8)	No	No	No	(Sí)	No
Tripanosoma (Chagas)	No	Si	No	No	Si

Sí = Indicada de rutina. (Sí) = Indicación discutida. No = No indicada de rutina. Leucopenia leve es normal en africanos. Eosinofilia < 800/mm³ es frecuente y no merece estudio. Si hay anemia microcítica con ferritina normal: estudio de hemoglobinopatías 2. VHD en losHbsAg+ y elevación de transaminasas. Con consentimiento del paciente. Posible uso de otro test reagínico que se confirmará con test treponémico. Discutida su indicación de rutina, indicada siempre que PPD sea +. 2 o 3 muestras recogidas en días diferentes, algunos autores aconsejan tratar con albendazol 5 días ante la sospecha clínica sin confirmación microbiológica. Frotis y gota gruesa ante la mínima sospecha en recién llegados (menos de 6 meses desde su llegada). Microfilarias en sangre y piel de pellizco cutáneo si eosinofilia o procedentes de zonas endémicas (África).

Violencia de género. Atención integral a la mujer inmigrante

Quando sí se aprecian lesiones en la mujer

- Incoherencia en el relato de los hechos o negativa al explicar el origen de las lesiones.
- Lapso de tiempo demasiado largo entre el accidente y la consulta.
- Historia de accidentes frecuentes.
- Huellas de golpes y/o hematomas en diferentes lugares del cuerpo.
- Lesiones antiguas, no tratadas, junto con lesiones nuevas.

Quando no se aprecian lesiones en la mujer. Signos

- Síntomas crónicos vagos que no cuadran con el diagnóstico de enfermedad.

- Historia de depresión.
- Intentos de suicidio.
- Ingesta crónica de tranquilizantes o consumo elevado de alcohol u otra droga.
- Síndrome de estrés postraumático.
- Enfermedades de transmisión sexual.
- Disfunciones sexuales, vaginismo, dispareunia., etc.
- Reparos, dificultad o dolor en la exploración pélvica.
- Problemas ginecológicos y obstétricos recurrentes.
- Envejecimiento prematuro.

Quando no se aprecian lesiones en la mujer. Actitudes

- Incoherencia en el relato de los hechos o negativa al explicar el origen de las lesiones.
- Agresividad sin causa aparente.
- Actitud evasiva, mirada huidiza, confusa o temerosa.

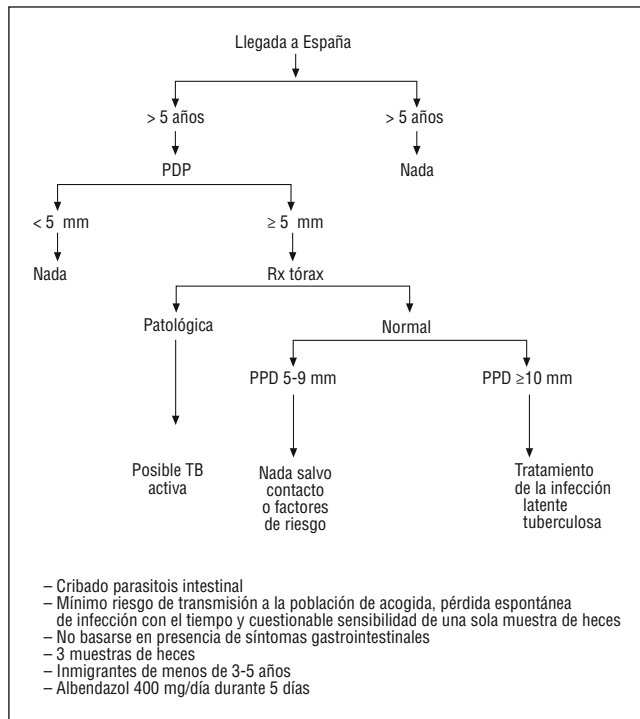


Figura 1 Estrategia de cribado sw TB en inmigrantes-asintomáticos.

- Actitud apresurada y atemorizada.
- Mujer dependiente de su pareja, que acude con ella a la consulta, que tiene miedo, que le mira antes de hablar.
- Actitud ansiosa, deprimida o triste.
- Desvalorización de sí misma (se califica como torpe e incapaz).

Cuando no se aprecian lesiones en la mujer.

Comportamientos

- Consultas frecuentes y reiteradas sin causa.
- Retraso u olvido de las citas sin justificación lógica aparente.
- Comienzo tardío de la consulta prenatal.

Recomendaciones

- Ver a la mujer sola, asegurando la confidencialidad.
- Utilizar el tiempo necesario para la entrevista.
- Observar las actitudes y el estado emocional (lenguaje verbal y no verbal).
- Facilitar la expresión de sentimientos.
- Mantener una actitud empática que facilite la comunicación.
- Escucha activa.
- Hacer sentir a la mujer que ella no es culpable de la violencia sufrida.
- Expresar claramente que nunca está justificada la violencia en las relaciones humanas.

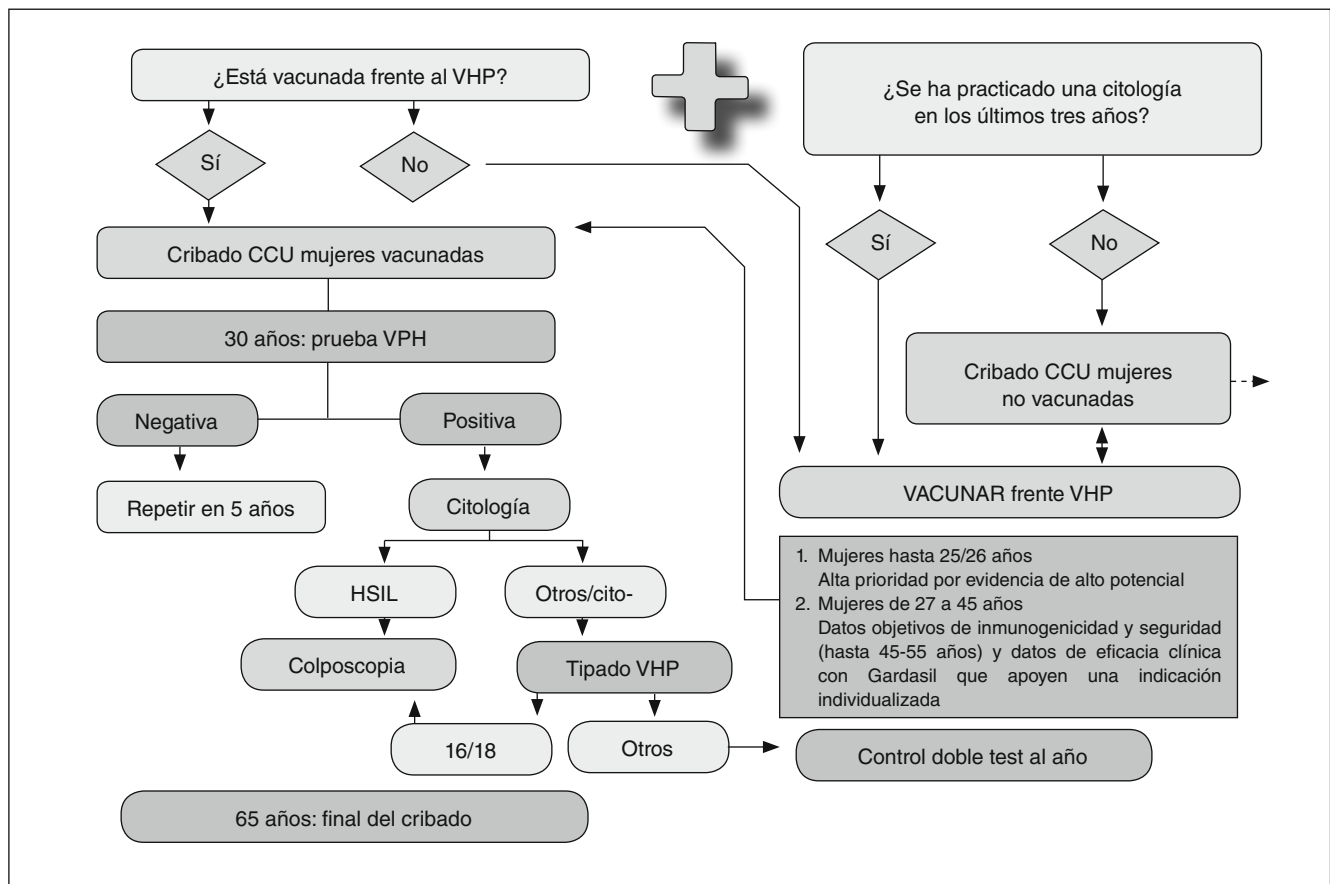


Figura 2 Dos preguntas claves para una prevención integral del cáncer de cuello de útero.

Prostitución**Perspectiva**

- Problema legal.
- Elección personal.
- Asunto moral.
- Hecho de violencia contra la mujer.
- Violación de los derechos humanos.

Negocio del sexo

- Violaciones de los derechos humanos: acoso sexual, servidumbre económica, el retraso educativo, el racismo, el clasismo y la vulnerabilidad a abusos físicos y sexuales.

Relación entre racismo, inmigración, sexismo y prostitución

- 60% de las prostitutas son inmigrantes.
- Procedentes de África y Latinoamérica, en situación irregular.
- Separadas o divorciadas, con hijos a su cargo en el país de origen.
- Bajo nivel de estudios.
- Debut.
- Ejercen para poder enviar dinero a sus familias.

Salud Infantil

- Situación nutricional.
- Escolarización.
- Salud bucodental (caries, higiene, flúor, sellado de fisuras).
- Salud Mental, déficit sensorial y sensomotor.
- Factores de riesgo psicosocial.
- Enfermedades infecciosas.
- Similares a la población autóctona.
- TBC.
- Asociado a nivel socioeconómico.
- VIH: prevalencia baja.
- Otras: malaria (prevalencia baja), África, inmigrantes viajeros, parasitosis intestinales muy frecuentes, disminuye con el tiempo de estancia en el país receptor, *Trichuris trichiura*, *Ascaris lumbricoides*, *Giardia lamblia*, *Uncinariasis*, *Entamoeba histolytica*.

Salud mental

- Relaciones familiares, niños, pérdidas familiares recientes o desde su llegada.
- Situación laboral antes y después de la migración, situación legal, condiciones de alojamiento.
- Humor, estado de ánimo.
- Habla y lenguaje.
- Curso y contenido del pensamiento, percepción.
- Funciones cognitivas.
- Insight (conciencia del trastorno) y capacidad de juicio.
- Ajuste psicológico a nivel personal y familiar.
- Impacto del proceso migratorio.
- Nombre, edad y la edad que representa, sexo, estado civil.
- Capacidad de elaboración del duelo de la inmigración.
- Interpretaciones culturalmente relevantes del estrés social, los apoyos sociales disponibles.
- Niveles de actividad y discapacidad.

- Si existe el proyecto o el sueño de devolver a su patria.

Instrumentos

1. Funciones cognitivas (miniexamen cognitivo).
2. Vida afectiva (Yesavage, Hamilton, Rosenberg, autoestima...).
3. Funcionalidad familiar (genograma, APGAR familiar, Eco-mapa, BARBER...).
4. Recursos y apoyo social (Friend-Work APGAR, escala de reajuste social, riesgo social).
5. Demandas ambientales y la adaptación social (emoción expresada, JAS, DSP, SAS-SR, DAS, Marital Satisfaction Inventory).
6. Indicadores socioeconómicos (género, clase social, nivel educativo, ingresos, renta, poder adquisitivo, presupuesto familiar, inversiones...).
7. Morbilidad y estilos de vida (salud percibida, AVEs, encuesta básica del estado de salud, PRIME-MD, sexualidad, CAGE, violencia doméstica, trasplantes y donación de órganos...).
8. Facilitadores de la terapia (SCL-90, MCMI-I, MMPI-2, PAI).

Criterios de derivación al Equipo de Salud Mental

- Psicosis.
- Trastorno depresivo severo o resistente al tratamiento.
- Trastornos de personalidad.
- Conductas peligrosas para el propio paciente o para los demás.
- Intento de suicidio o ideas suicidas.
- Estados emocionales intensos que incapacitan al paciente para actividades simples.
- Conductas disfuncionales que requieren cambios caracterológicos y conductuales.
- Peritajes jurídico-legales.
- Necesidad de tratamientos reservados al especialista.
- Necesidad de ayuda diagnóstica y terapéutica del especialista.
- Síndromes dependientes de la cultura.

Salud bucodental

- Hábitos de salud bucodental.
- Frecuencia cepillado.
- Lavarse los dientes no necesita cepillo y la pasta en muchas culturas, raíces y mondadientes son usados en África y Sudamérica como un ritual diario. Entre los magrebíes la higiene dental se considera imprescindible. Se utilizan de modo habitual el cepillo y la pasta dental, combinados con ceniza como blanqueante.
- Uso hilo dental.
- Hábito tabáquico.
- Hábito alimentario cariígeno.
- Número de visitas al odontólogo (una vez al año).
- Prótesis.
- Programa de salud bucodental.
- Programa infantil: la caries no se considera enfermedad en muchas culturas.
- Dieta azucarada.
- Suplementos y enjuagues fluorados/antibióticos.
- Programa adolescentes. Erupción anómala muelas del juicio.

- Programa mujer gestante.
- Pacientes de riesgo: diabéticos, gestantes, fumadores, inmigrantes, radioterapia, bifosfonatos...

Salud y riesgo laboral

- Condiciones medioambientales nocivas para la salud.
- Dimensiones de precariedad laboral.
- Condiciones de trabajo y tipo de contrato.
- Lesiones por accidente de trabajo y posibles enfermedades profesionales.

Valoración farmacológica y adherencia

- Atención programada.
- Uso racional de los medicamentos.
- Variabilidad farmacológica individual sopesando factores raciales.
- Facilitadores de la terapia (SCL-90, MCMI-I, MMPI-2, PAI).
- Establece una prescripción de calidad sopesando valores raciales (efectos secundarios determinados genéticamente, farmacocinética, adherencia, consejos...).
- Estado del uso de medicinas alternativas.
- Atención comunitaria y participación.
- Agentes sociales.

Factores de adherencia. Creencias y factores socioculturales

- ¿Hay alguna incongruencia entre las creencias del paciente y las del médico con respecto a la medicación prescrita?
- ¿Qué significa para el paciente tomar la medicación?
- ¿Por qué la medicación se ha interrumpido o no?
- ¿Qué pasaría si no se hubiese interrumpido la medicación?
- ¿El tamaño, color y la forma de administración de la medicación sugieren algún rechazo?
- ¿Qué factores socioculturales reales o potenciales pueden estar involucrados en la no adherencia medicamentosa?
- ¿Hay apoyo familiar?
- ¿Está presente algún miembro familiar que pueda estar influyendo en el paciente a la hora de tomar la medicación?
- ¿Está presente otra persona significada que pueda estar influyendo en el paciente a la hora de tomar la medicación?
- ¿El paciente es partidario de algún tipo de medicina alternativa?
- ¿El paciente está tomando alguna preparación a base de plantas medicinales?
- ¿Existe alguna creencia religiosa que le impida tomar la medicación?

Preguntas estratégicas para obtener un refuerzo de adhesión al tratamiento

- ¿Qué le sugiere tener que tomar este(os) medicamento(s)?
- ¿Qué significa para usted tomar la medicación(es)?
- ¿Qué cree que pensaría su familia, los amigos o cualquier

persona cercana a usted si supieran que tiene que tomar esta medicación?

- ¿Tiene alguna preocupación sobre los efectos secundarios de esta medicación(es)?
- ¿Usted tiene alguna creencia religiosa con respecto a la toma de medicaciones?
- ¿Qué beneficios espera de esta medicación?
- ¿Qué beneficios obtendría si no toma la medicación?
- ¿El color, tamaño, forma o modo de presentación de la medicación le supone alguna idea?
- ¿Cree que pierde capacidad de decisión si toma la medicación? Explíquelo.
- ¿Si se ha realizado algún cambio en la medicación, aunque haya resultado claramente positivo, le ha resultado preocupante o incomodo? Explíquelo.
- ¿Ha introducido por su cuenta algún cambio en la dosis o el horario de la medicación? ¿Cuáles?
- ¿Le afecta su autoestima el tener que tomar la medicación? Explíquelo.
- ¿Quiere usted decirme algo más sobre sus preocupaciones o dilemas acerca de su medicación?

Viajes

Visitando amigos y familiares

- Inmigrantes viajeros (y a sus hijos) que viajan a sus países de origen, generalmente a visitar familiares o amigos.
- Estos viajes son generalmente de larga duración y a zonas rurales.
- Baja percepción del riesgo.
- Pérdida de inmunidad de enfermedades prevalentes en origen.
- Suelen estar en contacto estrecho con la población local y, además, sufren una elevada exposición a picaduras de vectores y mordeduras de animales.
- Además no suelen tomar precauciones suficientes, no suelen administrarse vacunas previaje ni tomar profilaxis antipalúdica.
- Esto es especialmente importante en las mujeres en edad de gestación y en los niños.
- Enfermedades susceptibles: infantiles vacunables, parasitosis intestinales, hepatitis a y b, tuberculosis, infecciones de transmisión sexual, malaria y fiebre tifoidea.

Antes, durante y después (tabla 4)

Actividades preventivas en la población inmigrante

España es el segundo país de la Unión Europea en número de extranjeros con tarjeta de residencia en vigor, después de Alemania, y suponen el 12% de total de la población española. A nuestra atención primaria están llegando pacientes con problemas de salud y sociales distintos de los que estamos habituados. En estos años se ha producido un importante movimiento migratorio hacia España existiendo a 30 de septiembre de 2009, en nuestro país, 4.715.757 extranjeros con tarjeta o autorización de residencia en vigor, según cifras oficiales del Ministerio de Trabajo e Inmigración. Los colectivos más numerosos son marroquíes, rumanos, ecuatorianos y colombianos.

Tabla 4 Consejos

Alimentos	Cuézalo, cocínalo, pélelo y si no olvídelo
Bebidas	No hielo en bebidas, siempre agua mineral incluso en el cepillado de dientes, no zumos de fruta que no estén envasados
Baños	No bañarse en ríos o lagos (esquistosomiasis)
Insectos	DEET al 40%
Altitud	Cefaleas, insomnio irritabilidad, dificultad respiratoria... edema pulmonar
Jet Lag	Viajar en contra o a favor del huso horario causa trastornos del ritmo circadiano con alteración del ritmo actividad/reposo, ciclo menstrual (desde el Este se alarga, desde el Oeste se acorta)
Factores climáticos	Se aconseja el uso de sombrero y gafas de sol. Cremas de protección con filtro solar. Abundantes líquidos
ITS	Evitar comportamientos de riesgo
Accidentes	Extremarse las medidas de precaución y cumplir estrictamente las normas de tráfico vigentes en cada país

La emigración es un fenómeno global y universal que afecta a una gran parte de la población mundial. Hoy, alrededor de 160 millones de personas viven temporalmente fuera de sus países de origen; entre ellos, 100 millones son trabajadores migrantes, según estimaciones de la OIT (Organización Mundial del Trabajo).

No debemos olvidar que el médico de AP es, en muchas ocasiones, el primer contacto de estos pacientes con el sistema sanitario organizado y que, fundamentalmente, de estos profesionales dependerá la prevención de enfermedades endémicas entre estos colectivos. La sanidad constituye en muchas ocasiones para el inmigrante nuestra tarjeta de visita; si nuestra intención es integrar al inmigrante en nuestro medio su atención sanitaria debería estar resuelta.

Los inmigrantes presentan unos determinantes de salud inherentes a su condición: a) biológicos: inherentes a la inmunidad (incorrecta inmunización frente a enfermedades del país de destino. En el mundo existen todavía 150 millones de niños sin vacunar), a la raza, a costumbres higiénico-dietéticas, al sexo; b) económicos: pérdida de status, deudas en país de origen, obligaciones económicas familiares, recursos económicos precarios; c) legales: "sin papeles", itinerario burocrático, discriminación según la raza o país de origen; d) laborales: condiciones laborales, explotación irregular, medioambientales (pesticidas, contaminación), explotación infantil y sexual; e) prácticas de salud: creencias, hábitos insalubres, accesibilidad y utilización de los servicios sanitarios, prevención de la enfermedad, mutilaciones sexuales, y f) estilos de vida: incomunicación, vivienda, educación, redes de apoyo, dominancia de género, relaciones hombre-mujer e intergeneracionales, religiosos, rituales. Por norma general, todos estos determinantes conllevan a un menor nivel de salud, circunstancia que les hace más vulnerables.

Aun en el caso de un país de origen con malas condiciones de salud, los inmigrantes no vienen enfermos; las posibles enfermedades endémicas en origen suelen ser autolimitadas, en cuanto se aleja el sujeto de su medio (aguas y alimentos contaminados, contacto con animales, hábitat insalubre, etc.).

Pero el hecho migratorio puede acarrear trastornos vinculados directamente al proceso migratorio (agotamiento físi-

co y emocional, estrés, depresiones...) y tras éste, en la primera fase del asentamiento, pueden aparecer alteraciones relacionadas con las deficiencias sociales y económicas.

Instalado ya en la nueva realidad, el emigrante tiende a identificarse desde una perspectiva de salud con la situación de la población del país (uso de recursos de salud, patrones de morbilidad, actividades preventivas...) y también participa proporcionalmente en el reparto de patologías que afectan al resto de la población.

Con frecuencia, las condiciones precarias de vida (desarraigo familiar y comunitario, comida rápida, camas calientes, hacinamiento, malas condiciones de la vivienda, precariedad laboral, conductas de riesgo), situación irregular, la asunción de una vida occidentalizada, el desconocimiento del idioma español, rasgos culturales, hábitos socio-culturales, creencias religiosas, tradiciones en salud diferentes (como modo distinto de entender la salud y la enfermedad), bajo nivel educativo, grandes diferencias de género... favorecen la aparición de trastornos psicoactivos (estrés, duelo, toxicomanías), sedentarismo y dietas inadecuadas (malnutrición, sobrepeso, obesidad, hipertensión arterial, dislipemias, diabetes), evolución a enfermedad de infecciones latentes (tuberculosis) y de transmisión sexual, falta de motivación frente a las actividades preventivas, incumplimiento de tratamientos, revisiones y visitas de control.

El inmigrante acude por término medio a la consulta de atención primaria con cinco veces más frecuencia que a los hospitales. Un estudio realizado en la Escuela Nacional de Sanidad sobre "Percepción por la población inmigrante de su estado de salud" muestra que los principales problemas que refieren son: dolores musculares, tos, catarro, gripe, problemas de estómago y accidentes (el 59,2% son laborales). La percepción que tiene la población sobre su estado de salud es positiva en un 42,3% de los casos y el 61% considera que en España su salud es mejor o mucho mejor que en su país de origen. Según los datos referidos por dicho estudio, la mitad de la población (55,9%) diagnosticada con alguna enfermedad no había tenido ningún control en los últimos 6 meses.

Aumentan las tasas en las contingencias profesionales principalmente motivado por distinta percepción de los

tiempos, falta de competencias y nivel de formación, barreras de lenguaje, son obligados a repetir turnos, a no atender a patologías aparentemente banales. Así que buena parte de la atención a la salud de los inmigrantes no se da en la atención primaria de salud sino en la medicina laboral.

Otras encuestas y análisis de frecuentación de los servicios sanitarios destacan la necesidad de educación materno-infantil (elevada proporción de nacidos de madres inmigrantes), lactancia y adolescencia, enfermedades ginecológicas y menopausia, en la higiene básica, planificación familiar, información sexual y sida (mutilación genital femenina, mayor incidencia de enfermedades de transmisión sexual), coberturas vacunales (infantil y adultos), detección precoz del cáncer de mama y cuello de útero, salud bucodental y salud mental (síndrome de Ulises), desequilibrios dietéticos y nutricionales, prevención cardiovascular multifactorial, vigilancia epidemiológica de procesos de elevada prevalencia en los países de origen (tuberculosis, parasitosis intestinales, malaria...), donación de órganos y hemodonación, violencia de género, prevención de accidentes laborales, inmigrantes viajeros, cubriendo el espectro de áreas priori-

tarias de intervención de prevención de la salud en esta población que aunque no debe ser diferente a la de la población autóctona debe considerar su diversidad cultural.

La problemática planteada a los profesionales del sector por la carencia de formación específica en este campo, y el hecho de que los inmigrantes en situación no regularizada no están acogidos a algunos de los beneficios que otorga la Seguridad Social, hace que la asistencia sanitaria continuada quede a veces en manos del voluntarismo humanitario de las ONG apoyadas por las Administraciones.

Se recomienda reforzar y adaptar los recursos y servicios de salud potenciando medidas de adaptación cultural y lingüística de los servicios, la figura del agente de salud, mediación acogida, y recursos humanos y formativos de los profesionales con acciones de asistencia sanitaria, para que los inmigrantes conozcan y tengan acceso a todos los programas de detección de grupos de riesgo y diagnóstico precoz, prevención de la enfermedad incapacitante, rehabilitación, promoción de la salud y de integración social que se desarrollan tanto en los centros de salud como en los hospitales.

Búsqueda bibliográfica

Federico Pérez Agudo^a y Eduardo Gutiérrez Delgado^b

^aMédico de Familia, Equipo de Atención Primaria Madrid V, Madrid, España

^bMédico de Familia, Centro de Salud Suances, Cantabria, España

Objetivo general

Difusión de las nuevas tecnologías que permita abordar con garantía de éxito la búsqueda bibliográfica en Medline

Objetivos específicos

Se pretende que todos aquellos médicos que realicen el taller obtengan los conocimientos necesarios para realizar cualquier tipo de búsqueda bibliográfica en la red, puedan utilizar los servicios de alertas bibliográficas, así como adquirir habilidades para navegar por internet, manejando los recursos sanitarios y las bases de datos que nos ofrece, sin necesidad de pérdidas infructuosas de tiempo.

El actual taller tendrá como objetivo específico facilitar a los asistentes los conocimientos necesarios para poder realizar una búsqueda bibliográfica a través del PUBMED-Medline, así como guardar, compartir y estructurar dichas búsquedas para utilizaciones posteriores.

- Afrontar y superar las dificultades habituales que surgen durante la realización de búsquedas bibliográficas en el PUBMED.
- Aprender a navegar y obtener recursos sanitarios de interés en la red internet mediante la activación de alertas bibliográficas, seleccionados previamente por los usuarios y que les permita optimizar el tiempo.

- Aprender a navegar y obtener recursos sanitarios de interés en la red internet, seleccionados previamente por los usuarios y que les permita optimizar el tiempo.

Pertinencia de la actividad

- Para que todo trabajo científico pueda tener un fundamento documental se precisa de una búsqueda bibliográfica realizada en las bases de datos existentes en la red internet.
- En este sentido, y buscando poder ofertar un servicio práctico a un colectivo que exige un alto nivel profesional, se presenta la realización de una ayuda tutorizada de la búsqueda bibliográfica en las bases de datos de internet, principalmente Medline.
- Asimismo, la posibilidad de programar alertas bibliográficas con criterios de búsqueda preseleccionados facilita el trabajo y optimiza el tiempo de los profesionales.

Metodología docente

- Taller práctico presencial en terminal de ordenador con el asesoramiento de expertos en el tema y con posibilidad de seguimiento de los contenidos teóricos mediante una página web diseñada al efecto.

- La posibilidad de ofrecer recursos de interés seleccionados previamente a los usuarios permite optimizar el tiempo. Asimismo, en muchas ocasiones los pacientes han recabado información previa a la consulta médica en internet o nos solicitan información al respecto; para ello es preciso conocer algunas páginas en donde éstos puedan obtener información de calidad.
- El taller de internet dispondrá de una web permanente en la red para consulta del programa por los alumnos y de las direcciones de interés facilitadas durante el curso, siendo los alumnos permanentemente autorizados por expertos en búsqueda bibliográfica.

Índice

Motores de búsqueda

- Búsqueda básica
- Búsqueda avanzada.

Búsqueda bibliográfica

- Búsqueda bibliográfica.
- Medline. PubMed.
- Búsqueda básica.
- Refinamiento de búsqueda.
- Búsqueda avanzada.
- Otras bases de datos médicas.

Alerta bibliográfica

Cirugía menor en atención primaria, técnicas quirúrgicas y suturas

Rosa Cortejoso García^a y Ángel Marcos Rodríguez^b

^aMédico de Familia, Centro de Salud de Sotrondio, Asturias, España

^bMédico de Atención Primaria, Centro de Salud Arturo Eyries, Valladolid, España. Coordinador del Grupo de Trabajo de Cirugía Menor de SEMERGEN

Desde la implantación de la cirugía menor en atención primaria a finales de los noventa, y habida cuenta de que dicha actividad está incluida dentro del programa de formación de la especialidad de medicina familiar y comunitaria, es por ello por lo que se pretende motivar a los profesionales, mediante su aprendizaje, para la realización de dicha actividad.

Por ello, y además de los conocimientos necesarios acerca de las lesiones susceptibles de tratamiento en atención primaria, es imprescindible el aprendizaje en cuanto a la utilización y manejo del material quirúrgico, así como las técnicas quirúrgicas de extirpación y las técnicas de sutura variadas.

Es obvio que, además de todo ello, son necesarios recursos materiales tales como una sala quirúrgica apropiada y equipada para la realización.

El taller de cirugía menor es eminentemente práctico, si bien se inicia con una mínima parte teórica explicativa en

la que se trata de justificar la cirugía menor en atención primaria, su implicación, el consentimiento informado, las técnicas de anestesia local, técnicas de infiltración, tipos de anestesia, técnicas quirúrgicas y suturas de heridas, así como las indicaciones, contraindicaciones, y posibles complicaciones y secuelas.

En cuanto a la parte práctica, por otra parte la más importante, se desarrolla sobre tejido animal, teniendo cada participante un equipo de material quirúrgico completo con el que se instruirá, como anteriormente se ha indicado, acerca del manejo del mismo, y simular en el tejido diferente lesiones, su extirpación y lo más relevante quizás, los tipos de sutura quirúrgica que pueden realizarse en el tejido humano, desde el punto simple colchonero, continuo, hasta la sutura intradérmica a fin de ser preciso la misma y obtener mejor resultado estético.

Control de síntomas en paliativos. Vía subcutánea

Milagros Zardoya Zardoya^a y Rosa Díez Cagigal^b

^aMédico de Familia, Centro de Salud de Buñuel, Navarra, España

^bMédico del Equipo de Cuidados Paliativos, Área Hospital de Laredo, España. Coordinadora del Grupo de Trabajo de Cuidados Paliativos de SEMERGEN

La vía subcutánea en cuidados paliativos es la alternativa a la vía oral cuando ésta ya no es posible.

En el ámbito domiciliario se convierte en una valiosa aliada que evita tener que ingresar al paciente para controlar sus síntomas.

Sus principales indicaciones son:

- Agonía por pérdida de la vía oral.
- Náuseas y vómitos persistentes.
- Dificultad para tragar en tumores de cabeza y cuello.
- Obstrucción intestinal en situación paliativa.
- Falta de control de síntomas por vía oral: dolor, disnea, delirium.
- Síndrome confusional agudo o delirium.
- Sedación paliativa.

La palomita se coloca con mayor frecuencia en el área anterior del tórax en la zona infraclavicular, la comodidad del paciente y la facilidad de manejo por su familia es lo que se tiene en cuenta a la hora de elegir esta zona. Otras zonas adecuadas son región anterior del abdomen en ausencia de ascitis, en el tercio medio en la cara externa de extremidades superiores e inferiores en ausencia de edemas y en la zona superior de la espalda en región escapular.

Una vez colocada hay que fijarla con un apósito transparente que permita vigilar el sitio de punción.

Se debe instruir a la familia para que la vigilen, especialmente acodamientos de la alargadera, signos de irritación local o su salida accidental. Es una buena costumbre dejar siempre en el domicilio una palomita de recambio para facilitar que cualquier profesional pueda colocar una nueva. Con un control adecuado y medidas de higiene básicas puede emplearse durante largos periodos de tiempo, en especial si no se emplean muchos fármacos ni son irritantes en el tejido subcutáneo.

Los principales problemas de la vía subcutánea son: reacciones locales como enrojecimiento, induración (es la más frecuente) y salida accidental (la segunda más frecuente).

Hay dos sistemas para la administración de fármacos:

- Infusión subcutánea intermitente, a través de una palomita metálica del calibre 23G, 21G o 19G. Algo más caras son las palomitas de teflón y las de vialón pero que se usan cada vez más por tolerarse mejor. Sus ventajas son: el bajo coste, la facilidad de administración, la participación de la familia en su administración. Como desventajas, a veces un control parcial de los síntomas por fluctuaciones en el nivel plasmático debido a los bolos pero sólo cuando se comienza a poner la medicación por esta vía, porque una vez ajustada la dosis se consigue un buen control de todos los síntomas y además se pueden poner dosis extras en caso necesario.
- Infusión subcutánea continua a través de infusores elásticos que liberan medicación de forma constante en un

periodo determinado. Actúa con una presión positiva sostenida y a una velocidad constante programada. Se cargan con la medicación precisa calculada para el periodo determinado, rellenándose con suero fisiológico hasta completar su volumen. Posteriormente se conecta al sistema de palomita que hemos descrito. Hay infusores para 1, 2, 5, 7 días y a diferente ritmo de infusión 0,5 ml/h, 2 ml/h y 5 ml/h. Entre sus desventajas, el elevado coste, la menor autonomía del paciente y la mayor complejidad de su mantenimiento, que requiere personal adiestrado en su manejo.

Los fármacos a través de la palomita se introducen en el tejido celular subcutáneo siendo la velocidad de absorción desde el tejido subcutáneo algo más lenta que por vía intramuscular, por lo que se consigue una cobertura continua de la medicación aunque se administre de forma intermitente. Se alcanza el pico plasmático a los 15-30 min de su administración. Se absorben bien por esta vía los fármacos hidrosolubles por su bajo potencial irritante y su escaso riesgo de acumulación y precipitación.

Los fármacos que se pueden utilizar por vía subcutánea son: atropina, escopolamina, heparina, ketoralaco, metadona, morfina, clonacepam, calcitonina, ganisetrón, hioscina, levomepromacina, midazolam, octeótride, ondansetrón, diclofenaco, eritropoyetina, dexametasona, haloperidol, insulina, meperidina, metoclopramida, ranitidina, tramadol, furosemida, torasemida. De los antibióticos se puede utilizar ceftriaxona. Para tratar el estreñimiento, bromuro de metilnaltrexona.

La dexametasona no debe mezclarse con otros fármacos porque es irritante y puede cristalizar, por lo que si su uso es necesario se administrará separado de ellos o en otra palomita. Como excepción a esta norma sí puede administrarse conjuntamente con morfina.

Es posible la hidratación por esta vía, la administración de sueroterapia por vía subcutánea se denomina hipodermoclisis. Lo habitual es que se infundan de 500-1.500 ml de suero salino o glucohiposalino, pero si fuera necesario administrar volúmenes mayores se puede hacer utilizando dos palomitas (1.500 ml por cada una). Para la administración de sueroterapia conviene utilizar como zonas de punción subcutánea parte lateral del abdomen, espalda en región escapular y muslos.

Como conclusión podemos decir de la vía subcutánea que en cuidados paliativos es la mejor alternativa cuando la vía oral ya no es posible, permite utilizar fármacos para el control de los síntomas del paciente, facilita su autonomía y permite la atención hasta el final en su domicilio con la participación en la administración de los fármacos por parte de la familia, lo cual facilita su adaptación a la situación de enfermedad avanzada terminal y una buena elaboración posterior del duelo.

Herramientas para el diagnóstico del paciente neurológico en atención primaria

M.^a Carmen Martínez Altarriba

Médico de Familia, Coordinadora de Formación del CAP Horta 7F, Barcelona, Miembro del Grupo de Neurología del Distrito SAP Muntanya del ICS de Atención Primaria de Barcelona, España. Secretaria del Grupo de Neurología de SEMERGEN

La anamnesis y exploración bien realizadas son vitales para el diagnóstico pero en neurología aún es más importante, si tenemos en cuenta que el 80% de la patología neurológica se diagnostica con una buena anamnesis y exploración, no siendo necesarias pruebas complementarias en ese porcentaje de ocasiones. El 1.º nivel de la sanidad donde es atendido el paciente es en AP, ambas herramientas las tenemos en AP. Por otro lado, son muchos los enfermos que visitamos en sus casas que no pueden movilizarse y padecen enfermedades neurológicas tipo Alzheimer, Parkinson, etc. y que su seguimiento y control debe ser realizado por médicos y enfermeras de AP. Por ello, la necesidad de mejorar la formación del personal de atención primaria en neurología, con los objetivos siguientes:

- Mejorar la calidad asistencial del paciente.
- Mejorar la calidad de vida de los pacientes.

- Favorecer la detección precoz de patología neurológica.
- Disminuir y mejorar derivaciones a especialistas.
- Favorecer el trabajo en equipo médico y enfermeras, repercutiendo en una mejor atención del paciente.

Todos estos objetivos se pretende lograrlos a través del objetivo fundamental del incremento de la formación en neurología en AP.

El taller constará de una parte teórica y posteriormente se desarrollará la práctica con la visión de vídeos y posteriormente con la participación de los asistentes en el desarrollo de casos clínicos con vídeos y con paciente simulado.

Se pretende que al finalizar el taller el médico realice una correcta anamnesis y exploración que sirva para poder realizar un correcto diagnóstico, tratamiento y seguimiento del paciente.

HTA difícil de controlar. ¿Qué hacer antes de derivar?

Alberto Galgo Nafriás^a y Manuel Gorostidi Pérez^b

^a*Médico Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud Espronceda, Madrid, España*

^b*Médico Especialista en Nefrología, Servicio de Nefrología, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España*

El concepto de hipertensión arterial (HTA) resistente está bien establecido. La HTA resistente se define como la incapacidad de alcanzar el objetivo de control de la presión arterial (PA) a pesar de un plan terapéutico que incluya modificaciones del estilo de vida y un tratamiento con al menos 3 fármacos a dosis adecuadas, uno de ellos un diurético. Sin embargo, la HTA de difícil control es una situación más subjetiva en la que, entre otros factores, influye el grado de conocimiento, la experiencia y la confianza del médico para enfocar la falta de control de la PA en el paciente hipertenso tratado. En el Taller se trabajarán diversas situaciones clínicas en las que el médico de atención primaria puede llevar a cabo actuaciones para evaluar y manejar la HTA resistente o de difícil control. Se reforzará el concepto de la frecuente necesidad de tratamiento antihipertensivo combinado con más de 2 fármacos y se analizarán las asociaciones sinérgicas. El paciente no controlado con 3 fármacos no constituye una indicación per se de derivación a atención especializada. Antes, el médico de atención pri-

maria puede evaluar la PA ambulatoria para descartar pseudoresistencia por fenómeno de bata blanca, desarrollar herramientas para la detección de incumplimiento terapéutico, detectar la posibilidad de interacciones medicamentosas como causa de resistencia o descartar situaciones clínicas favorecedoras de la falta de control como el síndrome de apnea-hipopnea o una disfunción renal incipiente. En el Taller se comunicarán y discutirán resultados de estudios recientes realizados en nuestro medio, como el análisis de Cardiorisc sobre HTA resistente, en el que un 37,5% de los pacientes en esta situación tenía la PA ambulatoria controlada (pseudoresistencia por fenómeno de bata blanca) y el estudio DERIVA, un análisis de ámbito nacional sobre causas y motivos de derivación de pacientes hipertensos desde atención primaria al ámbito especializado. El estudio DERIVA evalúa la derivación de pacientes hipertensos describiendo el perfil de estos hipertensos, los motivos de derivación y la respuesta y actuación del médico especialista consultado en la práctica clínica actual en nuestro medio.

En éste, como en otros campos de la asistencia médica, resulta esencial una fluida relación entre los niveles de atención para conseguir una continuidad de calidad en el paciente hipertenso. Los distintos focos de interés que se

manejarán en el Taller favorecerán el debate y la discusión interactiva sobre qué puede hacer el médico de atención primaria ante un paciente con HTA resistente o de difícil control antes de derivar.

Insulinización en DM2: de la insulinización basal a la intensificación

César Lozano Suárez^a y José Manuel Comas Samper^b

^aMédico de Familia, Técnico de Salud, Unidad de Formación, Docencia e Investigación, Gerencia de Atención Primaria de Ciudad Real, España

^bMédico de Familia, Centro de Salud de La Puebla de Montalbán, Toledo, España. Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN, Red de Grupos de Estudio de la Diabetes en Atención Primaria de Salud (RedGDPS), Presidente de SEMERGEN Castilla-La Mancha

De acuerdo con las recomendaciones para el abordaje terapéutico de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2), la decisión e indicación de administrar insulina es un paso esencial en su tratamiento. Es una enfermedad en la que coexiste un doble mecanismo fisiopatológico: la resistencia a la insulina y un déficit a nivel β -pancreático por agotamiento secretor, que condicionarán un deterioro progresivo del control glucémico e hiperglucemia crónica, que indicará la necesidad de insulinizar por mal control metabólico, en algunos casos con criterios desde el inicio, o bien en fases más avanzadas, generalmente tras el fracaso de la terapia oral combinada, debido a la progresión natural de la enfermedad.

En los algoritmos más conocidos en nuestro país (Sociedad Española de Diabetes-2010, Gedaps), se plantea dentro del escalonamiento terapéutico la indicación de añadir insulina basal, generalmente con un análogo basal de la insulina que permite mantener un rango basal de insulinemia hasta 24 h, con bajo riesgo de hipoglucemias por carecer de “pico” insulínico, asociada a metformina como sensibilizador y además abordar el problema de glucotoxicidad, permitiendo el restablecimiento de la función secretora de insulina a nivel pancreático en respuesta a la ingesta, que permita conseguir un buen control glucémico en especial en periodos posprandiales.

Esta pauta con insulina basal puede asegurar un periodo de control no muy prolongado (estudio 4T), y por ello es previsible que en fases más avanzadas y por deterioro pancreático con ausencia de respuesta insulínica pueda estar indicada la intensificación del tratamiento mediante la administración de insulina rápida o ultrarrápida, con la ventaja en estas últimas de administrarla al inicio de la ingesta, a través de estrategias más novedosas y contrastadas, como es la estrategia basal-plus, o bien alternativas clásicas con premezclas y la limitación de la rigidez en la proporción de tipos de insulina, e incluso en algunos casos llegando a la administración de terapia intensiva con tres o más dosis de insulina.

El objetivo final y las “formas” de insulinizar será alcanzar un control glucémico ajustado a las características de

cada paciente, la individualización del tratamiento, sin olvidar el abordaje global de la pluripatología habitualmente asociada a la DM2 (obesidad, hipertensión arterial, tabaquismo y dislipemia) que permita reducir las complicaciones microvasculares y macrovasculares.

En este taller serán abordadas todas estas estrategias de insulinización con planteamiento de casos clínicos, indicaciones, autocontrol glucémico, ajuste de dosis y las distintas alternativas de terapia insulínica, con el objetivo final de ser extrapolado a la práctica clínica de la consulta, sin demorar la insulinización cuando esté indicada, reiterando el beneficio demostrado de un buen control glucémico, de acuerdo con las características individuales de cada paciente con DM2 y el tratamiento más indicado.

Bibliografía

1. Menéndez E, Lafita J, Artola S, Millán J, Alonso A, Puig M, et al. Recomendaciones para el tratamiento de la hiperglucemia en la diabetes tipo 2. *Av Diabetol*. 2010;26:331-8.
2. Ampudia-Blasco FJ, Rosenstock. Estrategias de insulinización en la diabetes mellitus tipo 2. *Av Diabetol*. 2008;24:7-20.
3. Colman R, Paul SK, Bethel MA, Matthews DR, Neil Haw. 10-years follow-up of intensive glucosa control in type 2 diabetes. *N Engl J Med*. 2008;359:1577-89.
4. Merchante A, García J, Álvarez F, Bianchi JL, Carral F, Checa P, Losada F, et al. Implementación de la estrategia basal-plus en la práctica clínica. *Av Diabetol*. Publish Ahead of Print June 30, 2010.
5. Holman RR, Farmer AJ, Davies MJ, Levy JC, Darbyshire JL, Keehan JF, Paul SK; 4T Study Group. Thhree-year efficacy of complex insulin regimens in type 2 diabetes. *N Engl J Med*. 2009;361:1736-47.
6. Comas JM. Paciente con diabetes tipo 2, insulinización basal y preprandial. *Diab Riesg CV*. 2010;1:30-3.
7. Lingvay I, Legendre JL, Kaloyanova PF, Zhang S, Adams-Huet B, Raskin P. Insulin-based versus triple oral therapy for newly diagnosed type 2 diabetes: Vich is better? *Diabetes Care*. 2009; 32:1789-95.

Interpretación de la espirometría y manejo de inhaladores

Cristina Bonnardeaux Chadburn^a y Mariano Rodríguez Porres^b

^aMédico de Familia, Centro de Salud Saja, Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP), Cantabria, España. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN, Miembro del GRAP

^bMédico de Familia, Centro de Salud Liébana, Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) de Potes, Cantabria, España. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN, Miembro del GRAP

La espirometría forzada es la prueba básica, rutinaria y más rentable en el campo de la exploración funcional del aparato respiratorio. Está indicada tanto en la detección de enfermedad pulmonar tras sospecha clínica como en la cuantificación de dicha afectación o su respuesta a un tratamiento determinado previamente, así como en la medición de los efectos de una exposición ambiental, riesgo quirúrgico o evaluación de discapacidades.

Es una herramienta imprescindible, asequible y suficiente en el estudio de salud de la población y enfermo respiratorio en particular, prueba *gold standard* para el diagnóstico y seguimiento de enfermedades tan prevalentes como la EPOC o el asma bronquial, y así viene reflejado en las guías de práctica clínica (GOLD, GINA, GEMA).

Para asumir un manejo de espirometrías de calidad en los centros de salud se deben cumplir unos requisitos estandarizados sobre la forma de realización de las maniobras y cumplir unos criterios de aceptabilidad y reproducibilidad. Además será necesaria una formación del médico en su interpretación.

Está claro que la espirometría, que debería ser parte fundamental e inseparable del quehacer habitual de un médico de familia, sigue sin estar presente en atención primaria.

Se siguen realizando estudios en atención primaria usando la espirometría sin ningún tipo de entrenamiento previo y con diferencias significativas entre las espirometrías realizadas en un laboratorio de función pulmonar y atención primaria remarcando en sus conclusiones la necesidad de formar adecuadamente al personal de AP.

Este problema quizás pueda deberse a que sólo disponen de espirómetro algo menos de la mitad de los centros de salud de nuestro país, e incluso algunas áreas sanitarias no tienen ninguno. Pero también puede ser que, desde la atención especializada en algunos casos, haya sido considerada en ocasiones como una prueba de difícil interpretación y de imposible realización si no es por personal dedicado exclusivamente a ello. Desde atención primaria debemos luchar contra esta situación favoreciendo la realización de esta prueba funcional: este procedimiento debe poder realizarse en los centros de atención primaria y practicarse de acuerdo con las normativas establecidas, por personal convenientemente formado.

La actitud a seguir es clara: la espirometría puede y debe realizarse en atención primaria. Pero es preciso hacerlo correctamente. Hoy día sabemos que menos de un tercio de los centros dispone de personal específico encargado de su realización, pero también sabemos que formarse en esta técnica no es complicado, y que cuando el personal de enfermería se implica en su realización, el nivel de satisfacción es muy alto.

La formación en su realización e interpretación es básica. Pero, como con cualquier otra técnica, cuanto más se realiza mejor se hace y, además, su interpretación no es compleja de modo alguno.

La necesidad de la espirometría es incuestionable en el diagnóstico, seguimiento y pronóstico de las enfermedades respiratorias. Vivimos tiempos difíciles, de recursos limitados y de intensa demanda. La mejor forma de racionalizar esos recursos es utilizarlos en el momento preciso y de la manera adecuada. La información que aporta esta prueba es imprescindible para el adecuado control de estos problemas de salud, de forma que, utilizada correctamente, permite que los pacientes mejoren su calidad de vida y que los profesionales sanitarios podamos sentirnos más satisfechos aún con la tarea realizada.

Por otro lado, para el tratamiento de las enfermedades respiratorias que cursan con obstrucción del flujo aéreo, la vía inhalatoria es la recomendada en la actualidad para la administración de broncodilatadores y glucocorticoides (nivel de evidencia 1), con independencia de la edad y situación clínica. La efectividad de la vía inhalatoria exige una correcta técnica en el uso de los dispositivos y, por lo tanto, un adecuado adiestramiento del paciente en el manejo de los inhaladores, y esto implica un conocimiento de la técnica por parte del personal sanitario, como dice F. Burgos, "Terapia inhaladora sin educación, un fracaso anunciado" (Arch Bronconeumol. 2004;40:106-7). No obstante, pese a la aparente facilidad en su administración, para poder obtener un beneficio terapéutico es imprescindible realizar correctamente la técnica. Diversos trabajos han revelado que un porcentaje elevado de pacientes no realiza correctamente las maniobras de inhalación con los diferentes dispositivos.

Otros trabajos han valorado los conocimientos de las maniobras de inhalación en el personal sanitario (médicos y diplomados en enfermería) constatando un grado de desconocimiento de las técnicas tan sólo discretamente inferior al de los pacientes. En este sentido, Velez et al encontraron que solamente el 23% de los médicos, diplomados en enfermería (DE) y médicos residentes encuestados utilizaba correctamente el aerosol; Plaza et al, en un estudio multicéntrico, observan que el 9% de los pacientes, el 14,6% de los DE y el 27,6% de los médicos lo efectuaban adecuadamente, y en otro trabajo de Carrión et al, utilizaban correctamente el aerosol el 25,3% de los pacientes y el polvo seco con sistema turbuhaler el 41,5%.

En cuanto al conocimiento y seguimiento por parte de los profesionales sanitarios españoles de una de las principales guías para el manejo del asma (GEMA), en un estudio presentado en el 39.º Congreso Nacional de la SEPAR, se ha



Figura 1

comprobado que, aunque la mayoría de los sanitarios conocen la existencia de dicha guía, el grado de conocimiento real de las recomendaciones y el tratamiento es alarmantemente bajo. Se deben prescribir los inhaladores después de



Figura 2

que el paciente o la familia hayan sido entrenados apropiadamente y hayan demostrado realizar la técnica adecuadamente (nivel de evidencia 2). Es conveniente revisar cómo nuestros pacientes realizan la técnica inhalatoria no sólo en el momento de la prescripción, sino periódicamente a lo largo del seguimiento y cada vez que se presente un empeoramiento de su sintomatología.

La obesidad aquí y ahora. Nueva evidencia en el tratamiento de la obesidad. Estudio Prokal + nuevo abordaje del paciente obeso con DMII. Estudio Diaprokal

Ponentes: **Basilio Moreno Esteban^a** y **Ana Bellón Rueda^b**

^aJefe del Servicio de Endocrinología, Hospital Gregorio Marañón, Madrid, España

^bMédico de Familia, Directora del Centro Médico Ana Bellón, Madrid, España

Coautores: **C. Sevillano Collantes** e **I. Yagüe Lobo**

Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Gregorio Marañón, Madrid, España

Introducción

La obesidad es la epidemia del siglo XXI. Según el Estudio ENRICA, en el momento actual en España hay un 23% de obesidad y un 39% de sobrepeso. Estos datos colocan a España entre los primeros países con exceso de peso del mundo. Con este estudio se pone de manifiesto la importancia de desarrollar nuevos procedimientos para tratar esta difícil enfermedad. Actualmente el tratamiento de la obesidad engloba tanto cambios en el estilo de vida, basados en alimentación y actividad física, como medidas farmacológicas y cirugía.

Estudio Prokal

Objetivo: Evaluar la eficacia en la reducción de peso de pacientes obesos tratados con el método Pronokal (dieta proteinada) frente a pacientes obesos tratados con dieta hipocalórica equilibrada. Objetivar la seguridad de ambas dietas, las diferencias en los cambios de composición corporal, el “efecto rebote” y el grado de satisfacción con ambas dietas y la adherencia al tratamiento.

Métodos: Ensayo clínico aleatorizado, abierto y controlado, con 80 pacientes obesos (IMC > 30), en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón, con un período de

seguimiento de 2 años que se inició en diciembre de 2009. Se incluyeron 40 pacientes en el grupo de dieta hipocalórica y 40 pacientes en el grupo del método Pronokal. Las visitas se realizan cada 2 meses durante el primer año y luego cada 6, y en cada visita se evaluaron valores analíticos, pérdida de peso, datos de composición corporal, efectos adversos y datos antropométricos.

Resultados: Actualmente el estudio no ha finalizado, pero ya se han obtenido resultados preliminares a 6 meses de seguimiento. La media de pérdida de peso fue para el grupo Pronokal de 21,59 kg y para el grupo de hipocalórica de 6,69 kg, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,005$). El valor del IMC disminuyó en ambos grupos, alcanzándose un promedio de IMC en el grupo Pronokal de 28,34 y en el grupo de hipocalórica de 32,68. La disminución del perímetro de cintura desde la visita inicial es significativa en ambos grupos. Se observó en la subpoblación de mujeres en ambos grupos una reducción de 17,67 cm en el grupo de dieta Pronokal y de 6,78 cm en el de hipocalórica. La evolución de las cifras analíticas, presión arterial e ionograma fue favorable en ambos grupos sin importantes diferencias. Los efectos adversos fueron poco frecuentes (estreñimiento, astenia) y leves. El grado de satisfacción con ambas dietas fue bueno o muy bueno, medido con la escala de Likert.

Conclusiones: A los 6 meses de seguimiento la dieta Pronokal ha resultado más eficaz para la pérdida de peso, la reducción del perímetro de cintura y la conservación de masa magra que la dieta hipocalórica. En ambos grupos la pérdida de peso se ha acompañado de una evolución favorable de los parámetros analíticos y datos antropométricos, así como escasos efectos secundarios.

Estudio Diaprokal

Se ha iniciado recientemente este estudio para evaluar la eficacia del método Pronokal en la reducción de peso y control glucémico de pacientes con diabetes mellitus tipo II. Se están recabando los primeros resultados del estudio con evidente buena evolución clínica.

La obesidad aquí y ahora. Nueva evidencia en el tratamiento de la obesidad. Estudio Prokal + nuevo abordaje del paciente obeso con DMII. Estudio Diaprokal

Ana Bellón Rueda

Médico de Familia, Directora del Centro Médico Ana Bellón, Madrid, España

La obesidad es un problema creciente a nivel mundial y todas las previsiones apuntan a que su prevalencia seguirá aumentando en los próximos años, y paralelamente también la prevalencia de sus comorbilidades (diabetes tipo 2, dislipemias, HTA, etc.). El manejo de la obesidad, asumiendo que es una enfermedad crónica, requiere un abordaje multidisciplinar bajo control médico que permita un tratamiento personalizado con el objetivo de conseguir una pérdida de peso y una mejoría del estado de salud del paciente, tanto a corto como a largo plazo. La dieta proteinada es una variedad de VLCD que mantiene el aporte de proteínas ajustado a los requerimientos del organismo mediante proteínas de alto valor biológico. Un ensayo clínico controlado (estudio ProKal) ha demostrado que el método Pronokal® (basado en la dieta proteinada y en un programa de reeducación) produce una reducción de peso significativamente superior a la dieta hipocalórica, asociado a la mejoría de otros parámetros clínicos, como el perfil lipídico o el perfil glucémico, con un cambio en la composición corporal valorada mediante DEXA que demuestra que la pérdida de peso se produce a expensas de la masa grasa, manteniendo el componente correspondiente a la masa magra. El estudio DiaproKal, ensayo clínico controlado con dieta hipocalórica, ha comprobado los efectos clínicos de la dieta proteinada en pacientes con diabetes tipo 2, valorando la pérdida de peso y la evolución de variables metabólicas asociadas a la diabetes tipo 2, como la glucemia basal o la hemoglobina glucosilada (HbA1c), durante un período de 4 meses de seguimiento, manteniendo un perfil de seguridad adecuado a las características de los pacientes con diabetes tipo 2.

Manejo de anticoagulantes en atención primaria

José Polo García^a y Vivencio Barrios Alonso^b

^aMédico de Familia, Centro de Salud Casar de Cáceres, España. Miembro del Grupo de Trabajo de HTA de SEMERGEN

^bServicio de Cardiología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España. Grupo de Trabajo de HTA de SEMERGEN

La fibrilación auricular (FA) es la arritmia más frecuente en la práctica clínica y su prevalencia está aumentando debido al envejecimiento de la población.

La FA aumenta 5 veces el riesgo de accidente cerebrovascular (ACV) y 1 de cada 5 ACV se atribuye a esta arritmia. Los ACV isquémicos asociados a FA son a menudo fatales, y los pacientes que sobreviven quedan más discapacitados por su episodio isquémico y son más propensos a sufrir recurrencias que los pacientes con otras causas de ACV.

A pesar que las guías para el manejo de la FA recomiendan el tratamiento antitrombótico, en la FA es poco utilizado.

La guía de la Sociedad Europea de Cardiología recomienda la tabla de CHADS2 para la estratificación del riesgo especialmente adecuado para médicos de atención primaria.

Los anticoagulantes orales ACO (warfarina, acenocumarol), descubiertos hace ya 70 años al estudiar la causa de las hemorragias espontáneas que sufría el ganado alimentado con trébol dulce. Presentan desventajas que limitan su uso y múltiples limitaciones):

- Inicio de acción lento.
- Estrecho margen terapéutico.
- Necesidad de múltiples controles.
- Múltiples interacciones con alimentos y fármacos.
- Alta tasa de abandono del tratamiento.

Nuevos anticoagulantes

El tratamiento antitrombótico ha experimentado novedades aumentando el arsenal terapéutico tanto de anticoagulantes orales como parenterales para el tratamiento agudo y a largo plazo de ET. Sobre todo los fármacos anticoagulantes orales poseen una ventana terapéutica amplia, respuesta anticoagulante previsible, objetivos más selectivos, perfil farmacocinético predecible y no necesitan monitorización. De los nuevos fármacos de administración oral, destacar los inhibidores directos de trombina como dabigatrán, y los inhibidores directos de factor Xa (rivaroxabán, apixabán).

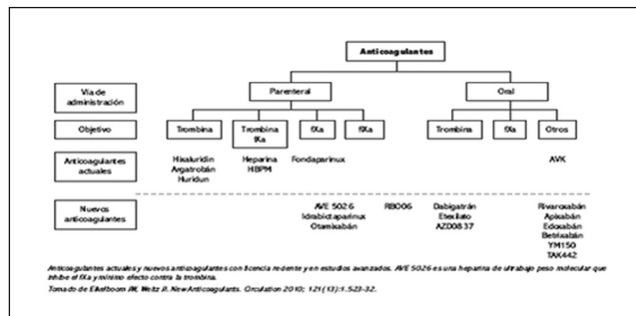


Figura 1

Rivaroxabán inhibidor selectivo del factor Xa ha demostrado eficacia y seguridad en los ensayos de fase III para la prevención de accidentes cerebrovasculares en AF y el tratamiento y la profilaxis secundaria de tromboembolismo venoso.

En el estudio doble ciego de fase III ROCKET-AF, cuyo objetivo era comparar la eficacia de rivaroxabán con warfarina en 14.264 pacientes con fibrilación auricular no asociada a enfermedad valvular y su variable principal, la prevención de ictus y la embolia sistémica no del SNC. La media de edad de los sujetos fue de 73 años, aunque el 45% superaba los 75 CHADS2 medio 3,48 en los pacientes que tomaron de rivaroxabán y de 3,46 en los pacientes tratados con warfarina. El 40% eran mujeres y más de la mitad habían tenido un ictus previo o un accidente isquémico transitorio. Los pacientes se seleccionaron al azar para recibir 20 mg de rivaroxabán diarios o una dosis ajustada de warfarina. Rivaroxabán no fue inferior a warfarina en relación al objetivo primario del estudio, un objetivo combinado de ictus y embolismo (no sistema nervioso central). Es importante destacar que las tasas de hemorragia fueron similares a la warfarina, y el sangrado, incluida la hemorragia intracraneal, sangrado de órganos críticos y la muerte relacionadas con el sangrado fueron significativamente menores en el grupo de rivaroxabán.

Manejo de los anticoagulantes orales en atención primaria. Nuevos anticoagulantes. Un cambio de paradigma

Mabel Soto Ruiz^a y Alfonso Barquilla García^b

^aServicio de Cardiología, Hospital Álvarez Buylla, Mieres, Asturias, España

^bMédico de Familia, Centro de Salud de Trujillo, Cáceres, España. Miembro del Grupo de Trabajo de HTA de SEMERGEN

Los antagonistas de la vitamina K (dicumarínicos y warfarina) constituyen el tratamiento de elección para reducir el riesgo cardioembólico en la prevención del ictus en pacientes con FA. En nuestro país se utiliza mayoritariamente acenocumarol (Sintrom®), mientras que en los países anglosajones prevalece el uso de warfarina. El tratamiento anticoagulante (TAO) ha demostrado mayor eficacia que la antiagregación con aspirina en la reducción del riesgo de ictus y otros accidentes vasculares mayores en las personas con FA sin valvulopatía. Cuando no se considera adecuado el uso de TAO se debe utilizar aspirina en dosis de 75 a 300 mg/día. Salvo casos especiales no es recomendable la asociación de aspirina y anticoagulante por los elevados riesgos de hemorragia que implica.

La decisión de iniciar tratamiento antitrombótico en la FA debe basarse en criterios de riesgo. Una de las propuestas para estimar el riesgo de ictus es la escala CHADS₂ (*Cardiac failure, Hypertension, Age, Diabetes, Stroke [doubled]*), la cual otorga 2 puntos a los episodios previos de ictus o accidente isquémico transitorio, y concede un punto a la edad ≥ 75 años y a los antecedentes de HTA, diabetes o insuficiencia cardíaca. En función de la puntuación obtenida con la escala CHADS₂ se recomienda.

- CHADS₂ = 0 (riesgo bajo): antiagregación con ácido acetilsalicílico (75-325 mg/día).
- CHADS₂ = 1 (riesgo intermedio): antiagregación con 75-325 mg/día de ácido acetilsalicílico o anticoagulación con dicumarínicos para mantener el INR (*International Normalized Ratio*) entre 2 y 3 (objetivo 2,5); la elección de antiagregar o anticoagular dependerá de la valoración del riesgo, de las posibles complicaciones y, por qué no, de la preferencia del paciente.
- CHADS₂ ≥ 2 (riesgo moderado, alto o muy alto): anticoagulación crónica con dicumarínicos para mantener el INR entre 2 y 3 (objetivo 2,5).

La escala CHADS₂ ha sido recientemente actualizada en función de nuevas variables que predicen mejor el ictus. La nueva escala, denominada CHA₂DS₂-VASc (*Congestive heart failure, Hypertension, Age ≥ 75 [doubled], Diabetes, Stroke [doubled]-Vascular disease, Age 65-74 y Sex Category [female]*), considera factores de riesgo mayores de ictus la edad ≥ 75 años y los antecedentes de ictus, accidente isquémico transitorio y tromboembolia, a los que otorga 2 puntos; los demás factores, denominados «no mayores», logran un punto. La Guía de la Sociedad Europea de Cardiología de 2010 para el manejo de la FA recomienda según la puntuación obtenida con esta escala.

- CHA₂DS₂-VASc = 0: no pautar ningún tratamiento antitrombótico (preferible) o antiagregar con 75-325 mg/día de ácido acetilsalicílico.

- CHA₂DS₂-VASc = 1: anticoagular (preferible) o antiagregar con 75-325 mg/día de ácido acetilsalicílico.

- CHA₂DS₂-VASc ≥ 2 : anticoagular con dicumarínicos.

Además de evaluar el riesgo trombótico debemos evaluar el riesgo hemorrágico antes de prescribir anticoagulantes.

El riesgo no es mayor con INR entre 2.0 y 3.0 comparado con niveles más bajos de INR. El riesgo de caídas está sobrevalorado —un paciente tiene que caerse unas 300 veces al año para que el riesgo de hemorragia intracraneal supere el beneficio de la anticoagulación—.

Las nuevas guías europeas de manejo de la fibrilación auricular recomiendan el uso de las tablas HAS-BLED (hipertensión > 160 mmHg, función renal/hepática anormal, infarto, historia o predisposición de sangrado, INR, edad > 65), fármacos/alcohol). Se calcula dando 1 punto para cada uno de los factores indicados. Si hay disfunción renal junto con hepática se dan 2 puntos, si hay fármacos (antiagregantes o antiinflamatorios) y alcohol se dan 2 puntos. El riesgo es alto con una puntuación de 3 o más.

Limitaciones y desventajas de la anticoagulación oral

Los antagonistas de la vitamina K representan uno de los grupos farmacológicos con mayor impacto en la prevención y tratamiento de la enfermedad tromboembólica. El TAO ha demostrado reducir el riesgo relativo de embolia sistémica y la mortalidad.

Su utilización ha experimentado un crecimiento espectacular en los últimos años debido fundamentalmente a la indicación del mismo en la FA, a la desaparición del límite de edad para dicho tratamiento y a la mayor implicación en el control por parte de los equipos de atención primaria. En la actualidad se estima que entre el 1 y el 1,5% de la población española recibe Sintrom® (acenocumarol) con un crecimiento anual en torno al 10-20%. Sin embargo, a pesar de su eficacia, sigue siendo un fármaco infrautilizado en un amplio margen de pacientes de riesgo, especialmente en aquellos con FA mayores de 75 años. El principal problema del TAO es que hay que ajustar permanentemente su dosis en función de los resultados del INR (razón internacional normalizada) con el fin de reducir el riesgo de complicaciones hemorrágicas ya que el intervalo que separa la dosis farmacológica de la iatrogénica es muy estrecho, precisando controles clínicos y biológicos muy frecuentes, que en el mejor de los casos no excede de las 6-8 semanas. Otros factores que condicionan la baja prescripción del TAO dependen de las posibles interacciones con otros fármacos y alimentos, el miedo a las reacciones adversas particularmente en ancianos.

nos, dudas sobre la capacidad del paciente para seguir el tratamiento y los efectos adversos sobre la calidad de vida.

En los últimos años se ha producido un avance significativo en la investigación de nuevos fármacos anticoagulantes que superan los inconvenientes del TAO clásico. Después del intento fallido de ximelagatrán, se han desarrollado nuevos fármacos antitrombóticos como los inhibidores directos de la trombina (dabigatrán) y los inhibidores del factor Xa (rivaroxabán, apixabán, betrixabán y edoxabán). Son fármacos sintéticos de inicio rápido que no precisan controles biológicos ni ajustes de dosis y que no interfieren con los alimentos o con la mayoría de fármacos. Actualmente están indicados en la prevención primaria de episodios tromboembólicos venosos en pacientes adultos sometidos a cirugía de reemplazo total de cadera o cirugía de reemplazo total de rodilla.

El médico de atención primaria adecuadamente formado puede valorar la indicación de tratamiento antitrombótico

(antiagregación o anticoagulación) mediante escalas (CHADS₂) que permitan calcular el riesgo de sufrir episodios tromboembólicos.

El uso de dicumarínicos está ampliamente aceptado sobre la base de numerosos estudios clínicos que han aportado evidencias que respaldan el uso de tratamiento antitrombótico en la FA. Sin embargo, la utilización del TAO en la práctica clínica dista mucho de ser la idónea, especialmente en la población anciana. Esto tiene que ver, sin duda, con el manejo y los efectos secundarios inherentes al TAO. Por este motivo se han desarrollado nuevos fármacos antitrombóticos que aportan ventajas incuestionables al tratamiento convencional con antivitamina K. Uno de ellos, dabigatrán, ha demostrado, en dosis de 150 mg 2 veces al día, ser más efectivo que warfarina en la prevención de ictus o embolias sistémicas en pacientes con FA y en la dosis de 110 mg una eficacia similar con una menor tasa de sangrado.

Planificación familiar

Jesús Iturralde Iriso^a y Eugenia García Virosta^b

^aMédico de Familia, Centro de Salud Casco Viejo, Vitoria-Gasteiz, España. Grupo de Trabajo de Actividades Preventivas de SEMERGEN

^bMédico de Familia, Centro de Salud Canillejas, Madrid, España

Los adolescentes de este país están comenzando cada vez con menor edad su primera relación sexual. En ocasiones, esta relación es sin protección anticonceptiva, lo que puede producir en algunos casos un embarazo, no deseado la gran mayoría de las veces. Por otro lado, entre nuestros jóvenes está aumentando la población sexualmente activa, con el consiguiente riesgo de un mayor número de embarazos y un aumento de las infecciones de transmisión sexual, lo que a su vez conlleva un incremento de interrupciones voluntarias de embarazo.

Este panorama no debería ser así, ya que disponemos de un gran arsenal de productos anticonceptivos.

El objetivo del taller es proporcionar al profesional sanitario de atención primaria conocimientos sobre planificación familiar, que le ayuden de la mejor manera posible a ayudar a su población.

Temario

- Fisiología del ciclo femenino.
- Tipos de anticonceptivos. Eficacia y aceptabilidad.
- Anticoncepción de urgencia.
- Casos clínicos.

Prevención del cáncer ginecológico

Antonia Rodríguez Hernández^a y Matilde Sierra Pérez^b

^aMédico de Familia, Centro de Salud San José, Gran Canaria, España. Presidente de SEMERGEN Canarias

^bMédico de Familia, Centro de Salud Santoña, Cantabria, España. Miembro de la Sección del Inmigrante del Grupo de Trabajo de Actividades Preventivas de SEMERGEN

El cáncer, tanto en mujeres como en hombres, es en la actualidad una de las enfermedades de mayor relevancia en términos de salud pública. Los tumores malignos han sido la segunda causa de muerte en España en las últimas décadas,

solamente superados por las enfermedades del aparato circulatorio.

El cáncer es la segunda causa de muerte en mujeres después de las enfermedades cardiovasculares, y la primera

ente 20 y 80 años. De todos los tumores, los ginecológicos y de mama suponen la principal causa de muerte por cáncer. El que tiene mayor incidencia y causa más mortalidad es el cáncer de mama, mientras que los tumores de útero y ovario suponen, respectivamente, la séptima y la octava causas de fallecimiento por cáncer en mujeres.

Para reducir la morbilidad existen diversas estrategias de prevención: prevención primaria y prevención secundaria (cribado).

La prevención primaria va encaminada a reducir la probabilidad de aparición del cáncer o aminorar e interrumpir su progresión, mediante cambios en aquellos factores de riesgo asociados a su desarrollo (consejos y estilos de vida).

La prevención secundaria tiene como objetivos detectar el cáncer antes de que se manifieste clínicamente, para ofrecer un tratamiento precoz que permita mejorar su pronóstico, utilizando pruebas de cribado que permitan detectar el máximo número de lesiones posibles (sensibilidad) con el mínimo número de falsos positivos (especificidad). En el caso de no existir técnicas de cribado el médico de primaria debe conocer los signos y síntomas de alerta que pueden hacer pensar en la existencia de un cáncer ginecológico.

En el taller se abordará la prevención del cáncer de cérvix, el de endometrio, el de ovario y el de vagina y vulva, tanto desde el punto de vista de la prevención primaria como secundaria o los signos y síntomas de alarma.

RCP. Nuevas recomendaciones

María José Villanueva Ordóñez^a, Francisco Gerardo Crespo Ruiz^b y Ginés Martínez Bastida^a

^aMédico de Familia, Unidad Medicalizada de Emergencias n.º 3, SAMU, Asturias, España

^bDUE, Unidad Medicalizada de Emergencias n.º 3, SAMU, Asturias, España

Introducción y justificación

La Task Force del Consejo Europeo de Resucitación (ERC) estima que un tercio de los casos de infarto agudo de miocardio (IAM) mueren antes de la llegada al hospital. La mayoría fallecen en la primera hora después del comienzo de los síntomas, siendo la proporción de muertes extrahospitalarias muy elevada, especialmente en la gente joven.

El estudio poblacional basado en el MONICA Ausburg Myocardial Infarction Register muestra que alrededor del 28% de los pacientes fallece en la primera hora de evolución de los síntomas, el 40% en las primeras 4 h y el 51% en las primeras 24. El 60% de las muertes súbitas cardíacas ocurrió fuera del hospital y tan sólo el 10% fueron atendidas por personal médico. El 61% de los pacientes falleció sin asistencia.

Estos datos sugieren que los esfuerzos dirigidos al desarrollo del tratamiento prehospitalario del síndrome coronario agudo tendrían una mayor repercusión en la reducción de la muerte súbita de origen cardíaco que los dirigidos a mejorar el tratamiento intrahospitalario del mismo. Resulta de vital importancia la reducción del tiempo que transcurre desde que se produce el colapso hasta la aplicación de la técnica de desfibrilación eléctrica, que ha de ser inmediata.

El ERC considera fundamental extender la práctica de la desfibrilación automática tanto a los profesionales sanitarios como a la población general e indica claramente que el primer paso que se debe dar para extender la práctica de la desfibrilación por los “primeros intervinientes” entre la población general, debe ir dirigido a la provisión de desfibriladores automáticos a las ambulancias con técnicos en transporte sanitario (TTS) bien adiestrados en atención sanitaria a paradas cardiorrespiratorias (PCR). Estos deberían recibir además una formación específica en este sentido.

La American Heart Association y la Task Force del ERC hacen las siguientes recomendaciones:

- Todo el personal que por su profesión pueda auxiliar a una víctima de PCR debe ser entrenado y autorizado en la DESA.
- Toda ambulancia que pueda enfrentarse a una situación de PCR debe portar un DESA y personal entrenado en su uso.
- Todo programa de entrenamiento en la práctica de la desfibrilación por primeros intervinientes debe ser realizado con control estricto por parte de personal facultativo experto en emergencias, haciendo un seguimiento del procedimiento y registro de datos siguiendo el estilo Utstein, asegurando de esta manera que la desfibrilación tiene beneficio clínico.
- El primer interviniente se define como aquel individuo entrenado que actúa independientemente pero dentro de un sistema médico controlado y capacitado en la aplicación de la desfibrilación con DESA dentro de la cadena de supervivencia.
- Establecimiento de fases de implantación progresivas, en primer lugar para personal de emergencias, seguidamente los primeros intervinientes: fuerzas de orden público, programas de desfibrilación domiciliaria para pacientes de alto riesgo, miembros de la comunidad con la ubicación de los DESAS en terminales de transporte, centros comerciales, espectáculos deportivos y otros lugares de concentraciones masivas de público.
- Resulta de vital importancia la utilización de la desfibrilación precoz dentro de una eficaz cadena de supervivencia, nunca como aspecto aislado. Es necesario el reconocimiento de la víctima, la activación del sistema de emergencias, la llegada de personal entrenado en RCP

básica y DESA, la asistencia por unidades de soporte vital avanzado y el traslado al hospital.

Objetivos

1. Conseguir aumentar las tasas de supervivencia en los pacientes con muerte súbita cardíaca consiguiendo un acceso rápido a la desfibrilación precoz dentro de la cadena de supervivencia.
2. Acortar el tiempo entre la PCR y la primera desfibrilación como tratamiento efectivo de la muerte súbita con rimo inicial de FV/TV sin pulso.
3. Lograr que al finalizar el taller de entrenamiento en DESA el alumno sea capaz de:
 - Practicar unas maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP) básicas adecuadas y eficientes.
 - Ventilar con bolsa y mascarilla.
 - Resolver la obstrucción de la vía aérea.
 - Utilizar un DESA con seguridad y eficacia manteniéndolo en todo momento en óptimas condiciones de utilización.

Metodología

Curso eminentemente práctico (75% práctico y 25% teórico). Las prácticas se realizarán en tres escenarios supervisados por un monitor con una relación alumno/monitor: 6-8/1.

Al final del curso se realizará una encuesta de satisfacción del curso por parte de los alumnos donde se valorará el grado de satisfacción del curso y de los monitores.

Profesorado

- M.^a José Villanueva Ordóñez.
- Ginés Martínez Bastida.
- Francisco Crespo Ruiz.

Alumnos

Los alumnos serán personal inscrito el Congreso Nacional de SEMERGEN 2011 hasta completar aforo máximo del taller.

Documentación

Al inicio del taller se les entregará a los alumnos una carpeta con documentación relativa a las nuevas recomendaciones del ERC en RCP básica y DESA.

Material

Material de apoyo a la exposición teórica: ordenador con cañón de proyección y pantalla de proyección.

Material para los escenarios prácticos:

- Maniqués de SVB adulto y pediátrico.
- Material para la realización de SVB instrumental (cánulas de Guedel, bolsa-balón autohinchable con reservorio-mascarilla), bala de oxígeno portátil.
- DESA de entrenamiento con batería de simulación de casos.
- Guantes desechables.
- Mascarillas de protección facial.

Tratamiento paliativo de los pacientes con incontinencia urinaria

José M.^a Dios Diz^a y Francisco Valle González^b

^aMédico de Familia, Centro de salud Tordoia, A Coruña, España. Grupo de Trabajo de Urología SEMERGEN

^bUrólogo, Jefe de Sección del Área Sanitaria VIII, Hospital Valle del Nalón, Asturias, España. Vicepresidente de la Sociedad Urológica Asturiana

Serán 3 casos clínicos, en los que iremos desarrollando la teoría de la incontinencia urinaria (IU), haciendo hincapié en las medidas paliativas y complementarias a los tratamientos establecidos. Definiremos la IU, diremos sus causas. Haremos una clasificación fisiopatológica, valoraremos el diagnóstico y finalmente diremos el tratamiento, tanto desde el punto de vista de la atención primaria como del urólogo (en las unidades de IU de los hospitales de referencia).

El primer caso clínico será un hombre, operado de próstata, que como secuela le queda una IU. Veremos el desarrollo del caso y el tratamiento paliativo que será necesario utilizar para minimizar las secuelas de la operación.

El segundo caso clínico será el de una mujer con vejiga hiperactiva, que necesita utilizar una serie de comple-

mentos, entre los que se encuentran los absorbentes, para realizar las actividades de la vida diaria y mejorar su calidad de vida, minimizando los efectos de las pérdidas de orina.

El tercer caso clínico será el de una mujer con IU mixta, con síntomas predominantes de vejiga hiperactiva y de IU de esfuerzo (la más frecuente).

El desarrollo de los casos clínicos irá definiendo la incontinencia urinaria: la SIC (Sociedad Internacional de la Incontinencia) definía la IU como la pérdida involuntaria de orina, que ocasiona un problema de salud y/o social, y que se puede demostrar de forma objetiva. En el año 2002, la SIC define la IU como “toda queja de escape involuntario de la orina”.

Las formas clínicas de la IU son:

1. IU transitoria.
2. IU establecida:
 - A. Vejiga hiperactiva.
 - B. Incontinencia de esfuerzo.
 - C. Incontinencia por rebosamiento.
 - D. Incontinencia funcional.
 - E. IU mixta: la más frecuente: incontinencia de esfuerzo + vejiga hiperactiva.

A quién afecta esta patología

- Edad infantil:
- Enuresis.

- Malformaciones congénitas.
- Mujeres en edad laboral.
- Pacientes neurológicos:
- Lesionados medulares.
- Enfermedad de Parkinson, etc.
- Tercera edad.

Desarrollaremos el diagnóstico y haremos el tratamiento. Explicaremos las diferentes medidas complementarias que se pueden utilizar en cada una de las formas clínicas de la IU. Intentaremos que l@s asistentes al taller, en su consulta, en tan sólo 3 min, sepan: diagnosticar la IU, ¿qué tipo de IU presenta el/la paciente? y qué tratamiento le daremos, según el tipo de IU.

Uso de las heparinas de bajo peso molecular en la prevención del tromboembolismo venoso en atención primaria

Eduardo Carrasco Carrasco

Médico de Familia, Centro de Salud de Abarán, Murcia, España. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN

La trombosis venosa profunda es la oclusión de la luz vascular de las venas profundas de las extremidades inferiores por un trombo. Parte de él puede desprenderse y enclavarse en el árbol arterial pulmonar dando lugar a la tromboembolia pulmonar (TEP). Ambos cuadros, íntimamente relacionados, constituyen la entidad patológica denominada enfermedad tromboembólica venosa (ETEV). Con una incidencia es de 1-2 casos/1.000 habitantes/año y prevalencia del 3-5%, se erige como la 3.^a causa de muerte cardiovascular, tras la cardiopatía isquémica y el ictus, siendo la forma más frecuente de muerte evitable en hospitales. Su mortalidad es muy alta pudiendo alcanzar hasta el 29% a los 7 días en caso del embolismo pulmonar. La ETEV es una enfermedad crónica y recurrente que puede derivar en un síndrome postrombótico o una hipertensión pulmonar que suponen altos costos sociosanitarios. Los factores de riesgo principales son la inmovilización, cirugía ortopédica y traumatológica, edad, algunas alteraciones hereditarias del sistema hemostático y varias enfermedades médicas, como la EPOC, cáncer y sus tratamientos o infecciones graves, además de algunas situaciones como el embarazo o la toma de anticonceptivos.

La reducción de la carga de la ETV requiere una prevención primaria efectiva, diagnóstico temprano, tratamiento apropiado del proceso trombótico agudo y una prevención secundaria eficaz. Para ello, el médico de atención primaria debe estar formado en el manejo de esta enfermedad.

El mejor tratamiento de la ETEV es su profilaxis. Las heparinas de bajo peso molecular (HBPM) han supuesto un avance importante en ella. Aunque existe poca experiencia y, por lo general, en el ámbito extrahospitalario se asume el seguimiento de los tratamientos o de las profilaxis indicadas en otros niveles, no se suelen indicar pautas de profilaxis con fármacos aunque sí se sea capaz de identificar a los

pacientes de riesgo. Por otra parte, si bien se le ha dado gran importancia a la prevención de la ETEV en pacientes quirúrgicos ortopédicos y traumatológicos, no ha ocurrido así con el grupo de pacientes sometidos a otro tipo de cirugía y mucho menos con pacientes que padecen una enfermedad médica, quizá porque la información disponible en pacientes con procesos médicos es cualitativa y cuantitativamente menor. En el marco extrahospitalario, la tromboprofilaxis de estos pacientes encamados o inmovilizados en su domicilio es un problema aún no resuelto. También, en algunas circunstancias, el riesgo de ETEV en pacientes hospitalizados no desaparece con el alta y la profilaxis debe mantenerse en su domicilio hasta que desaparezca aquél, pero en otras ocasiones, el riesgo de ETEV aparece aun sin precisar el ingreso hospitalario y es aquí donde el médico de atención primaria juega un papel destacado en la profilaxis de la enfermedad.

En otro sentido, el médico de familia debe conocer cuál es la duración de la profilaxis, con objeto de no detener el tratamiento profiláctico y provocar un riesgo importante de acontecimientos tromboembólicos.

Las HBPM son fármacos anticoagulantes que han demostrado su validez como profilaxis de la ETEV en atención primaria con fácil dosificación, pocos efectos secundarios y gran eficacia.

Aunque hay guías de actuación claras sobre profilaxis de ETEV, existen diferentes situaciones que pueden crear incertidumbre en el médico de familia. El objetivo de este taller es repasar las indicaciones de la profilaxis de la ETEV en cirugía ortopédica y traumatológica y analizar ciertas situaciones frecuentes en la consulta diaria, como son la actitud ante traumas menores, el embarazo o el enfermo con patología médica, en las que se podría indicar el uso de las HBPM.