

## Jornadas Científicas y Profesionales

### JORNADA DEL RESIDENTE

---

#### Mesa redonda: Cómo ser residente de Medicina Familiar y no morir en el intento

Moderador: Ignacio Andrés Bergareche

Médico de Familia. Adjunto de Urgencias. Hospital Royo Villanova. Zaragoza.

Indudablemente la residencia de Medicina Familiar y Comunitaria es un largo camino lleno de alegrías tanto a nivel profesional como personal, pero también de momentos difíciles, de encrucijadas donde se han de tomar decisiones que afectarán tanto al transcurso de la residencia como al posterior periodo de especialista. La gran carga de la vertiente asistencial, las situaciones conflictivas del día a día, la mala gestión del propio estrés, etc., son una constante en todos y cada uno de los residentes que inician esta andadura.

En esta mesa redonda pretendemos desmenuzar uno por uno los cuatro años de residencia, deteniéndonos en esos momentos críticos, en los que una decisión puede ser determinante de cara al futuro profesional en todos sus aspectos. Esperamos que este análisis, fruto de experiencias vividas, sirva de orientación tanto a los residentes que comienzan como a aquellos que están terminando.

Diversos factores (como la vocación personal, el temor a la nueva responsabilidad y al número de pacientes, el tiempo de desplazamiento hasta el centro laboral y, sobre todo la calidad del contrato) influyen en nuestra decisión final que, muchas veces, será diferente a la que nos motivó a iniciar la residencia de Medicina Familiar.

#### Otra visión de la Medicina de Familia: período formativo en Brasil

Clara Ferrando Aznar

Médico residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San José Norte. Zaragoza.

Experiencia de rotación externa en la ciudad brasileña de Petrópolis (RJ, Brasil) durante dos meses. Contacto con centros de Salud de áreas con dificultades socio-económicas. Diferencias y similitudes sobre la implantación de la Atención Primaria en Brasil y España. ¿Merece la pena salir de nuestro hospital?

#### ¿Por qué los residentes de Medicina Familiar optamos por alternativas diferentes a la Atención Primaria al término de la residencia?

Marco Antonio Esquivias Campos

Médico Interno Residente 4º año. CS Zona 8 – Albacete.

Al terminar la residencia debemos tomar la decisión de trabajar en Atención Primaria, 112/061, ESAD, Pediatría en Atención Primaria o Urgencias Hospitalarias.

#### R1, objetivo: sobrevivir

Eva Trillo Calvo

Médico residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Miguel Servet. Zaragoza.

Mi intervención en primer lugar se centrará en el comienzo de la residencia, en los primeros cuatro meses de aterrizaje en el centro de salud con los respectivos tutores, donde tuvimos un primer contacto con el sistema sanitario, donde íbamos a desempeñar nuestro trabajo y donde perdimos el miedo a dirigirnos a nuestros pacientes, entendiendo de una vez que ya éramos médicos

y no estudiantes de la facultad y empezamos a comprender lo que realmente significaba ser médico de familia y a darnos cuenta de que habíamos elegido bien, muy bien.

En segundo lugar hablaré de las primeras guardias; del miedo que nos invadía cuando pensábamos que en unas semanas íbamos a ser partícipes de un “genocidio colectivo”; comenzaba el estrés de querer ir de mochila a una guardia con un residente mayor para intentar ver cómo funcionaba todo aquello. De conseguir mucha literatura para llevar todos los bolsillos del pijama y de la bata llenos de ciencia. De frustrarnos porque no entendíamos ningún electro y pensar que todos los pacientes iban a infartarse. Y, por supuesto, el miedo a los “villanos” adjuntos, motivado por todas las leyendas urbanas que nos habían contado antes de poner un pie en el servicio.

Y por último dedicaré un minuto a explicar la caótica vida del recién R1, a entender que nuestros días tienen 24 horas y que en ese tiempo debíamos compaginar cursos de la unidad docente, cursos del doctorado, guardias, multitud de rotatorios, sesiones clínicas, cursos por las tardes, sacar tiempo para estudiar y por supuesto, alimentar nuestra gran vida social: primeras cenas, primeras fiestas hospitalarias, primeros actos de bienvenida, primeros congresos... Al final, comprendimos que la cosa no pintaba tan mal como creímos.

## Cuando todo avance no es un progreso

Ángel Vicente Molinero

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. CS Utebo. Zaragoza. Servicio Aragonés de la Salud.

El R-4 de Familia se planteó como un progreso “revolucionario” desde arriba hacia abajo, esto es, desde la Comisión Nacional de la Especialidad así como de determinadas sociedades científicas. Se nos vendió y nosotros lo compramos como un medio de legitimación más hacia el hospital que hacia la Atención Primaria. Aunque para mí, la experiencia ha sido del todo positiva como consolidación de habilidades y conocimientos, tengo la sensación de que ha servido para actuar como “peones útiles” en las guardias hospitalarias y de mano de obra barata para ser usada discrecionalmente por los centros para evitar contrataciones de otros compañeros.

La idea no es mala, aunque entiendo que se hace necesaria una adecuada reflexión de su articulación en lo que es la residencia en su conjunto y podría ser una buena oportunidad para articular posibles itinerarios que tienen su sentido dentro del desarrollo actual y futuro de nuestra especialidad; el asistencial, el de gestión, el de salud pública y el de urgencias, entre otros.

## Seminario: Antiagregación en Atención Primaria

Ángel Vicente Molinero

Médico residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Utebo. Zaragoza.

La aterotrombosis, que incluye la enfermedad coronaria, la cerebrovascular y la arteriopatía periférica, es actualmente la principal causa de muerte en el mundo.

Los antiagregantes plaquetarios constituyen uno de los pilares del tratamiento y de la prevención de la enfermedad aterotrombótica. Para explicar el crecimiento del consumo de antiagregantes plaquetarios se deben considerar distintos factores:

- El aumento de la prevalencia de enfermedades cardiovasculares donde estos fármacos están indicados, lo cual se relaciona tanto con el envejecimiento de la población, como con una mayor incidencia de síndromes coronarios agudos recurrentes (consecuencia de la menor letalidad) y un número creciente de intervenciones coronarias de alto riesgo (*by-pass*, etc.).

- Mayor proporción de población incluida dentro del grupo de alto riesgo cardiovascular, que requiere preventión de eventos aterotrombóticos.

- Mayor sensibilización del médico para la prescripción de estos fármacos como prevención primaria y secundaria ante la publicación de estudios que han alertado sobre un deficiente uso de medicación cardioprotectora.

El aumento progresivo de las indicaciones terapéuticas en la práctica clínica, no exentas de gran controversia en las principales publicaciones científicas, hace que sea un ámbito de estudio de especial relevancia para la atención primaria, tanto por el número de pacientes a tratar como por el impacto económico para los sistemas sanitarios que su prescripción conlleva.

## Seminario: Violencia de género y sus documentos médico-legales para médicos residentes

Eva Trillo Calvo

Médico residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Miguel Servet. Zaragoza.

El objetivo de mi ponencia es ofrecer orientaciones a los profesionales del sistema sanitario para la atención integral –física, psicológica y emocional– a las mujeres que son o han sido víctimas de violencia física, psicológica o sexual por parte de su pareja o expareja, y que acuden a un centro sanitario.

Los objetivos específicos que debemos alcanzar son:

- Dar a conocer la magnitud del problema.
- Informar sobre las consecuencias de los malos tratos y la violencia en la salud de la mujer y, en el caso de que existan, de los hijos.
- Facilitar un instrumento para la detección y atención de la violencia de pareja en el marco de los centros y dispositivos sanitarios.
- Establecer una pauta de actuación normalizada para los profesionales del Sistema de Salud de Aragón.
- Apoyar a la mujer en el desarrollo de sus derechos legalmente reconocidos.
- Establecer un informe médico exhaustivo y común para todos los profesionales del Sistema de Salud de Aragón que pueda servir como instrumento de apoyo a la mujer en un proceso judicial.
- Dar a conocer y facilitar el acceso a los recursos no sanitarios (sociales, jurídicos, económicos, etc.) a los que tienen derecho las mujeres que son víctimas de violencia de pareja.
- Promover la capacitación de la mujer para el reconocimiento de su situación de maltratada y para la búsqueda de soluciones a este problema.

#### **4. Arritmias**

- 4.1 Bloqueos auriculoventriculares
  - 4.1.1 Bloqueo AV de primer grado
  - 4.1.2 Bloqueo AV de segundo grado
  - 4.1.3 Bloqueo AV de tercer grado
- 4.2 Extrasístoles
  - 4.2.1 Extrasístoles supraventriculares
  - 4.2.2 Extrasístoles ventriculares
- 4.3 Bradicardia sinusal
- 4.4 Paro sinusal
- 4.5 Taquiarritmias de QRS estrecho
  - 4.5.1 Taquicardia sinusal
  - 4.5.2 Taquicardia auricular
  - 4.5.3 Fibrilación auricular
  - 4.5.4 Flutter auricular
- 4.6 Taquiarritmias de QRS ancho
  - 4.6.1 Taquicardia ventricular
  - 4.6.2 Fibrilación ventricular
  - 4.6.3 Flutter ventricular

#### **5. Cardiopatía isquémica**

- 5.1 Isquemia
- 5.2 Lesión
- 5.3 Necrosis
- 5.4 Localización
- 5.5 Evolución

#### **6. Otros hallazgos de interés**

ECG: electrocardiograma.

## Taller: ¿Qué debe saber un residente de Primaria sobre electrocardiografía?

Roberto Genique Martínez

Médico residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria.  
Centro de Salud San José Norte. Zaragoza.

Se trata de un taller destinado a residentes de Medicina Familiar y Comunitaria cuyo objetivo es que aprendan la sistemática de interpretación del electrocardiograma normal, así como a identificar las principales alteraciones que pueden presentarse en un electrocardiograma.

Para ello, el taller se compondrá de un repaso teórico junto con la interpretación de electrocardiogramas de cada caso que ayuden a asimilar los conceptos expuestos.

#### **1. ECG normal. Parámetros normales**

1.1 Escala en la tira de papel de ECG

1.2 Sistématica de interpretación

#### **2. Crecimientos de cavidades**

2.1 Crecimiento auricular derecho

2.2 Crecimiento auricular izquierdo

2.3 Crecimiento ventricular izquierdo

2.4 Crecimiento ventricular derecho

#### **3. Bloqueos de rama**

3.1 Bloqueo de rama derecha

3.2 Bloqueo de rama izquierda

3.3 Hemibloqueo anterior

3.4 Hemibloqueo posterior

3.5 Bloqueos bifasciculares y trifasciculares

## Taller: Infiltración de hombro

Ignacio Andrés Bergareche

Médico de Familia. Adjunto de Urgencias. Hospital Royo Villanova. Zaragoza.

Se trata de un taller destinado a los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria cuyo objetivo es que los asistentes aprendan de forma práctica a realizar una infiltración de hombro por vía anterior y posterior. Para ello, haremos un breve repaso anatómico del hombro, aprenderemos a reconocer aquellas patologías susceptibles de precisar una infiltración, a preparar el material necesario y a llevar a cabo dicha técnica mediante una simulación práctica.

## Taller: Vendaje funcional de tobillo

Marco A. Esquivias Campos

Médico residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria.  
Centro de Salud Zona 8. Albacete.

El esguince de tobillo es un motivo frecuente de consulta en las urgencias de Atención Primaria y hospitalarias. Por lo tanto, el vendaje funcional de tobillo (con motivos

preventivos, terapéuticos iniciales y posterior rehabilitación) es una técnica que todo residente de Medicina Familiar debe conocer y dominar.

En este taller repasaremos técnicas conocidas de vendaje funcional de tobillo y luego se practicarán entre los participantes hasta conseguir el dominio de la técnica.

## Taller: Vías alternativas en la administración medicamentosa: vía intraósea y subcutánea

Omar Daoud Aziman<sup>a</sup> y Clara Ferrando Aznar<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Calatayud Sur. Zaragoza.

<sup>b</sup>Médico residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San José Norte. Zaragoza.

La elección de este tema no es casual, la formación del médico de familia está encaminada al manejo

del paciente tanto en situación de salud como de extrema emergencia, hospitalaria y extrahospitalaria.

El fin de esta apuesta es hacer llegar a nuestros co-residentes el redescubrimiento de una vía que además de poco conocida es esencial en la urgencia pediátrica como, y más con el paso del tiempo, en situaciones de extrema emergencia o difícil acceso y colapso hemodinámico del paciente adulto.

El taller se divide en dos partes bien diferenciadas.

1. Parte teórica: definición de la vía ósea, aplicaciones, manejo y contraindicaciones.

2. Parte teórica: taller práctico con familiarización con el aparataje de manejo de la vía ósea y aprendizaje de la colocación de la vía en niño y adulto.

### VÍA SUBCUTÁNEA

Concepto de agonía. Indicaciones y contraindicaciones de vía subcutánea. Técnica y material necesario. Métodos de administración. Fármacos utilizados en vía subcutánea. Educación del cuidador. Práctica de aplicación de la vía subcutánea.

## JORNADA DE URGENCIAS

### Taller: Doctor, mi hijo tiene fiebre. Manejo por el médico de familia

Eva Bengochea Botín

Médico de Familia. Centro de Salud Sardinero. Santander.

La fiebre en Pediatría es uno de los motivos más frecuentes de consulta en los Servicios de Urgencias (25-30%). Es también un elevado porcentaje de diagnóstico al alta (10-15%).

Si en la mayoría de los casos la causa es banal y autolimitada, es importante plantearnos su manejo como un reto diagnóstico y terapéutico, ante la posibilidad de una patología grave subyacente. De ahí la necesidad de presentar este taller, eminentemente práctico, en el que utilizaremos varios supuestos (en formato *roll-playing*), con el objetivo de abordar el concepto de fiebre y su manejo clínico, orientado desde el punto de vista de un Servicio de Urgencias.

También se tratará el concepto de fiebre sin foco, fiebre de origen desconocido además de cómo realizar una anamnesis y exploración sistematizada, del empleo de pruebas complementarias básicas de las que se dispone en Atención Primaria y de las complicaciones propias de la fiebre.

# JORNADA DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS

## Mesa redonda: Prevención del riesgo laboral en el personal sanitario

Moderadora: Paloma Casado Pérez

Médico de Familia. Centro de Salud Canillejas. Área IV. SERMAS. Madrid.

### OBJETIVOS

- Mejorar la información de los profesionales sanitarios referente a las medidas preventivas a realizar para su propia protección.
- Conocer los riesgos de contagio de patología infecciosa en la consulta de Atención Primaria.
- Mejorar la actitud de los profesionales, evitar el abandono de las técnicas básicas de protección frente a las infecciones y estimular la implementación de los procesos adecuados de protección frente a las vías de transmisión de dichas enfermedades.
- Incorporar a la práctica habitual los principios básicos de ergonomía en la consulta.

### INTRODUCCIÓN

No es habitual que se plantee una mesa de prevención de riesgo laboral para profesionales sanitarios, y desde SEMERGEN hemos querido hacer esta apuesta novedosa para de alguna forma demostrar la preocupación o la relevancia que como sociedad científica queremos darle a nuestros socios.

A veces, los médicos descuidamos el mantenimiento de las mínimas medidas de protección frente al contagio de las enfermedades infecciosas a las que estamos constantemente expuestos; minimizamos la sensación de peligro, imbuidos en la rutina cotidiana y en el constante contacto con enfermedades de este tipo; y aunque es cierto que a nivel de Atención Primaria el riesgo es menor, no debemos nunca bajar las defensas.

Además debemos recordar que en nuestro caso, como profesionales sanitarios que somos, no solo es una responsabilidad individual, sino que también es un deber ético, al entrar a formar parte de la cadena de transmisión (enfermedades respiratorias), como hemos podido comprobar con la muy reciente epidemia de gripe H1N1; en este último caso, los médicos hemos podido comprobar cómo se extremaban las medidas de prevención con el último fin de cortar la cadena de transmisión de la enfermedad.

Recordaremos los pasos a seguir en caso de sufrir una exposición a material biológico, y las últimas evidencias en quimioprofilaxis en caso de contacto con material contaminado.

Por último, en la mesa hemos introducido una última parte en la que tratamos la ergonomía en el puesto de trabajo, donde queremos plantear cómo pueden incidir los factores físicos (luz, temperatura...) y la estructura funcional de nuestra consulta tanto en nuestro bienestar como en el mejor desarrollo de nuestra actividad laboral.

### CONCLUSIONES

- Recordar siempre la importancia de mantener de forma constante las medidas básicas de protección: lavado de manos, uso de medidas de protección física en las actividades que así lo requieran.
- Los profesionales debemos mantener al día nuestro estado vacunal: hepatitis B, tétanos/difteria, gripe.
- Es fácil poder implementar algunas medidas de ergonomía en nuestro puesto de trabajo, y es recomendable empezar a ejercitarse una correcta higiene postural.
- Los médicos debemos empezar a exigir a la Administración que nos contrata, que nos provea de unas adecuadas instalaciones para el correcto desarrollo de nuestro trabajo.
- Todo lo que se haga por cuidar la salud y el bienestar del médico, redundará en una mejor atención a los ciudadanos.

## Prevención de la infección respiratoria en el personal sanitario

José Luis Cañada Merino

Centro de Salud de Algorta. Bizkaia. Coordinador del grupo de la infección SEMERGEN.

El personal que trabaja en el ámbito sanitario constituye un grupo de riesgo de adquisición y de transmisión de determinadas enfermedades infecciosas, muchas de las cuales pueden ser prevenidas de una forma efectiva mediante inmunización activa.

1. Infecciones con puerta de entrada respiratoria a prevenir en el personal sanitario: gripe, tuberculosis, neumonía bacteriana, tos ferina, infección meningocócica, otras infecciones víricas con puerta de entrada respiratoria, exacerbación aguda de la bronquitis crónica.

2. Medidas para minimizar el riesgo de infección respiratoria: pautas de estricto cumplimiento, lavado de manos, rápida adopción de aislamiento adecuado, vacunación apropiada.

3. Infecciones respiratorias que se pueden evitar por la vacunación: contagio por inhalación, gripe, varicela, sarampión, contagio por gotas, tos ferina, infección meningocócica.

4. Medidas preventivas postexposición: confirmar que la fuente tiene la enfermedad, determinar que podría haberse producido la transmisión (por ejemplo, contacto estrecho con *B. pertussis*), comprobar que el sanitario es susceptible, establecer si se dispone de profilaxis específica y está recomendada, informarle sobre el riesgo de transmisión, valorar si se debe de limitar su actividad, consultas de seguimiento.

#### 5. Definición de exposición.

- Gripe: cohabitación en ambiente cerrado o contacto cara a cara en espacio abierto.

- Sarampión: cohabitación en ambiente cerrado o contacto cara a cara en espacio abierto (sanitario no inmune).

- Infección meningocócica: contacto directo de personas infectadas (por ejemplo, examen de orofaringe).

- Tos ferina: contacto directo con secreciones respiratorias o gotitas de vías respiratorias.

- Varicela: cohabitación en ambiente cerrado o contacto cara a cara en espacio abierto con un paciente con lesiones activas o dentro de las 48 horas del desarrollo de las lesiones.

6. Vacunación de la gripe: personas que pueden transmitir la gripe a otras personas con alto riesgo de complicaciones:

- Profesionales sanitarios de la Atención Primaria (médicos, DUE, etc.).

- Profesionales sanitarios del ámbito hospitalario y en especial aquellos que se encuentran en contacto con personas pertenecientes a alguno de los grupos de riesgo descritos (UCI, unidades de diálisis, oncología y neumología).

- Personal de residencias de la 3ª edad, geriátricos, etc. así como el perteneciente a servicios sociales de ayuda a domicilio.

#### 7. Objetivos de la vacunación a sanitarios:

- Proteger a los trabajadores de contraer determinadas enfermedades transmisibles.

- Evitar que sean fuente de contagio para los pacientes, para otros trabajadores o para la comunidad.

- Son susceptibles de la aplicación del calendario de vacunación del adulto (no hay que olvidar llevar un registro de vacunaciones).

- Evitar el absentismo, como consecuencia de enfermedades adquiridas en el desempeño de sus funciones.

necesarias para hacer una historia clínica dirigida a la mama. Se pretende también adquirir el hábito de una exploración clínica mamaria sistemática y rigurosa, para lo cual se dispondrá de un maniquí simulador de diferentes patologías. Así como el poder reconocer la semiología mamaria más importante y frecuente.

También se pretende que el médico de AP se familiarice con los factores de riesgo de cáncer de mama y con las pruebas de diagnóstico por imagen más comunes en patología mamaria (mamografía, ecografía...) y conozca los protocolos de actuación y seguimiento en cada caso, para poder así realizar su actividad de forma eficiente y coordinada con el especialista, ginecólogo.

No debemos olvidar que el médico de AP es el primer contacto de las pacientes con el sistema sanitario y que, fundamentalmente, de estos profesionales dependerá la prevención de la enfermedad. Dado que la prevención primaria del cáncer de mama aún no es posible, lo que debemos perseguir entre todos es la prevención secundaria, es decir, el diagnóstico de la enfermedad, en fase lo más precoz posible, para que con ello se vean reducidas la mortalidad y morbilidad de la enfermedad.

El cáncer de mama es la neoplasia más frecuente en la mujer occidental y la segunda causa de muerte (después del cáncer de pulmón) por cáncer de mujeres en el mundo, representando la principal causa de muerte entre los 35-54 años.

Su incidencia aumenta con el nivel económico. Más de la mitad de los casos se diagnostican en los países desarrollados. La incidencia de cáncer de mama en España fue de 15.979 nuevos casos en 2003. Lo que representa que 1 de cada 24 mujeres desarrollará cáncer de mama antes de los 75 años y el 66%-67% son postmenopáusicas.

Tanto el número de casos como las tasas de incidencia aumentan lentamente en nuestro país, probablemente debido al envejecimiento de la población y a un diagnóstico cada vez más precoz, pero, el número de muertes se mantiene estable y las tasas de mortalidad desciden, debido sobre todo a un mejor resultado de los tratamientos.

En España se diagnostican cada año 15.000 nuevos casos y el índice de curación ronda el 60%. En las recaídas la estimación de supervivencia es una media de 2 años de vida.

La detección precoz cuando el tumor no está extendido ni evolucionado hace que el porcentaje de curación se eleve casi al 90%.

Es importante que las mujeres acudan a su médico de AP o ginecólogo a partir de los 40 años de edad, para la revisión mamaria anual. Su médico les hará una exploración clínica mamaria y decidirá sobre la petición de las pruebas complementarias más adecuadas y su periodicidad. En cualquier caso, la mujer debe estar concienciada para una revisión mamográfica anual o bianual a partir de los 50 años y hasta los 65 años.

Como se expone en este taller existen factores de riesgo muy diversos que influyen en la aparición del cáncer

## Seminario: Cáncer de mama

Esther Redondo Margüello

Médico de Familia. Especialista en Patología Mamaria y Senología. Centro Monográfico de Salud Internacional. Madrid Salud. Madrid.

El objetivo del taller "Exploración mamaria" es trasladar los médicos de Atención Primaria (AP) las habilidades

de mama y que debido a su frecuencia pueden estar presentes en muchas mujeres sin que tengan que determinar por ello un riesgo absoluto, pero sí una llamada a la prevención. Esta prevención se basa en controlar los factores que pueden ser modificados y en hacer una labor de vigilancia. El diagnóstico precoz no solo ofrece una reducción

en la mortalidad sino que permite una mejora en la calidad de vida. Este diagnóstico precoz se consigue principalmente con la mamografía que permite realizar diagnósticos en etapas preclínicas, por lo que se insistirá en las imágenes mamográficas básicas y en el Sistema de Reporte y Base de Datos de Estudios de Imágenes de la Mama (BI-RADS).