

VIDEO

Jueves, 17 de noviembre

Sesión Comunicaciones Video

Viernes, 17 de noviembre - 16.00-18.00h

Sala 3G (Centro de Eventos)

PREVENCIÓN DE TABAQUISMO EN JÓVENES Y ADOLESCENTES CON SÍNDROME DE DOWN

J. Belmonte Santamaría, M. Quesada Moreno, B. Bueso Mora,
A. Sanz Herrero, T. Butrón Gómez y C. Sánchez Díaz

CS Cervantes. Guadalajara. Castilla-La Mancha.
Correo electrónico: rogero@rogero.jazztel.es

Planteamiento: El EAP trabaja desde hace cinco años en actividades de Atención Comunitaria con Asoc. Síndrome de Down de Guadalajara. Educación Afectivo-Sexual, y Prevención de Tabaco, alcohol y drogas. Este año se ha realizado la prevención del tabaquismo. Los adolescentes y jóvenes son algo mayores que los de los institutos, su edad de acceso a hábitos tóxicos es más tardía. Los objetivos: promocionar efectos beneficiosos de no fumar, dotarles de recursos para decir no, aportarles información veraz sobre el consumo del tabaco y sus consecuencias, fomentar la crítica del tabaco y su publicidad.

Descripción: Seis sesiones de 45 minutos. *Primera sesión:* presentación del programa y de los participantes. *Segunda sesión:* encuesta acerca de conocimientos previos acerca del tabaco, se utiliza encuesta adaptada. *Sesiones siguientes:* trabajo acerca de los objetivos planteados con distintas técnicas. Las técnicas utilizadas fueron realización de role-playing, experimentos, visualización de vídeos y videograbaciones. En todo momento las sesiones fueron participativas.

Conclusiones: La participación de los jóvenes y adolescentes fue muy alta, mucho más que la de los jóvenes de los centros educativos.

Los jóvenes y adolescentes tenían más conocimientos acerca de todo lo referente al tabaco que los que en un principio habíamos previsto por lo que la actividad fue más fluida

Al final de la actividad la mayoría de los participantes había conseguido los objetivos propuestos.

Los métodos utilizados habían sido los adecuados al grupo.

Las actividades de atención comunitaria son unas de las tareas más efectivas que se puede realizar en los EAP, siempre que los métodos sean los más adecuados a cada grupo de población.

VIDEO "ÁREA SANITARIA I. EL NOROCCIDENTE DE ASTURIAS". PLAN DE CAPTACIÓN DE MÉDICOS DE FAMILIA

A. Fierro Campayo y R. de Dios Del Valle

Gerencia del Área Sanitaria I de Asturias. Jarrío-coaña. Asturias.
Correo electrónico: ricardo.dedios@sessa.princast.es

Objetivo: Dar a conocer el Área Sanitaria a los médicos de familia demandantes de empleo y presentarla como una atractiva posibilidad laboral, intentando incrementar con ello los médicos disponibles en bolsa de demandantes de empleo.

Descripción: El video es una actividad del plan de captación de médicos de familia del área. Pretendemos presentar el área (área rural y desconocida) basándose en las fortalezas a nivel laboral (numerosas ofertas laborales y una forma diferente de trabajar (promoción de salud, con tiempo para dedicar al

paciente, con catálogo de pruebas diagnósticas atractivo...) y como paraíso natural, una forma diferente de vivir. El video se envió a todos los residentes que finalizan la especialidad en nuestra comunidad autónoma. Además se editó un folleto con información sobre el área y se sorteó un fin de semana para dos personas en un hotel de la zona (plan "Ven a Conocernos").

Conclusiones: La inexistencia de médicos ha provocado que diversos países desarrollen estrategias activas de captación (Suecia, Inglaterra... y ahora España). Nuestra comunidad tendrá que buscar soluciones imaginativas y competitivas. Somos conscientes que la mayor parte de las soluciones corresponden a otras instituciones, pero desde la Gerencia podemos trabajar en paliar el desequilibrio inicial con otras áreas sanitarias más conocidas y por tanto, más atractivas. Esto es lo que pretende el video y el plan. Un elemento añadido de gran interés es la implicación lograda en el problema de corporaciones locales e industria hostelera, remarcando que este es un problema que nos afecta a todos.

UN DÍA EN LA VIDA DEL RESIDENTE

A. López García, A. Ramírez Fernández, P. Fernández Martín,
C. Serrano González, C. Aguiar García y A. Rodríguez González

CS de Torre Del Mar; CS Torrox. Málaga. Andalucía.
Correo electrónico: amadorlogar@terra.es

Planteamiento: La población a la que atendemos observa que al lado de su Médico de Familia se sienta otro médico "durante una larga temporada" y que a veces "le sustituye" sin saber claramente cual es su cometido. Con este video pretendemos que nuestra población conozca qué es un médico Residente de Medicina de Familia y cómo se forma.

Descripción: Elaboramos un guión con las actividades más relevantes de nuestros Residentes de tercer año en una jornada laboral (consulta a demanda tutorizada, consulta a demanda sin tutor, visita a domicilio, consulta de la mujer, trabajos de equipo, investigación, reuniones docentes) en el Centro de Salud, prolongándola en el Hospital de referencia hasta completar las veinticuatro horas. Una voz en off narra estas actividades intercalando comentarios curriculares de la formación del Residente. Contactamos con una cadena de televisión local de amplia audiencia en la Comarca para ayuda en la grabación y difusión del video. Una mañana se destinó a grabaciones en las consultas y otra a tomas generales. Se difundió en diferentes horarios y días durante tres meses por la emisora de televisión referida.

Conclusiones: La población ha descubierto al Residente de Medicina de Familia. Notamos una mejora de la confianza de los pacientes en la atención prestada por el Residente. Percibimos una nueva valoración del Centro de Salud como centro docente de Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria

PROGRAMA DE EDUCACIÓN SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL ORIENTADO A MUJERES QUE EJERCEN LA PROSTITUCIÓN

P. Baviano Ramiro, M. Noguero Álvarez, J. García Ruiz, M. García Nieto,
V. Royo Martín y R. Calzada Benito

CS Cuzco, Fuenlabrada. Madrid.
Correo electrónico: paty.baviano@crapulillas.com

Planteamiento: Acercamiento al colectivo de la prostitución en mujeres extranjeras en nuestro municipio, para conocer aspectos de su situación sanitaria y laboral.

Promover la educación sanitaria en temas relacionados con la sexualidad. Fomentar el acceso a los recursos institucionales y su integración social.

Descripción: Se desarrolla mediante una convocatoria en sus lugares de trabajo y en consultas de medicina y enfermería del centro de salud, dividiendo el contenido en dos sesiones: 1) La primera dirigida al conocimiento de sus condiciones socio-sanitarias al llegar a España, detectando sus problemas y demandas. Se imparte además una sesión sobre el uso de métodos anticonceptivos más adecuados para ellas. 2) La segunda aborda las principales enfermedades de transmisión sexual mediante una exposición fotográfica y didáctica de las mismas, proponiéndoles asistencia sanitaria (y a sus parejas) en nuestras consultas en caso de sospecha de alguna de estas enfermedades. La Casa de la Mujer de nuestro municipio les proporciona información sobre los recursos institucionales.

Conclusiones: A pesar del interés despertado en ellas, las mujeres no acudieron a la primera charla convocada. Concluimos que ha supuesto el primer paso de un acercamiento a este colectivo, que por su situación de clandestinidad e ilegalidad es difícil de abordar. Se debe profundizar en las vías de acercamiento mediante un trabajo interdisciplinar, junto a organizaciones no gubernamentales y La Casa de la Mujer, facilitando su asistencia con unidades móviles o adaptándonos a sus horarios. Reafirmamos la hipótesis de la especial vulnerabilidad del colectivo y sus necesidades en materia de salud y asistencia sanitaria.

TALLER DE MEMORIA EN UNA ZONA RURAL

J. Cabrera Casado e I. Juárez Casalengua

CS Maranchón. Maranchón. Castilla-La Mancha.
Correo electrónico: injuca@wanadoo.es

Planteamiento: Las quejas de memoria son un problema frecuente en nuestra población, muy envejecida, y para el que solicitan ayuda. Si perciben que su memoria falla, disminuye su autoestima y lo más importante se reduce su capacidad de cuidar de sí mismos y de los suyos. En la zona rural, las oportunidades de buscar respuesta a sus necesidades es muy limitada.

Descripción: Realizamos un TALLER de ENTRENAMIENTO para la MEMORIA, utilizando la metodología UMAM (Unidad de Memoria del Ayuntamiento de Madrid). Incluimos a mayores de 65 años con quejas de memoria. Organizamos 6 sesiones de 90 minutos durante octubre y noviembre de 2005. Dividimos a los participantes en grupos de 3-4 personas con puestas en común posteriores y planteamos tareas para realizar en casa que se revisaban en la siguiente sesión. Los contenidos eran conceptos sobre funcionamiento de la memoria, técnicas para mejorar cada una de las fases de la memoria (registro, retención y recuerdo) y búsqueda de soluciones para los olvidos cotidianos más frecuentes.

Conclusiones: Los talleres de memoria pueden ser una herramienta útil para intentar mejorar la capacidad de autocuidado de la población, en especial en zonas despobladas y envejecidas.

Es una oportunidad de conocer y dinamizar la comunidad en la que viven nuestros pacientes.

Sorprende la disparidad entre las quejas de memoria y las verdaderas capacidades que demuestran los participantes durante el desarrollo del taller y la participación tan activa del grupo.

Es una experiencia muy gratificante e ilusionante para el profesional de la salud.

¡CUIDADO CON LAS CAIDAS!

*M. Pujiula Blanch, R. Cubí Montfort, A. Marquès Vidal,
M. Quesada Sabaté, C. Jimenez Ruiz y N. Ventura Taberner*

Grupo APOC Salt. ABS Salt. Girona. Cataluña.
Correo electrónico: mquesadas@telefonica.net

Planteamiento: Aproximadamente un 30% de las personas mayores de 65 años caen una vez al año, de ellas un 50% sufrirán más de una caída. Se estima que un 20% de todas las caídas requieren atención sanitaria provocando, la mitad de éstas, lesiones importantes como fracturas. Con el envejecimiento progresivo de la población, previsiblemente aumentará la magnitud de este problema. La caída es consecuencia de la interacción de múltiples factores como son la edad avanzada, movilidad limitada, trastornos cognitivos, enfermedades cerebrovasculares, artrosis, déficits sensoriales, trastornos del equilibrio, polifarmacia, factores medioambientales y sociales como vivir solo. Es en la vivienda donde se producen la mayoría de los accidentes.

Descripción: La selección de estrategias preventivas adecuadas es necesario para el abordaje de este problema. Por ello elaboramos un video destinado a personas >70 años con los siguientes contenidos: adecuación del entorno, consejos de conducta personal y ejercicios físicos adaptados. Para su filmación contamos con la inestimable colaboración de una pareja de ancianos de nuestra población, el soporte económico de una beca FIS y de los ayuntamientos. Se difundió gratuitamente a toda la población de referencia.

Conclusiones: Gran aceptación del video consiguiendo aumentar la sensibilización frente a un problema emergente. Tener un material audiovisual en el propio domicilio revisable a voluntad tantas veces como se quiera, es un muy buen elemento de soporte a las actuaciones de recordatorio y consejo preventivo que efectúan los profesionales sanitarios.

CIRUGÍA MENOR EN ATENCIÓN PRIMARIA

*F. Cantero Gómez, C. Moriana Olla, P. Fusté Torra,
E. Aparicio Salamanca, M. Canals Aubert y M. Just Mallart*

ABS Igualada Urbana. Igualada. Cataluña.
Correo electrónico: fxcantero.cp.ics@gencat.net

Planteamiento: En nuestro país la cirugía menor (CM) está contemplada como parte de la formación de los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC), pero aún está poco extendida su enseñanza de forma reglada, quedando a expensas muchas veces del lugar donde se realiza la residencia y del interés del propio médico residente. Una encuesta de ámbito nacional (1994) muestra que solo entre el 4-14% de unidades docentes practicaba CM de forma programada. Está cifra probablemente en la actualidad sea más elevada.

Descripción: La realización del video parte de la experiencia de aproximadamente 5 años de la práctica de CM en un centro de salud, equipado con un pequeño quirófano y que cuenta con un programa de CM que contempla des de la programación hasta la realización de la misma en un tiempo y espacio exclusivo para ello. El video ha sido realizado por médicos y enfermeras que participan en el programa, profesionales de atención primaria (AP), por lo que pensamos que nuestra experiencia podría alentar a otros equipos a realizar CM.

Conclusiones: Pensamos que hay muchos argumentos a favor de la CM en la AP: es más accesible para el usuario, los costes son menores, los niveles de calidad medidos en función de la correlación clínico-patológica y del número de complicaciones son buenos, así como la satisfacción del usuario es alta. También creemos que la práctica de CM programada enriquece y complementa la actividad asistencial del médico de AP y habría de ser un elemento fundamental en la formación del residente de MFyC.

INSERCIÓN Y RETIRADA DEL IMPLANTE ANTICONCEPTIVO SUBDÉRMICO

*M. Melguizo Jiménez, B. García Del Río García, M. Mari Corell,
I. Gallardo García, R. Estella de la Osa y D. Sánchez Mariscal*

CS Almanjajar. Distrito Sanitario Granada. Granada. Andalucía.
Correo electrónico: oziuglemm@telefonica.net

Planteamiento: El Implante Anticonceptivo Subdérmico (IAS) se fundamenta en la inserción de varillas con gestágeno. Las ventajas de los IAS son: Eficacia; Índice de Pearl cercano a 0. Seguridad; escasos efectos adversos. Coste efectividad; rentabilización de su coste por su duración de tres años. Comodidad en la inserción. Los inconvenientes de los IAS son: Alteraciones del ciclo menstrual (causa más frecuente de retirada del IAS); efecto adverso más frecuente. Ganancia de peso. Cefalea y tensión mamaria.

Descripción: En nuestro Centro de Salud se han insertado 157 IAS con una retirada total de 40. Hemos utilizado el preparado comercial Implanon[®] con varilla única de etonorgestrel. La máxima eficacia de los IAS como anticonceptivos requiere: 1. Una adecuada indicación con información exacta a la paciente sobre ventajas e inconvenientes. 2. Una técnica de inserción correcta. 3. Un seguimiento de posibles efectos adversos.

La inserción de los IAS exige los siguientes pasos: a) Preparación del material y Consentimiento Informado. b) Infiltración con anestésico en el trayecto de inserción. c) Inserción de la varilla y retirada de la cánula. d) Vendaje compresivo. La retirada de los IAS requiere: a) Preparación del material y Consentimiento Informado. b) Infiltración con anestésico en el punto de retirada. c) Incisión con bisturí y extracción de la varilla. d) Vendaje compresivo.

Conclusiones: El Implante Anticonceptivo Subdérmico (IAS) es un método anticonceptivo seguro, eficaz y de fácil inserción/retirada. Para ase-

gurar estas ventajas se requiere una adecuada indicación del método y profesionales adiestrados en su uso. Se remite video ilustrativo sobre procedimiento de inserción y retirada

DOCENCIA CON VIDEOGRABACIONES

M. Virgós Bonfill, C. Poblet Calaf, M. Mengual López, M. Español Pons, M. Campani Peiró y E. Tàpia Barranco

ABS Reus-2. CAP Sant Pere. Reus. Cataluña.
Correo electrónico: mvirgos.tarte.ics@gencat.net

Planteamiento: La paciente acude a nuestra consulta por un motivo frecuente de visita en atención primaria. La patología que refiere es una cervicalgia.

Descripción: Se analizan los elementos de comunicación verbal y no verbal y la empatía en la relación médico-paciente en el abordaje de la cervicalgia. Es una sesión de vivencia de comunicación en la descripción y recomendaciones ante la enfermedad realizadas en nuestras consultas.

Conclusiones: Se aprovecha el feedback de la videograbación como entrenamiento tanto de técnicas de detección (fase exploratoria) como en las técnicas de manejo (fase resolutoria) de la entrevista clínica. Especialmente en esta videograbación observamos como mejorar en los consejos que damos a los pacientes al final de la entrevista para facilitar el cumplimiento de tratamientos y de la educación sanitaria.

HEMILAMINECTOMÍA CON HEMIMATRICECTOMIA CON BISTURÍ ELÉCTRICO

M. Batalla Sales, F. Beneyto Castelló y F. Ortiz Díaz

Grupo de Trabajo de Cirugía Menor. CS Manises. Manises. Comunidad Valenciana
Correo electrónico: fortizd@coma.es

Planteamiento: La uña encarnada es una consulta muy frecuente en nuestras consultas. El tratamiento quirúrgico consiste en la hemilaminectomía con hemilaminectomía con destrucción de la matriz mediante procedimientos químicos (fenol) o físicos (electrobisturí).

Descripción: La grabación consiste en el procedimiento completo del tratamiento quirúrgico de la uña encarnada. Tras una correcta asepsia se procede a la anestesia troncular del dedo. A continuación se coloca un torniquete de isquemia que permitirá trabajar sin sangre en el campo quirúrgico. Después se realiza una incisión para alcanzar la matriz ungueal, se recorta la banda de uña que está encarnada y se retira el granuloma formado. Con el bisturí eléctrico se procede a la destrucción de la matriz de la que deriva el trozo de uña que se encarna. Así mismo se destruye y limpia todos los restos de granuloma. Una vez finalizado se sutura la piel sobre la matriz y borde libre del dedo. Se retira el torniquete y se coloca un apósito.

Conclusiones: La técnica es muy sencilla, fácil de realizar, sin complicaciones destacables y con unos resultados muy buenos. La satisfacción tanto del paciente como del facultativo es muy elevada.

FIBROMIALGIA: UNA PERCEPCIÓN DE FALTA DE SALUD

R. Hueso, D. Adam Ruíz y F. Roig Sena

CS Salvador Allende. Valencia. Comunidad Valenciana.
Correo electrónico: amdaru@yahoo.es

Planteamiento: La alta prevalencia de la fibromialgia (3% de los españoles), el malestar físico y psicológico de los pacientes afectados, la incertidumbre en su etiología así como la inexistencia de tratamiento específico son motivos que hacen que los médicos de familia consideremos esta patología como un problema asistencial de difícil control. Nos planteamos conocer exhaustivamente cómo sienten estos pacientes su enfermedad y cómo lo afronta su entorno.

Descripción: Se les pidió a varias pacientes diagnosticadas de fibromialgia que describieran su dolor, los trastornos asociados que padecen y cómo se sienten dentro de su entorno: familia, amigos, vecinos y a su vez la ruta seguida hasta su diagnóstico. Tras escuchar los relatos detectamos varios puntos en común: Un dolor generalizado además de parestias y oscilaciones en cuanto a intensidad, dificultad para afrontar las tareas mínimas de casa y laborales diarias con normalidad. Asociadas todas a síntomas de ansiedad y depresión que atribuyen a la incomprensión que les rodea, al malestar físico y a la falta de solución definitiva a su problema.

Conclusiones: Se nos plantea el reto de abordar esta patología de forma mul-

tidisciplinar, con el protagonismo del Médico de Familia para llevar a cabo la coordinación de terapias cognitivo-conductuales, programas de ejercicio aeróbico, tratamiento farmacológico y, a su vez, transmitir asertiva y empáticamente al paciente la comprensión de su enfermedad para que se sienta atendido sanitariamente y minimizar el impacto de su enfermedad en la vida diaria.