

Atención Primaria

www.elsevier.es/ap



ITINERARIO PARA RESIDENTES / JÓVENES MÉDICOS DE FAMILIA

Mesa 1: Un vistazo a la situación del médico de familia hoy

Moderadora:

Anna Maria Pedro Pijoan

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, ABS Gaudí, Barcelona, España. Coordinadora del Programa Hippocrates en España y del Grupo JMF de la CAMFiC, y Miembro de VdG España

Ponentes y contenido:

1. El médico de familia y su desarrollo profesional hoy

Mónica Teran Díez

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, CAP Maragall, Barcelona, España. Miembro de VdG España y del Grupo JMF de la CAMFiC

2. Fábula de la ratonera en la granja

Pedro Fávila Escobio

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, GAP Mallorca, Palma de Mallorca, España. Miembro de VdG España

3. ¿Y si me voy fuera de España?

Sara Belinchón Moyano

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, SAR Ciempozuelos, Madrid, España. Miembro de VdG España

Resumen

Los jóvenes médicos de familia, comprendiendo los 5 años después de la residencia, están actualmente sufriendo más que nunca la crisis de la situación laboral. Después de sus 4 años de formación de la residencia se encuentran con barreras para su desarrollo profesional (dado que puede haber gran potencial de innovación, creatividad o avance progresivo de conocimiento), pero puede resultar una *oportunidad* para plantear cambios en el modo de gestionar los recursos y aprovechar las capacidades de los médicos de familia. Por el contrario es una *amenaza* por presentar una inestabilidad de la situación laboral y un período de coordinar la situación familiar con la laboral. La gran *debilidad* es la gran adaptación en cualquier especialidad médica que podemos trabajar, resultando hasta el extremo materia prima, pero de calidad, y ser el "sustituto" hasta poder acceder a unas oposiciones, cuya próxima convocatoria es incierta. La *fortaleza*, la motivación, la ilusión, la lucha continua y la superación y creencia en esta especialidad de medicina familiar y comunitaria, hace que el grupo de JMF continúe para buscar una solución entre las dificultades de precariedad que existen en la sociedad, con la intención de obtener un sitio donde poder trabajar y poder dedicarse a sus pacientes.

El médico de familia y su desarrollo profesional hoy

Mónica Teran Díez

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, CAP Maragall, Barcelona, España. Miembro de VdG España y del Grupo JMF de la CAMFiC

El médico joven y su situación actual. Hablaremos de cómo es hoy ser médico de familia, fruto del desarrollo de una especialidad que cada vez asume más competencias. Se presenta como la base de la pirámide de la asistencia.

En este momento de dificultad (estudios sobre situación actual mencionados en el último párrafo), los médicos de familia están liderando nuevas opciones que complementan nuestra práctica diaria y que, en algunos casos, pueden constituir la en sí misma, como es el caso de la *web 2.0* y sus usos en medicina. También empieza a desarrollar cada vez con más fuerza su labor en las aulas de medicina, desde donde la solicitud de presencia por parte de los estudiantes es cada vez mayor y mejor valorada. Relato de impresiones de los estudiantes sobre la especialidad y cómo es valorada por los propios tutores (encuesta cualitativa).

Asimismo, nuestra presencia en Europa y el interés generado por tener una experiencia en el extranjero es cada vez mayor. Algo que es un valor añadido, ya que complementa la formación y la hace más plural. En este sentido, organismos como el European Junior Doctors han recogido un sumario sobre política sanitaria y organización. Aprender en este sentido, profesionales que se nutran de conocer diferentes sistemas, fortalecerán el sistema a su regreso (<http://junior-doctors.eu/>).

Experiencias de médicos de familia en otros países hacen pensar que así es.

Anexo. Estudio sobre inserción laboral de los médicos de familia jóvenes. Áreas y opciones de desarrollo profesional. Encuesta a médicos de familia en España.

Bibliografía recomendada

Disponible en: <http://junior-doctors.eu/>

Fábula de la ratonera en la granja

Pedro Fávila Escobio

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, GAP Mallorca, Palma de Mallorca, España. Miembro de VdG España

En los últimos años, en España estamos viviendo una situación social, laboral y económica que está condicionando,

entre otros aspectos, cambios en el sistema sanitario, en su percepción y en el desempeño de las funciones de sus profesionales.

Cambios entre los que se encuentra el paso de la condición de ciudadanos a la condición de asegurados, privatización de servicios de salud, discriminación en la atención a la población inmigrante en situación irregular y precariedad laboral de los médicos especialistas.

En el año 2008, el Ministerio de Sanidad urgía a abrir las facultades ante la “angustiosa falta de médicos” y se presentaba a los consejeros de las comunidades autónomas el informe “Oferta y necesidades de médicos especialistas 2008-2025”, en el cual se hacía especial hincapié en la falta, sobre todo, de médicos de familia, pediatras y anestesiólogos, y donde se auguraba que si no se adoptaban soluciones habría un déficit de 25.000 facultativos en el año 2025.

A finales de 2012 nos encontramos, sin embargo, con otra realidad, no ha pasado mucho tiempo del estudio de previsiones del Ministerio de Sanidad, pero los datos que se hacen públicos son que el paro médico ha aumentado un 59,69% mientras que los contratos temporales crecen un 75%.

Igualmente en 2009, el Ministerio de Sanidad hablaba de incentivar la vuelta a casa de los médicos españoles que ejercen en el extranjero, así como la creación de una Oficina de Retorno, que prácticamente pasó inadvertida. Un año después de su aparición, solo 21 médicos habían solicitado el regreso.

Entre los bailes de cifras, en 2007 un informe en *BMC Health Services Research* llegaba a la conclusión de que había, al menos, unos 8.500 médicos españoles trabajando en el extranjero... Adecco la rebajaba a algo más de 5.000 y, por su lado, la OCDE la cifraba en poco más de 500. Sin embargo, desde 2010 y hasta la fecha, alrededor de 3.500 médicos han recibido el certificado de idoneidad para trabajar fuera de España. La OMC emitió alrededor de 950 certificados solamente en la primera mitad de 2012.

Así que, en la situación actual, la prensa sanitaria y generalista ya habla de “fuga” de profesionales sanitarios como regalo para nutrir la sanidad de otros países. Se analiza la posible pérdida económica que supone el formar un médico en España, así como la pérdida de potencial de inteligencia que la emigración médica y de profesionales cualificados en general supone.

Los motivos principales argumentados son el reconocimiento de la excelencia médica de los profesionales sanitarios españoles, las mejores condiciones laborales y los sistemas retributivos de mayor calidad.

En el caso específico de los médicos de familia, unido a esta situación actual se unen otra serie de circunstancias con las que podemos preguntarnos: ¿qué está pasando?

Un mal uso de recursos, la mala planificación de la tecnocracia sanitaria, la concepción todavía existente en España de los médicos de familia como “patitos feos” de la medicina y en donde, en los últimos 3 años, alrededor de un 10% de la oferta MIR de medicina de familia ha quedado parcialmente desierta, unas salidas profesionales que muchas veces poco tienen que ver con la formación recibida y con el concepto de especialidad horizontal, que proporciona cuidados continuos e integrales al individuo y a su familia, arrinconándonos a las eternas sustituciones y a las urgencias.

Todo ello en contraste con que de las 310 millones de consultas médicas que se registraron en España en 2007, solo 60 millones correspondieron a hospitales, con el viraje de

sistemas hiperespecializados, como pueden ser los de Estados Unidos, hacia la creación de mejores sistemas de atención primaria y, en contraste con las recomendaciones de la OMS, para potenciar la atención primaria de salud (*primary health care for all*).

Con todo ello, y para conocer nuestra realidad más cercana, nos planteamos tener un mapa sobre la opinión acerca de la especialidad y el futuro de esta entre los médicos de familia recién acabados o en formación en las Islas Baleares.

Para ello se procedió a realizar una encuesta entre los médicos de familia que habían acabado la residencia en 2012 en la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Mallorca, y entre 20 residentes seleccionados aleatoriamente de cualquier año de formación que acudieron a las jornadas de la SBMFIC/IBAMFIC.

Entre las preguntas se trataron aspectos como la evaluación y el futuro de la especialidad, las opciones de desarrollo profesional y posibles sugerencias planteadas por todos estos médicos.

¿Soluciones? ¿Resultados? En Granada.

Bibliografía recomendada

Escobio PF. Fábula de la ratonera en la granja: sombras y algunas luces del joven y orgulloso especialista en medicina de familia y comunitaria. *Aten Primaria*. 2013;45:224. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2012.11.011>

Ferrer RL, Hambidge SJ, Maly RC. The essential role of generalists in health care systems. *Ann Intern Med*. 2005;142:691-9.

Simó J, Gervas J. Gasto sanitario en atención primaria en España: insuficiente para ofrecer servicios atractivos para pacientes y profesionales. *Informe SEESPAS. Gac Sanit*. 2012;26 Supl 1:36-40.

¿Y si me voy fuera de España?

Sara Belinchón Moyano

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, SAR Ciempozuelos, Madrid, España. Miembro de VdG España

Son varios los motivos que pueden llevarnos a buscar trabajo fuera de España: la inquietud personal de conocer otros

sistemas sanitarios, el espíritu de aventura o la búsqueda de unas mejores condiciones laborales que las que puede ofrecernos actualmente nuestro país.

Para ello es imprescindible disponer de una buena fuente de información acerca del funcionamiento de la sanidad en el país que elijamos, conocer las ofertas de trabajo disponibles para médicos extranjeros, cómo es el proceso de selección, y cuál es el nivel de idioma requerido para poder ejercer.

Generalmente, la fuente más fiable para toda esta información la ofrecen los colegios de médicos y las sociedades científicas del país.

Una vez que conocemos todos los requisitos, es imprescindible hacer un balance entre lo que nos ofrecen, el tiempo que va a llevar el proceso y nuestras expectativas. Si este balance es positivo, podemos entonces seguir adelante, porque no es un camino fácil en muchas ocasiones.

Haremos un recorrido sobre lo que nos ofrecen y piden algunos de nuestros países vecinos para ejercer como médicos de familia allí, destaparemos viejos mitos como “vete a Inglaterra que allí se necesitan muchos médicos” y ampliaremos miras sobre posibilidades fuera de Europa que puedan ser interesantes, bien por su oferta de trabajo o por el idioma, como pueden ser Canadá, Australia y Nueva Zelanda, o Emiratos Árabes Unidos, entre otros.

Con esta charla se pretende hacer hincapié en lo importante que es estar bien informados de las ventajas e inconvenientes a la hora de elegir un país u otro, ser conscientes de que no es un camino fácil, pero que sin duda puede aportarnos mucho en nuestro recorrido profesional.

Descripción:

- Oportunidades y requisitos para trabajar como médico de familia en los países vecinos.
- Reino Unido: difícil camino para el médico de familia no inglés. Destapando algunos mitos.
- Trabajar en otros países de habla inglesa: Canadá, Australia, Nueva Zelanda.

Bibliografía recomendada

Saltman RB, Rico A, Boerma W. Primary care in the driver's seat? European Observatory on Health Systems and Policies. Open University Press; 2006 [consultado 8-9-2012]. Disponible en: <http://www.euro.who.int/data/assets/file/0006/98421/E87932.pdf>

Mesa 2: Factores de riesgo cardiovascular

Moderador:

Juan Tormo Molina

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, CS Gran Capitán, Granada. Tutor de Residentes de MFyC, Profesor Asociado del Departamento de Medicina Preventiva, Facultad de Medicina, Universidad de Granada, Granada, España

Ponentes y contenido:

Beatriz Robles Casado

Residente de Medicina Familiar y Comunitaria de 4.º año, CS La Chana, Granada. UD de MFyC de Granada, Granada, España

Raquel Ramírez Robles

Residente de Medicina Familiar y Comunitaria de 4.º año, CS Almanjáyár, Granada. UD de MFyC de Granada, Granada, España

María Concepción Berná Guisado

Residente de Medicina Familiar y Comunitaria de 4.º año, CS Cartuja, Granada. UD de MFyC de Granada, Granada, España

León Marín Conde

Residente de Medicina Familiar y Comunitaria, CS Gran Capitán, Granada. UD de MFyC de Granada, Granada, España

¿Cuáles son los factores de riesgo cardiovascular y qué peso tiene cada uno de ellos en la morbilidad y en la mortalidad?

Beatriz Robles Casado

Residente de Medicina Familiar y Comunitaria de 4.º año, CS La Chana, Granada. UD de MFyC de Granada, Granada, España

Un factor de riesgo cardiovascular es una característica biológica o un hábito o estilo de vida que aumenta la probabilidad de padecer o de morir a causa de una enfermedad cardiovascular en los individuos que lo presentan. Precisamente, al tratarse de una probabilidad, la ausencia de factores de riesgo cardiovascular no excluye la posibilidad de desarrollar una enfermedad cardiovascular, y la presencia tampoco implica necesariamente su aparición.

Los principales factores de riesgo pueden ser no modificables (edad, sexo, factores genéticos/historia familiar) o modificables, precisamente los de mayor interés, ya que en ellos hay que actuar de forma preventiva: hipertensión arterial, tabaquismo, hipercolesterolemia, obesidad abdominal y diabetes. Estos son los llamados factores de riesgo clásicos, mayores o independientes, y son los que tienen una asociación más fuerte con la enfermedad cardiovascular.

Por otro lado están los factores de riesgo cardiovascular emergentes que, aunque no hay una evidencia definitiva de su papel etiológico, podrían tener un papel de marcador intermedio, como son los factores protrombóticos (fi-

brinógeno), inflamatorios (PCR ultrasensible), homocisteína y lipoproteína A. Actualmente se concede gran importancia a los factores psicosociales, ya que se asocian a un mayor riesgo cardiovascular, empeoran el pronóstico y dificultan el control de los factores de riesgo cardiovascular clásicos¹.

Factores de riesgo cardiovascular clásicos

Tabaco

Según la Encuesta Nacional de Salud se declaran fumadores diarios mayores de 15 años en España el 24% de los encuestados (el 27,9% varones y el 20,2% mujeres)².

El estudio Framingham evidenció un aumento de la mortalidad cardiovascular del 18% en varones y del 31% en mujeres que consumían más de 10 cigarrillos al día. Hay un marcado sinergismo con el resto de factores de riesgo cardiovascular. Así, el cese del hábito tabáquico en hipertensos disminuye el riesgo cardiovascular en un 35-40%³.

El tabaquismo se asocia a un aumento del riesgo de todos los tipos de enfermedad cardiovascular: enfermedad coronaria, accidente cerebrovascular isquémico, edema agudo de pulmón y aneurisma abdominal de aorta. Según la estimación del sistema SCORE, el riesgo de episodios cardiovasculares mortales a 10 años se multiplica por 2 en los fumadores. Sin embargo, mientras que el riesgo relativo de infarto de miocardio en fumadores mayores de 60 años es del doble, el riesgo relativo de los fumadores menores de 50 años es 5 veces más alto que en los no fumadores⁴⁻⁶.

Cabe destacar la importancia de las medidas de salud pública, como la prohibición de fumar, esenciales para la percepción de la población de que fumar es una amenaza para la salud⁷.

Obesidad

Según la Encuesta Nacional de Salud de 2012, en España la obesidad ha aumentado del 7,4 al 17% (el 18% de los varones y el 26% de las mujeres) en los últimos 25 años².

La obesidad se asocia con un aumento de la mortalidad por todas las causas y con un aumento de la morbilidad por su asociación con enfermedades como osteoartritis, diabetes, hipertensión, dislipemias, cáncer, enfermedades coronarias, enfermedades autoinmunes, enfermedades cerebrovasculares, síndrome de apnea obstructiva del sueño, etc. (según datos de la Organización Mundial de la Salud [OMS]).

El estudio Framingham demostró que los pacientes obesos tiene una mortalidad cardiovascular 3,9 veces superior a la de los pacientes normopesos³.

En 2009, *Lancet* publica un estudio realizado en una población de 900.000 adultos y arroja conclusiones como que el sobrepeso y la obesidad se asocian con riesgo de muerte en la enfermedad cardiovascular. Expone que hay una relación lineal positiva entre el índice de masa corporal (IMC) y la mortalidad por todas las causas, y que la mortalidad por cualquier causa es menor en las personas con IMC 20-25. Para las personas con sobrepeso y obesidad, la reducción de peso está recomendada, y se asocia a efectos favorables en la presión arterial y la dislipemia que pueden resultar en menor incidencia de enfermedad cardiovascular (clase I, nivel de evidencia A)⁸.

Hipertensión arterial

Según la Encuesta Nacional de Salud de 2012, se declaran hipertensos un 18% de los encuestados (el 17,4% de varones y el 19,5% de mujeres).

Ya en 2002, *Lancet* publica un metaanálisis de 61 estudios prospectivos, contando en total con 1 millón de adultos. De este estudio se deduce que la presión arterial elevada es un importante factor de riesgo de enfermedad coronaria, insuficiencia cardíaca, enfermedad cerebrovascular, edema agudo de pulmón, insuficiencia renal y fibrilación auricular. Los datos observacionales indican en el estudio que la mortalidad por enfermedad coronaria e ictus aumenta de forma progresiva y lineal a partir de cifras de presión arterial sistólica de 115 mmHg y presión arterial diastólica de 75 mmHg⁹.

Diabetes

La prevalencia estimada en nuestro país es de un 7% para la población de entre 30-65 años (el 7,1% de varones y el 6,8% de mujeres)². Distintos estudios indican que el control estricto de los factores de riesgo cardiovascular en los diabéticos tipo 2 puede disminuir en un 50% la aparición de complicaciones micro y macrovasculares, y reducir el riesgo de mortalidad (datos de OMS y de la Federación Internacional de Diabetes).

Con respecto al control de la diabetes, un metaanálisis reciente examinó los resultados de varios estudios (UKPDS, ACCORD, ADVANCE y VADT, entre otros) en los que se comparaba el control intensivo de la glucosa con el control convencional. Se observó una reducción de los episodios por enfermedad coronaria o ECV, y ninguna reducción en la mortalidad cardiovascular o en la mortalidad total. En otra

revisión sistemática de los mismos datos se encontraron resultados similares^{10,11}.

Hipercolesterolemia

Según la Encuesta Nacional de Salud, la prevalencia de hipercolesterolemia se calcula en un 16% (el 15,9% de varones y el 16,8% de mujeres).

Ya en 1957, el estudio Framingham arrojó como resultados una asociación inversa entre el nivel de HDL y causa de muerte por enfermedad cardiovascular y una asociación directa entre esta última y el LDL¹².

Varios estudios prospectivos posteriores en los años noventa, con numerosas personas en seguimiento, han demostrado una asociación positiva y gradual entre los valores de colesterol sérico y muerte por enfermedad coronaria y enfermedad cardiovascular^{13,14}.

Algunas dudas surgen, sin embargo, en años recientes con la publicación de trabajos en poblaciones no anglosajonas que sugieren que los valores bajos de colesterol podrían producir un aumento de la mortalidad^{15,16}.

Marcadores de riesgo cardiovascular

Proteína C reactiva

En estudios caso-control anidados se mostró que valores elevados de proteína C reactiva sérica (PCRs) (intervalo 1-5 µg/ml) aparecían en prevención primaria como un fuerte predictor de coronariopatía, infarto de miocardio, accidente cerebrovascular y arteriopatía periférica después de ajustar por los tradicionales factores de riesgo.

El estudio SIESTA no halló que la PCRs aportara información predictiva adicional, al contrario que en el estudio de Zethelius et al¹⁷. El Grupo Multidisciplinario para el Estudio del Riesgo Cardiovascular¹⁸ aconseja su determinación en pacientes con riesgo intermedio (al igual que la guía americana, con nivel de evidencia B). En este sentido, el estudio JUPITER¹⁹ mostró recientemente que los individuos asintomáticos con cifras de colesterol normales y PCRs > 2mg/dl tratados con rosuvastatina presentaban menos enfermedades cardiovasculares que los no tratados, de esta forma indican que este biomarcador podría ser objeto de tratamiento farmacológico²⁰. Por otro lado hay algunos artículos que hacen referencia a un probable conflicto de intereses en el estudio JUPITER²¹.

Homocisteína

Según la Guía Europea⁴, la homocisteína se considera en la actualidad como un factor de riesgo, tanto de aterogénesis como de trombogénesis, puesto de manifiesto en estudios transversales como de caso-control y prospectivos (con una relación más débil en estos últimos) indicando con ello que la homocisteína puede identificar la aterosclerosis, pero también refleja las respuestas metabólicas e inflamatorias no predictoras de enfermedad cardiovascular. De los estudios analizados se desprende que la homocisteína es un factor de riesgo independiente para la enfermedad cardiovascular y que la relación es lineal. Se concluye que la homocisteína se puede considerar factor pronóstico en ciertos grupos con un perfil de alto riesgo para enfermedad cardiovascular.

En cuanto a la importancia clínica, dado que la homocisteína es sensible al tratamiento con ácido fólico y vitamina B₁₂, podría pensarse que un descenso de los valores de homocisteína prevendría la enfermedad cardiovascular. En prevención primaria parece adecuado mantener la ingesta continuada de vitaminas implicadas con la homocisteína (un estudio finlandés que siguió a 2.000 personas durante 10 años obtuvo como resultados reducción del riesgo de infarto de miocardio a la mitad en el grupo que más folatos ingería). En prevención secundaria, la adición de ácido fólico no parece producir el beneficio esperado.

Del análisis de 12 ensayos clínicos se desprende que la fuerza de asociación de la homocisteína con el riesgo cardiovascular es más débil de lo que se pensaba, y se espera que la prolongación de estos estudios en el tiempo aporte resultados fiables que relacionen homocisteína y riesgo cardiovascular²².

Lipoproteína (a)

Es una partícula con un contenido lipídico similar a la LDL pero con un contenido proteico mayor. Se considera que hay un exceso cuando la concentración plasmática supera los 30 mg/dl. Su potencial aterotrombótico es conocido y contribuye a la progresión de la placa de ateroma.

Las concentraciones elevadas de Lp(a) se asocian a un aumento de riesgo de enfermedad coronaria e ictus de origen isquémico, aunque no se ha demostrado en ensayos aleatorizados que la reducción de la Lp(a) disminuya el riesgo cardiovascular²³. Por el momento, no hay evidencia para el cribado de la población general o para establecer objetivos terapéuticos para la Lp(a).

Según la guía americana²⁴:

- Clase III: sin beneficio. La medición de los parámetros lipídicos, incluyendo lipoproteínas y apoproteínas, tamaño de partícula y densidad, no se recomienda para la evaluación del riesgo cardiovascular en adultos asintomáticos (nivel de evidencia C).

Apolipoproteína B

Según estudios, la concentración plasmática de la apolipoproteína B es superior a la del colesterol total y del LDL como indicador de riesgo cardiovascular (predice enfermedad cardiovascular prematura en dislipemias genéticas). Treinta expertos de 10 países abogan por su incorporación a las guías como indicador de riesgo cardiovascular (el límite debería estar por debajo de 80). No obstante, su determinación está indicada como criterio diagnóstico de la hiperlipidemia familiar combinada²⁵.

Péptido natriurético tipo B

El péptido natriurético tipo B (BNP) es una biomolécula activa que se libera como respuesta a sobrecarga de presión o volumen. Su inclusión en un modelo, conjuntamente con los factores de riesgo cardiovascular, proporciona una mejor predicción de la enfermedad cardiovascular en la prevención secundaria⁴.

Según la guía americana²⁴:

- Clase III: sin beneficio. La medición de BNP en pacientes asintomáticos para el cálculo de su riesgo cardiovascular no se recomienda (nivel de evidencia B).

Albuminuria

Se incluye en la guía americana pero no en la europea, es decir, no hay evidencias claras⁴:

- Clase IIa. En adultos asintomáticos con hipertensión arterial o diabetes es razonable usar microalbuminuria para evaluar el riesgo cardiovascular (nivel de evidencia B).
- Clase IIb. En los adultos asintomáticos con riesgo intermedio o sin hipertensión o diabetes, la microalbuminuria podía usarse para la evaluación del riesgo cardiovascular (nivel de evidencia B).

Enfermedades con aumento del riesgo cardiovascular

Enfermedad renal crónica

En la enfermedad renal crónica, los mediadores de la inflamación y los promotores de la calcificación están aumentados, mientras que los inhibidores de la calcificación están reducidos y favorecen la calcificación y el daño vascular. La microalbuminuria aumenta de 2 a 4 veces el riesgo cardiovascular. Una tasa de filtrado glomerular reducida es un indicador de mayor riesgo de muerte cardiovascular y por todas las causas. En un importante estudio de cohortes, la presencia de anemia, la tasa de filtrado glomerular reducida y la microalbuminuria se asociaron de forma independiente con la enfermedad cardiovascular; en presencia de todos estos factores, la enfermedad cardiovascular fue frecuente y la supervivencia reducida. Parece que el tratamiento hipolipemiente podría ser útil en algunos pacientes con enfermedad renal crónica avanzada, pero sin antecedentes conocidos de infarto de miocardio o revascularización coronaria²⁶.

Síndrome de apnea obstructiva del sueño

Se estima que afecta a un 9% de las mujeres adultas y a un 24% de los varones adultos. El síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS) se ha asociado a un riesgo relativo aumentado de morbimortalidad cardiovascular del 70%²⁷.

El cribado y el tratamiento de la apnea obstructiva del sueño entre los pacientes con EC crónica e hipertensión pueden reducir las tasas de episodios y muerte cardíacos²⁸.

Parece que inicialmente hubo cierta controversia, ya que los resultados y conclusiones se habían extraído de estudios retrospectivos. Un estudio prospectivo de 2011 vuelve a demostrar que las conclusiones son las mismas²⁹.

Parece que es evidente que el tratamiento del SAOS sería beneficioso en un escalón de prevención secundaria. Sin embargo, no se encuentran estudios que demuestren beneficios en atención primaria. Los estudios referido a prevención primaria hacen referencia a que los pacientes con SAOS y libres de enfermedad cardiovascular podrían tener mayor predisposición a la iniciación y progresión de esta por los mecanismos del SAOS: la hipoxemia nocturna repetitiva se asocia con activación de mecanismos neuronales, humorales, tromboticos, metabólicos e inflamatorios, todos implicados en la enfermedad cardíaca y vascular.

Disfunción eréctil

La disfunción eréctil afecta al 52% de los varones de 40-70 años. La disfunción eréctil tiene alta prevalencia entre los sujetos con múltiples factores de riesgo cardiovascular y en individuos con enfermedad cardiovascular. La disfunción eréctil es un marcador de enfermedad cardiovascular y un predictor de futuros episodios en varones de mediana edad y de edad avanzada, aunque su valor predictivo no es superior al que ofrece el sistema de Framingham^{30,31}.

Las intervenciones sobre el estilo de vida y el tratamiento farmacológico de los factores de riesgo son efectivas para mejorar la función sexual de los varones con disfunción eréctil³².

No se encuentran estudios que demuestren que la disfunción eréctil es un factor de riesgo cardiovascular independiente o que si tratamos la disfunción eréctil tendremos menos episodios cardiovasculares. Parece que se trata más de un marcador de riesgo que no de un factor de riesgo cardiovascular.

Factores de riesgo psicosociales

- Un estatus socioeconómico bajo, la carencia de apoyo social, el estrés en el trabajo y en la vida familiar, la depresión, la ansiedad, la hostilidad y la personalidad tipo D contribuyen tanto al riesgo de enfermedad cardiovascular como al empeoramiento de la evolución clínica y del pronóstico de la enfermedad cardiovascular³³⁻³⁹.
- Estos factores actúan como obstáculos a la adherencia al tratamiento y la mejora del estilo de vida, así como al fomento de la salud y el bienestar en pacientes y poblaciones. Además se han identificado mecanismos psicobiológicos relacionados directamente con la patogenia de la enfermedad cardiovascular³³⁻³⁹.

Aunque esto pueda resultar novedoso, el estudio de Framingham ya reflejaba, en 1959, resultados que relacionaban un alto nivel educativo y estatus socioeconómico con un menor riesgo de enfermedades cardiovasculares⁴⁰.

Conclusiones con respecto a los nuevos factores de riesgo cardiovascular que dependen de pruebas de laboratorio

La aportación a la predicción del riesgo cardiovascular de los nuevos factores de riesgo ha mostrado resultados dispares, bien es cierto que en poblaciones diferentes, en diferentes situaciones clínicas y en diferentes combinaciones de los nuevos factores de riesgo. De cualquier modo, ninguno de los considerados está incluido en las tablas de predicción del riesgo cardiovascular más utilizadas (Framingham y SCORE).

¿Debemos solicitarlos como prueba complementaria en nuestros pacientes?

Indudablemente, las guías tienen como función principal informar y no sustituir el sentido clínico del médico. En el

momento actual hay una falta de estandarización en la determinación de factores de riesgo emergentes, sus valores reales independientes son cuestionados, no existe tratamiento específico y no hay evidencia del beneficio conseguido con su control. Por tanto, parece lógico que estos nuevos factores de riesgo no deberían determinar nuestras decisiones, por el momento.

Como ya se ha dicho, un factor de riesgo cardiovascular es una característica biológica o un hábito o estilo de vida que aumenta la probabilidad de padecer o de morir a causa de una enfermedad cardiovascular en los sujetos que lo presentan. Precisamente, al tratarse de una probabilidad, la ausencia de factores de riesgo cardiovascular no excluye la posibilidad de desarrollar una enfermedad cardiovascular, y la presencia tampoco implica necesariamente su aparición.

En conclusión, la asociación de los factores de riesgo clásicos (hipertensión arterial, diabetes, obesidad y tabaco) con la morbimortalidad cardiovascular parece demostrada en múltiples estudios. Esta asociación habría que perfilarla con el nivel socioeconómico y factores psicológicos del paciente, ya que actuarían como obstáculo para la adherencia al tratamiento y la mejora del estilo de vida. Por último destacar que no hay estudios que demuestren la asociación de los factores de riesgo emergentes con un aumento de morbimortalidad en prevención primaria y que los nuevos marcadores de riesgo cardiovascular no suponen diferencias importantes en los métodos de cálculo establecidos hasta el momento (p. ej., las tablas SCORE), es decir, no suponen mayor beneficio para el paciente ni son mejores en cuanto a coste-efectividad.

Por todo esto, parece lógico que nuestros esfuerzos deberían dirigirse a la prevención de los factores de riesgo clásico y al fomento de la salud psíquica de nuestros pacientes.

Bibliografía

1. Lobos Bejarano JM, Brotons Cuixart C. Factores de riesgo cardiovascular y atención primaria: evaluación e intervención. *Atenc Primaria*. 2011;43:668-77.
2. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. Portal estadístico del SN. Encuesta Nacional de Salud 2012. Disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2011htm>
3. Dawber TR, Meadors GF, Moore FE Jr; National Heart Institute, National Institutes of Health, Public Health Service, Federal Security Agency, Washington, DC. Epidemiological Approaches to Heart Disease: The Framingham Study. Joint Session of the Epidemiology, Health Officers, Medical Care, and Statistics Sections of the American Public Health Association, at the Seventy-eighth Annual Meeting. St. Louis, Mo.; November 3, 1950.
4. Perk J, De Backer G, Gohlke H, Graham I, Reiner Z, Verschuren M, et al. Guía europea sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica (versión 2012). *Rev Esp Cardiol*. 2012;65:937.e1-e66.
5. Edwards R. The problem of tobacco smoking. *BMJ*. 2004;328:217-9.
6. Prescott E, Hippe M, Schnohr P, Hein HO, Vestbo J. Smoking and risk of myocardial infarction in women and men: longitudinal population study. *BMJ*. 1998;316:1043-7.

7. Lightwood JM, Glantz SA. Declines in acute myocardial infarction after smokefree laws and individual risk attributable to secondhand smoke. *Circulation*. 2009;120:1373-9.
8. Whitlock G, Lewington S, Sherliker P, Clarke R, Emberson J, Halsey J, et al. Bodymass index and cause-specific mortality in 900 000 adults: collaborative analyses of 57 prospective studies. *Lancet*. 2009;373:1083-96.
9. Lewington S, Clarke R, Qizilbash N, Peto R, Collins R. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. *Lancet*. 2002;360:1903-13.
10. Turnbull FM, Abraira C, Anderson RJ, Byington RP, Chalmers JP, Duckworth WC, et al. Intensive glucose control and macrovascular outcomes in type 2 diabetes. *Diabetologia*. 2009;52:2288-98.
11. Kelly TN, Bazzano LA, Fonseca VA, Thethi TK, Reynolds K, He J. Systematic review: glucose control and cardiovascular disease in type 2 diabetes. *Ann Intern Med*. 2009;151:394-403.
12. Dawber TR, Moore FE, Mann GV. Coronary heart disease in the Framingham Study. *Am J Public Health Nations Health*. 1957;47(4 Pt 2):4-24.
13. Neaton JD, Blackburn H, Jacobs D, Kuller L, Lee D-J, Sherwin R, et al. Serum cholesterol level and mortality findings for men screened in the Multiple Risk Factor Intervention Trial. *Arch Intern Med*. 1992;152:1490-500.
14. Stamler J, Daviglius ML, Garside DB, Dyer AR, Greenland P, Neaton JD. Relationship of baseline serum cholesterol levels in 3 large cohorts of younger men to long-term coronary, cardiovascular, and all-cause mortality and to longevity. *JAMA*. 2000;284:311-8.
15. Bae J-M, Yang Y-J, Li Z-M, Ahn Y-O. Low cholesterol is associated with mortality from cardiovascular disease: a dynamic cohort study in Korean adults. *J Korean Med Sci*. 2012;27:58-63.
16. Tuikkala P, Hartikainen S, Korhonen MJ, Lavikainen P, Kettunen R, Sulkava R, et al. Serum total cholesterol levels and all-cause mortality in a home-dwelling elderly population: a six-year follow-up. *Scand J Prim Health Care*. 2010;28:121-7.
17. Zethelius B, Berglund L, Sundström J, Ingelsson E, Basu S, Larsson A, et al. Use of multiple biomarkers to improve the prediction of death from cardiovascular causes. *N Engl J Med*. 2008;358:2107-16.
18. Fernández-Miranda C; Grupo Multidisciplinario para el Estudio del Riesgo Cardiovascular. Nuevas perspectivas en la medición del riesgo cardiovascular: exploraciones para detectar la aterosclerosis subclínica y marcadores de inflamación. *Med Clin (Barc)*. 2007;128:344-51.
19. Ridker PM, Danielson E, Fonseca FA, Genest J, Gotto AM Jr, Kastelein JJ, et al; JUPITER Study Group. Rosuvastatin to prevent vascular events in men and women with elevated C-reactive protein for the JUPITER Study Group. *N Engl J Med*. 2008;359:2195-207.
20. Ridker PM, Danielson E, Fonseca FA, Geneset J, Gotto AM, Kastelein JJ, et al. Reduction in C-reactive protein and LDL cholesterol and cardiovascular event rates after initiation of rosuvastatin: A prospective study of the JUPITER trial. *Lancet*. 2009;373:1175-82.
21. De Lorgeril M, Salen P, Abramson J, Dodin S, Hamazaki T, Kostucki W, et al. Cholesterol lowering, cardiovascular diseases, and the rosuvastatin-JUPITER controversy: a critical reappraisal. *Arch Intern Med*. 2010;170:1032-6.
22. B-Vitamin Treatment Trialists' Collaboration. Homocysteine-lowering trials for prevention of cardiovascular events: A review of the design and power of the large randomized trials. *Am Heart J*. 2006;151:282-7.
23. Nordestgaard BG, Chapman MJ, Ray K, Boren J, Andreotti F, Watts GF, et al. Lipoprotein(a) as a cardiovascular risk factor: current status. *Eur Heart J*. 2010;31:2844-53.
24. Greenland P, Alpert JS, Beller GA, Benjamin EJ, Budoff MJ, Fayad ZA, et al. 2010 ACCF/AHA Guideline for Assessment of Cardiovascular Risk in Asymptomatic Adults. *J Am Coll Cardiol*. 2010;56:e50-103.
25. Barter PJ, Ballantyne CM, Carmena R, Castro Cabezas M, Chapman MJ, Couture P, et al. Apo B versus cholesterol in estimating cardiovascular risk and in guiding therapy: Report of the thirty-person/ten-country panel. *J Intern Med*. 2006;259:247-58.
26. Baigent C, Landray MJ, Reith C, Emberson J, Wheeler DC, Tomson C, et al. The effects of lowering LDL cholesterol with simvastatin plus ezetimibe in patients with chronic kidney disease (Study of Heart and Renal Protection): a randomized placebocontrolled trial. *Lancet*. 2011;377:2181-92.
27. Moee T, Franklin KA, Holmstrom K, Rabben T, Wiklund U. Sleep-disordered breathing and coronary artery disease: long-term prognosis. *Am J Respir Crit Care Med*. 2001;164:1910-3.
28. Cassar A, Morgenthaler TI, Lennon RJ, Rihal CS, Lerman A. Treatment of obstructive sleep apnea is associated with decreased cardiac death after percutaneous coronary intervention. *J Am Coll Cardiol*. 2007;50:1310-4.
29. Carrillo Alduenda JL, Arredondo del Bosque FM, Reyes Zúñiga M, Castoreña Maldonado A, Vázquez García JC, Torre-Bouscoulet L. Síndrome de apnea obstructiva del sueño en población adulta. *Neumol Cir Tórax*. 2011;69:103-15.
30. Feldman HA, Johannes CB, Derby CA, Kleinman KP, Mohr BA, Araujo AB, et al. Erectile dysfunction and coronary risk factors: prospective results from the Massachusetts male aging study. *Prev Med*. 2000;30:328-38.
31. Araujo AB, Hall SA, Ganz P, Chiu GR, Rosen RC, Kupelian V, et al. Does erectile dysfunction contribute to cardiovascular disease risk prediction beyond the Framingham risk score? *J Am Coll Cardiol*. 2010;55:350-6.
32. Gupta BP, Murad MH, Clifton MM, Prokop L, Nehra A, Kopecky SL. The effect of lifestyle modification and cardiovascular risk factor reduction on erectile dysfunction: a systematic review and meta-analysis. *Arch Intern Med*. 2011;171:1797-803.
33. Rahimi AR, Spertus JA, Reid KJ, Bernheim SM, Krumholz HM. Financial barriers to health care and outcomes after acute myocardial infarction. *JAMA*. 2007;297:1063-72.
34. Mookadam F, Arthur HM. Social support and its relationship to morbidity and mortality after acute myocardial infarction: systematic overview. *Arch Intern Med*. 2004;164:1514-8.
35. Lett HS, Blumenthal JA, Babyak MA, Strauman TJ, Robins C, Sherwood A. Social support and coronary heart disease: epidemiologic evidence and implications for treatment. *Psychosom Med*. 2005;67:869-78.
36. Eaker ED, Sullivan LM, Kelly-Hayes M, D'Agostino RB Sr, Benjamin EJ. Marital status, marital strain, and risk of coronary heart disease or total mortality: the Framingham Offspring Study. *Psychosom Med*. 2007;69:509-13.
37. Nicholson A, Kuper H, Hemingway H. Depression as an aetiologic and prognostic factor in coronary heart disease: a meta-analysis of 6362 events among 146 538 participants in 54 observational studies. *Eur Heart J*. 2006;27:2763-74.
38. Shibeshi WA, Young-Xu Y, Blatt CM. Anxiety worsens prognosis in patients with coronary artery disease. *J Am Coll Cardiol*. 2007;49:2021-7.
39. Meyer T, Buss U, Herrmann-Lingen C. Role of cardiac disease severity in the predictive value of anxiety for all-cause mortality. *Psychosom Med*. 2010;72:9-15.
40. Dawber TR, Kannel WB, Revostkie N, Stokes J, Kagan A, Gordon T. Some factors associated with the development of coronary heart disease. *Am J Public Health Nations Health*. 1959;49:1349-56.

¿Qué eficacia tiene la actuación desde la atención primaria para modificar los estilos de vida relacionados con los factores de riesgo cardiovascular?

Raquel Ramírez Robles

Residente de Medicina Familiar y Comunitaria de 4.º año, CS Almanjáyar, Granada. UD de MFyC de Granada, Granada, España

Tal como ha quedado expuesto en las ponencias anteriores, los estilos de vida están muy relacionados con la morbimortalidad cardiovascular. En este caso, nos centraremos en la posible eficacia de nuestras intervenciones, desde atención primaria, para que los pacientes dejen de fumar y/o hagan dieta correcta y ejercicio apropiado.

Tabaco

Las intervenciones sobre el comportamiento, individuales y en grupo, son efectivas para ayudar a los fumadores a dejar de fumar^{1,2}.

El asesoramiento individual de un especialista puede ayudar a los fumadores a hacer un intento con éxito para dejar de fumar. Esta revisión sistemática compara estudios en donde contrastaron el asesoramiento individual con una intervención conductual mínima. El asesoramiento individual fue más efectivo. El *odds ratio* para el éxito de dejar de fumar fue 1,56, concluyéndose que el asesoramiento para dejar de fumar puede ayudar a los fumadores a dejar de hacerlo².

Un metaanálisis con 55 estudios comparó la eficacia de las intervenciones grupales frente a las individuales (autoayuda, consejo, etc.) para el abandono del hábito tabáquico, concluyendo que la terapia de grupo es mejor para ayudar a la gente a dejar de fumar que la autoayuda y otras intervenciones menos intensivas. No hay pruebas suficientes para evaluar si los grupos son más efectivos o más coste-efectivos que el asesoramiento individual intensivo¹.

Una revisión sistemática de ensayos del Grupo Cochrane de Adicción al Tabaco (Cochrane Tobacco Addiction Group) tuvo como objetivo evaluar la efectividad del asesoramiento proporcionado por los médicos para promover el abandono del hábito de fumar; comparar las intervenciones mínimas por los médicos con las intervenciones más intensas.

Concluyó que el asesoramiento simple tiene un efecto pequeño sobre las tasas de abandono del hábito de fumar. Si se asume una tasa de abandono del hábito sin asistencia del 2 al 3%, una intervención de asesoramiento breve puede aumentar el abandono del hábito de un 1 a un 3% más. Los componentes adicionales parecen tener solo un efecto pequeño, aunque las intervenciones más intensivas proporcionan un pequeño beneficio adicional, comparadas con las intervenciones muy breves.

Los datos agrupados de 17 ensayos con asesoramiento breve frente a ningún asesoramiento (o la atención habitual) detectaron un aumento significativo de la tasa de abandono del hábito de fumar (RR 1,66). En 11 ensayos donde la intervención se juzgó más intensiva, el efecto estimado fue mayor (RR 1,84)³. En el estudio *ISTAPS* se muestra la eficacia de las intervenciones desde atención primaria en el cese del hábito tabáquico: utilizan entrevistas motivacionales breves para fumadores en la etapa de precontemplación, contemplación, intervenciones breves para los fumadores que no quieren ayuda en fase de preparación, acción e intervención con la farmacoterapia para los fumadores que quieren ayuda en fase de preparación, acción y refuerzo de la intervención en la fase de mantenimiento.

La tasa de abstinencia continua de 1 a 2 años de seguimiento fue del 8,1% en el grupo de intervención y del 5,8% en el grupo control ($p = 0,014$)⁴.

Dieta

En el ensayo clínico de Wadden TA et al⁵ se interviene en pacientes obesos desde atención primaria de 3 formas: 1) *atención habitual* con visitas al centro de salud trimestrales con educación para el control de peso; 2) *consejo breve de estilo de vida* que une a lo anterior visitas mensuales con un entrenador con sesiones sobre el estilo de vida, y 3) *asesoramiento breve de estilo de vida*: incluye a lo anterior reemplazos de comida o medicamentos. A los 2 años, la pérdida de peso en los 3 grupos fue de $1,7 \pm 0,7$; $2,9 \pm 0,7$, y $4,6 \pm 0,7$ kg, respectivamente. Se mostró una reducción de peso inicial al menos un 5% en el 21,5, 26,0 y 34,9% de los participantes en los 3 grupos, respectivamente⁵. Un ensayo clínico realizado en atención primaria de Costa Rica⁶, realiza una intervención sobre 75 pacientes diabéticos en la que se les hace participar en 11 clases de nutrición semanales (90 min cada sesión) y sesiones de ejercicio: caminar (60 min cada sesión), frente a un grupo control. A los 2 grupos se les da información básica de educación para la diabetes.

El grupo de intervención perdió $1,0 \pm 2,2$ kg en comparación con un aumento de peso en el grupo control de $0,4 \pm 2,3$ kg ($p = 0,028$). La glucosa en ayunas y la HbA1c también mejoraron en el grupo de intervención.

Según el trabajo de Haas WC et al⁷, pocos estudios se han centrado en programas de pérdida de peso en entornos de atención primaria basados en la comunidad. El objetivo de este análisis fue evaluar la eficacia de un programa de pérdida de peso y determinar si los médicos en consultorios de atención primaria pueden lograr reducciones en el peso y la grasa corporal similares a las obtenidas en las clínicas de pérdida de peso. Cuatrocientos trece participantes obesos se sometieron a la pérdida de peso en atención primaria ($n = 234$) o en clínica específica ($n = 179$). Los participantes recibieron sesiones de modificación de la conducta médico-dirigidas y autoseleccionadas, un plan de dieta total o parcialmente complementado por reemplazos de comida.

En 178 pacientes (43%) las clínicas de atención primaria fueron tan eficaces como las clínicas de pérdida de peso para lograr reducciones en el peso corporal (12,4 frente a 12,1 kg), pero mejor en lo que respecta a la reducción del porcentaje de grasa corporal (3,8 frente a 2,7%; $p \leq 0,05$). Como conclusión, los médicos de atención primaria pueden

gestionar con éxito y tratar a los pacientes obesos con técnicas de modificación de conducta, junto con las dietas de reemplazo de comidas⁷.

Ejercicio

Un ensayo clínico de Hardcastle et al⁸ desarrollado en atención primaria, compara 2 grupos de pacientes: un grupo de intervención que recibió información sobre el ejercicio y la nutrición estándar más un máximo de 5 sesiones de asesoramiento cara a cara con un especialista en actividad física (PAS) y dietista (RD) durante un período de 6 meses, o con un grupo control que solo recibió la información estándar. A los 6 meses, el grupo de asesoramiento era más activo, en particular con respecto a caminar, y se había reducido el peso, la presión arterial y el colesterol, pero no había cambiado su dieta, en comparación con el grupo de control. Por otra parte, los que hicieron más sesiones tuvieron mayores aumentos en la actividad y la reducción de peso, la presión arterial y el colesterol. Desde atención primaria se pueden utilizar estrategias eficaces para promover especialmente la actividad física como caminar usando medios como la entrevista motivacional (MI).

El ensayo clínico de Harrison et al⁹ compara 2 grupos de intervención desde atención primaria para la realización de ejercicio físico: grupo de pacientes sedentarios a los que se les da solo información por escrito, y otro en el que además se les deriva a un programa de ejercicio de referencia. A los 6 meses se observó que en el grupo con programa de ejercicio realizaban mayor actividad física medida como 90 min de actividad moderada por semana: (22,6 frente a 13,6 por ciento; $p = 0,05$). Concluyen que los programas de ejercicios generan un impacto en la reducción de las conductas sedentarias a corto plazo, pero es poco probable que sea sostenido y que conduzcan a beneficios en términos de salud.

En el estudio de 2013 de Hardcastle et al¹⁰ se destaca la eficacia del trabajo de atención primaria para modificar los estilos de vida a través de la entrevista motivacional.

La American Heart Association ha recomendado recientemente la entrevista motivacional (MI) como un método eficaz para las intervenciones de baja intensidad para promover la salud de los resultados relacionados, tales como el ejercicio.

Se asignaron pacientes a 2 grupos: grupo de intervención, que recibió el estándar de ejercicio y la nutrición, más la información de hasta 5 sesiones de MI cara a cara, a cargo de un especialista en actividad física y el dietista registrado durante un período de 6 meses, y grupo de control, que recibió la información estándar solamente. Se midió: parámetros de conducta (actividad física vigorosa y moderada, caminar, la actividad física etapa de cambio, la ingesta de frutas y verduras, y la ingesta de grasas en la dieta) y biomédicos (peso, índice de masa corporal, presión arterial, colesterol). Los resultados fueron tomados inmediatamente después de la intervención y en 12 meses.

Se encontraron diferencias significativas entre los grupos para caminar y el colesterol. Los pacientes obesos e hipercolesterolémicos al inicio del estudio mostraron mejoras significativas en el IMC y el colesterol. Algunos cambios no se mantuvieron en el tiempo.

El presente estudio sugiere que las intervenciones con MI son eficaces en el logro de los cambios a largo plazo en

algunos factores relacionados con la salud (caminar, los niveles de colesterol) asociados con el riesgo de ECV. La intervención fue particularmente eficaz para los pacientes con niveles elevados de factores de riesgo de ECV al inicio del estudio¹⁰.

Dificultades

Las estrategias que han demostrado mayor eficacia en la modificación de los estilos de vida son en general difíciles de llevar a cabo en nuestros centros de salud por escasos recursos económicos y de tiempo.

La mayoría de los profesionales de la salud tienen claro los conceptos teóricos de la modificación del estilo de vida, pero tienen dificultades en la prestación de asesoramiento práctico a los pacientes. La falta de tiempo, la falta de adherencia del paciente, etc., son los principales obstáculos a la prestación de asesoramiento de estilo de vida. Los planes de estudio de grado de los estudiantes de medicina y de enfermería deberían incluir una formación suficiente sobre la modificación del estilo de vida, en particular asesoramiento práctico sobre régimen alimentario, actividad física y dejar de fumar. Los profesionales de salud que trabajan en atención primaria de salud deben ser actualizados mediante la educación para la modificación de los estilos de vida como parte de la educación médica continua¹¹.

Conclusiones

En general hay evidencias que desde atención primaria se pueden modificar los estilos de vida con la labor del médico de familia y el apoyo continuo del personal de enfermería. Las evidencias se hacen más fuertes cuando se incorporan estrategias específicas y con un mayor seguimiento al paciente como entrevista motivacional, entrenadores personales, dietistas, seguimiento telefónico, sesiones personales o grupales, etc.^{12,13}. La literatura también hace referencia a que el mantenimiento a largo plazo de estos cambios en los estilos de vida es escaso.

En general hay poca evidencia relacionada con este tipo de intervenciones desde atención primaria que demuestre la factibilidad de la implementación de intervenciones para prevenir enfermedades cardiovasculares, sobre todo mantener los cambios de estilo de vida a largo plazo.

Hay estudios que aconsejan que las intervenciones en el estilo de vida desde atención primaria vayan dirigidas a pacientes con mayor riesgo de enfermedad cardiovascular, como aquellos con enfermedad cardíaca ya existente o diabetes debida a escaso beneficio con pacientes de bajo riesgo^{10,14}.

Los programas de modificación de estilos de vida son factibles en general en la práctica, pero deben ser proporcionados en un formato flexible. Algunos autores proponen que sean proporcionados fuera del horario habitual, y con un apoyo y seguimiento para ayudar al mantenimiento¹⁵.

Bibliografía

1. Stead LF, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005;2.

2. Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005;2.
3. Stead LF, Bergson G, Lancaster T. Asesoramiento médico para el abandono del hábito de fumar (Revisión Cochrane traducida). *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4.
4. Cabezas C, Advani M, Puente D, Rodríguez-Blanco T, Martín C; ISTAPS Study Group. Addiction. Effectiveness of a stepped primary care smoking cessation intervention: cluster randomized clinical trial (ISTAPS study). 2011;106:1696-706.
5. Wadden TA, Volger S, Sarwer DB, Vetter ML, Tsai AG, Berkowitz RI, et al. A two-year randomized trial of obesity treatment in primary care practice. *N Engl J Med.* 2011;365:1969-79.
6. Goldhaber-Fiebert JD, Goldhaber-Fiebert SN, Tristán ML, Nathan DM. Randomized controlled community-based nutrition and exercise intervention improves glycemia and cardiovascular risk factors in type 2 diabetic patients in rural Costa Rica. *Diabetes Care.* 2003;26:24-9.
7. Haas WC, Moore JB, Kaplan M, Lazorick S. Outcomes from a medical weight loss program: primary care clinics versus weight loss clinics. *Am J Med.* 2012;125:603.
8. Hardcastle S, Taylor A, Bailey M, Castle R. A randomised controlled trial on the effectiveness of a primary health care based counselling intervention on physical activity, diet and CHD risk factors. *Patient Educ Couns.* 2008;70:31-9.
9. Harrison RA, Roberts C, Elton PJ. Does primary care referral to an exercise programme increase physical activity one year later? A randomized controlled trial. *J Public Health (Oxf).* 2005;27:25-32.
10. Hardcastle SJ, Taylor AH, Bailey MP, Harley RA, Hagger MS. Effectiveness of a motivational interviewing intervention on weight loss, physical activity and cardiovascular disease risk factors: a randomised controlled trial with a 12-month post-intervention follow-up. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2013;10:40.
11. Parker WA, Steyn NP, Levitt NS, Lombard CJ. They think they know but do they? Misalignment of perceptions of lifestyle modification knowledge among health professionals. *Public Health Nutr.* 2011;14:1429-38.
12. Harrison RA, Roberts C, Elton PJ. Does primary care referral to an exercise programme increase physical activity one year later? A randomized controlled trial. *J Public Health (Oxf).* 2005;27:25-32.
13. Appel LJ, Clark JM, Yeh HC, Wang NY, Coughlin JW, Daumit G, et al. Comparative effectiveness of weight-loss interventions in clinical practice. *N Engl J Med.* 2011;365:1959-68.
14. Fleming P, Godwin M. Lifestyle interventions in primary care: systematic review of randomized controlled trials. Primary Healthcare Research Unit, Memorial University of Newfoundland St John's, St John's, NL, Canada. *Can Fam Physician.* 2008;54:1706-13.
15. Schütze H, Rix EF, Laws RA, Passey M, Fanaian M, Harris MF. How feasible are lifestyle modification programs for disease prevention in general practice. *Aust J Prim Health.* 2012;18:129-37.

¿Qué utilidad tienen las tablas de riesgo cardiovascular?

María Concepción Berná Guisado

Residente de Medicina Familiar y Comunitaria de 4.º año, CS Cartuja, Granada. UD de MFyC de Granada, Granada, España

¿Qué es una tabla de valoración de riesgo?

La evaluación de riesgos es la base de una gestión activa de la seguridad y la salud. Sirve para establecer la acción preventiva que hay que seguir a partir de una evaluación inicial.

La estratificación del riesgo cardiovascular es la actuación principal para abordar el cribado, control y tratamiento de los factores de riesgo cardiovascular. Hay situaciones clínicas que facilitan la estratificación, como puede ser haber padecido una enfermedad cardiovascular o una diabetes, pero en pacientes sin estas características es más difícil elaborar una adecuada valoración del riesgo. En este sentido hay diferentes métodos para calcular el riesgo cardiovascular en prevención primaria, como las tablas Framingham, REGICOR o SCORE¹.

Para la elaboración de las tablas de riesgo se extraen los resultados de datos poblacionales concretos, por ejemplo de la población anglosajona o la europea.

¿Por qué hay diferentes tablas?

Es esencial que el médico pueda realizar una estimación del riesgo con rapidez y precisión para tomar decisiones lógicas sobre el manejo del paciente. Disponemos de múltiples tablas para calcular los distintos tipos de riesgo cardiovascular recomendadas por las diferentes sociedades científicas.

Insistimos que partimos de que el riesgo cardiovascular solo debe calcularse cuando no exista enfermedad cardiovascular (cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular o claudicación intermitente, pues la presencia de una de estas afecciones ya lleva aparejado por definición un riesgo elevado).

Aplicabilidad del Framingham y la aparición del SCORE

En 1948, el Estudio Framingham² nace con el objetivo de identificar factores o características que contribuyen a enfermedades cardiovasculares, observando de cerca el desarrollo de estas enfermedades durante un largo período y con un grupo numeroso de participantes que no tuvieran ningún síntoma significativo de estas enfermedades, ni sufrido un ataque al corazón ni accidente cerebrovascular. Se reclutaron a 5.209 varones y mujeres de entre 30 y 62 años de edad del pueblo de Framingham, Massachusetts. A través de los años se han llegado a identificar los principales factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares que ya conocemos, así como una buena cantidad de valiosa información sobre los efectos de factores relacionados. La importancia de los principales factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares identificados en este grupo de origen caucásico, ha demostrado ser algo que se aplica casi de manera universal en otros grupos raciales. Aquí nace el concepto de factores de riesgo cardiovascular³.

En España, como en Europa, el cálculo del riesgo de presentar una enfermedad coronaria se ha basado en la función de Framingham, aunque se ha constatado que esta función sobrestima el riesgo en algunas de las poblaciones estudiadas⁴⁻⁶.

En este contexto han ido apareciendo diversos sistemas para calcular el riesgo cardiovascular en nuestro país, entre

los que se encuentran las tablas de riesgo coronario de Framingham calibradas (REGICOR)⁷ y adaptadas (DORICA)⁸ para la población española, y la adaptación de la función de Framingham en los pacientes hipertensos e hipercolesterolémicos españoles. En 2003 se publicaron también las tablas del SCORE (*systematic coronary risk evaluation*), que estiman el riesgo de muerte cardiovascular⁹.

Uso de SCORE y su recomendación

El Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (PAPPS)¹ y la Guía Europea 2012¹⁰ recomiendan como

método para calcular el riesgo cardiovascular el sistema SCORE contenido en el Third Joint Task Force para países de bajo riesgo.

La guía publicada en 2003 utilizó el sistema SCORE para la estimación de riesgo, un sistema basado en los datos de las cohortes de 12 estudios europeos, que incluyó a 205.178 pacientes examinados inicialmente entre 1970 y 1988, con 2,7 años de seguimiento y 7.934 muertes cardiovasculares.

La tabla del SCORE proporciona el riesgo de mortalidad cardiovascular, es decir, la probabilidad de morir por una enfermedad cardiovascular, coronaria y no coronaria, en los próximos 10 años, en personas sanas. Se diferencia de

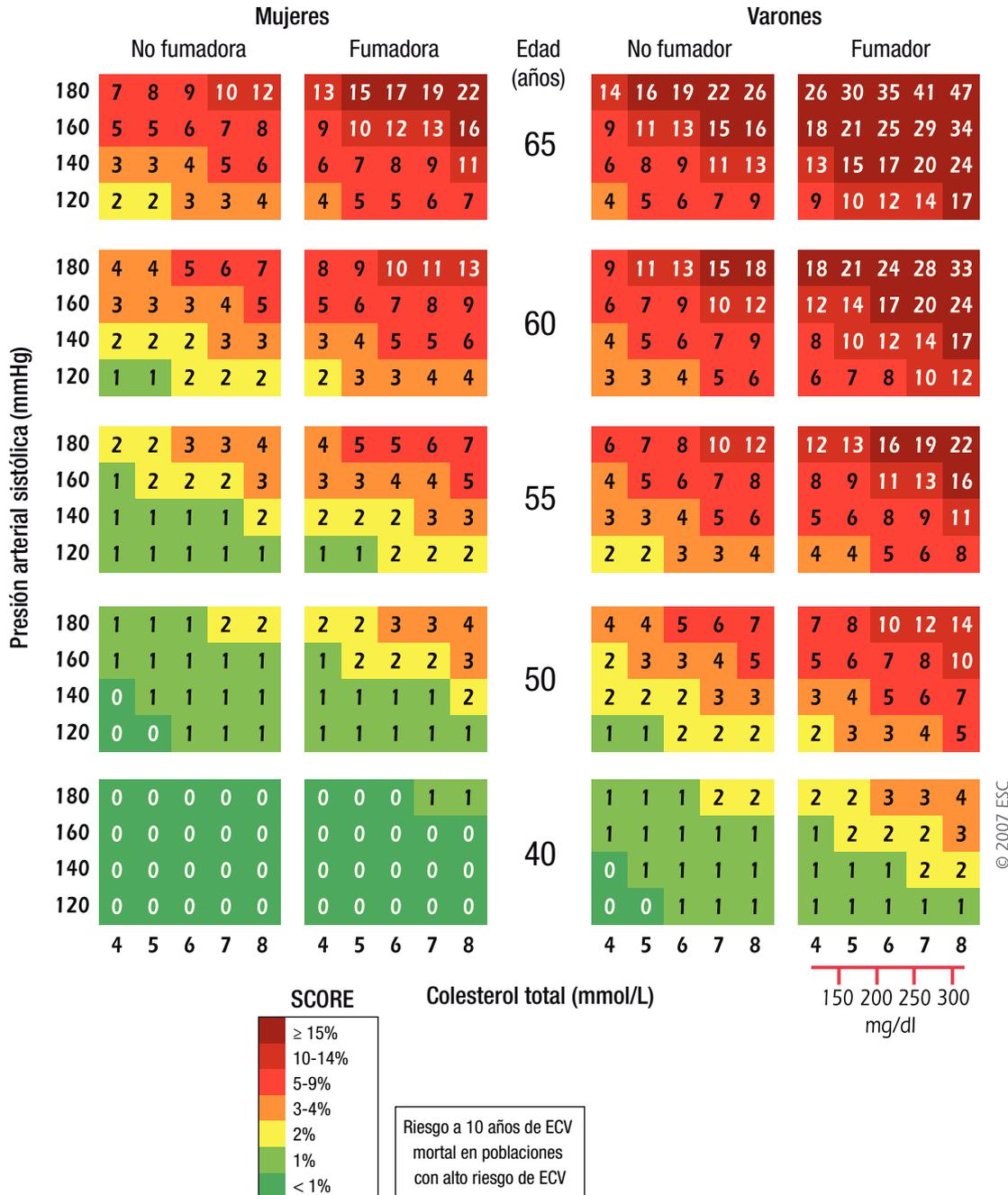


Tabla para poblaciones de *alto riesgo*: Armenia, Azerbaiyán, Bielorrusia, Bulgaria, Georgia, Kazajstán, Kirguistán, Letonia, Lituania, Macedonia, Moldavia, Rusia, Ucrania y Uzbekistán.

sistemas anteriores en varios aspectos importantes. Estima el riesgo a 10 años de un primer episodio aterosclerótico mortal, como infarto, ictus, aneurisma de aorta y otros (en lugar de episodios totales), porque las tasas de episodios no mortales dependen en gran medida de las definiciones y de los métodos utilizados para su verificación. Claramente, el riesgo total de episodios mortales y no mortales es mayor, y los médicos desean que esto se cuantifique. El mayor contribuyente a las tablas de alto riesgo del SCORE fue el FINRISK, que incluye datos sobre episodios también no mortales¹¹. Otra diferencia es que están incluidos todos los códigos de la Clasificación Internacional de las Enfermedades que ra-

zonablemente se puedan considerar ateroscleróticos. En la mayoría de los sistemas se estima únicamente el riesgo de enfermedad coronaria.

La estimación del riesgo total sigue siendo una parte fundamental para los médicos de familia y, por ello, la Guía Europea 2012 actualizó el sistema SCORE para incluir la estimación del riesgo cardiovascular total además del riesgo de muerte cardiovascular. Se incluye nueva información sobre la diabetes y sobre el riesgo relativo, además del riesgo absoluto, para aconsejar a personas jóvenes cuyo riesgo absoluto bajo (por su edad) puede encubrir un riesgo alto y modificable¹⁰.

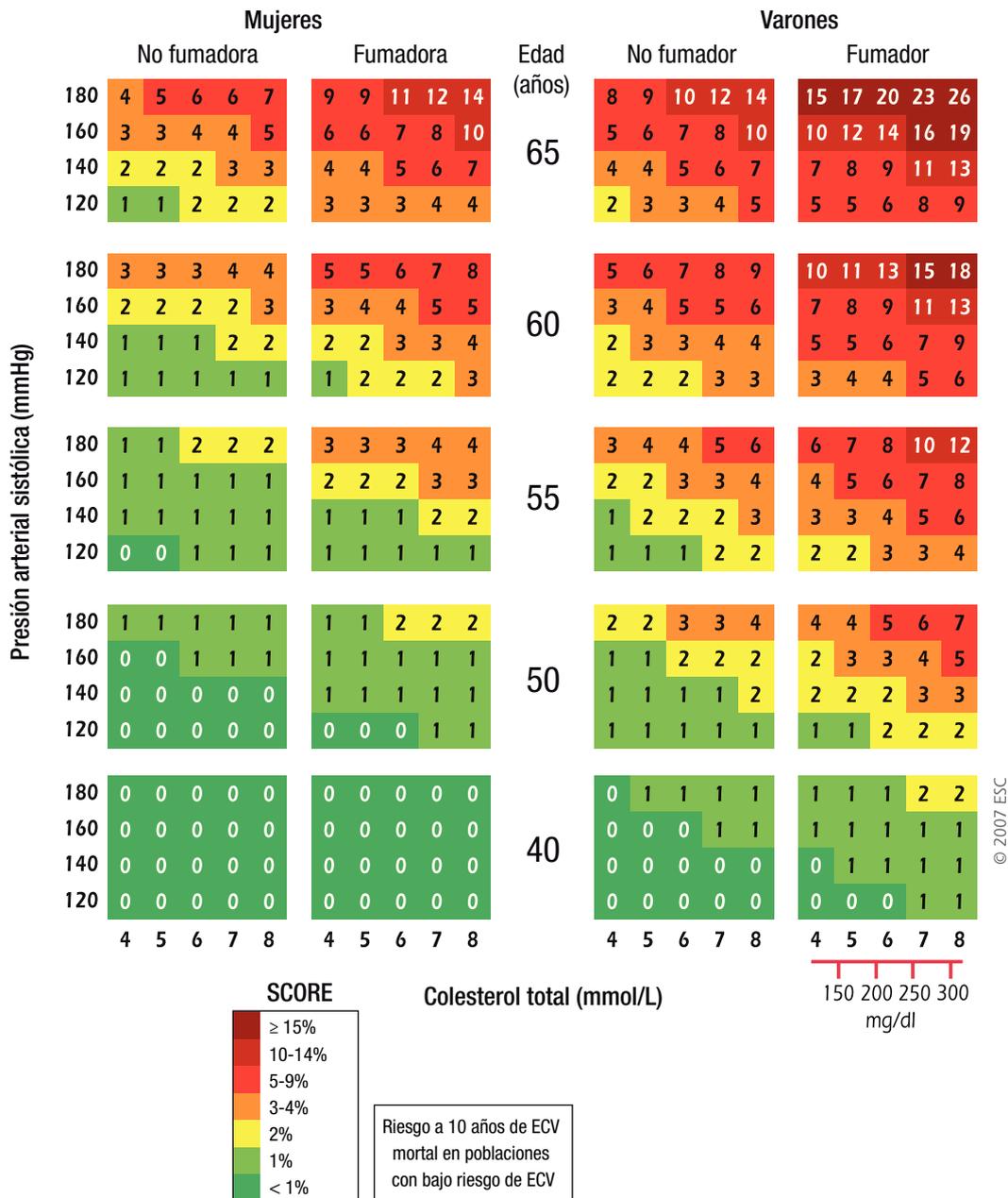


Tabla para poblaciones de *bajo riesgo*: Andorra, Austria, Bélgica, Chipre, Dinamarca, Eslovenia, España, Finlandia, Francia, Alemania, Grecia, Irlanda, Islandia, Israel, Italia, Luxemburgo, Malta, Mónaco, Noruega, Países Bajos, Portugal, Reino Unido, San Marino, Suecia y Suiza.

Presión arterial sistólica (mmHg)	No fumador					Fumador				
	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8
180	3	3	4	5	6	6	7	8	10	12
160	2	3	3	4	4	4	5	6	7	8
140	1	2	2	2	3	3	3	4	5	6
120	1	1	1	2	2	2	2	3	3	4

Colesterol total (mmol/L)

© 2007 ESC

Tabla de riesgo relativo. Se entienda que el riesgo relativo, y no absoluto, significa que el 12 de la esquina superior derecha tiene 12 veces más posibilidades de sufrir un ECV que el de la esquina inferior izquierda. Sirva para aconsejar a los jóvenes con riesgo absoluto bajo, pero relativo alto, a cambiar su estilo de vida. No se recomienda utilizar la edad de riesgo para tomar decisiones sobre el tratamiento.

Las tablas pueden ayudar en la evaluación y el manejo del riesgo, pero hay que interpretarlas según el juicio y la experiencia del médico, especialmente en lo que se refiere a las condiciones locales.

¿Qué limitaciones tienen las tablas?

Limitaciones del propio SCORE

Se debe tener en cuenta que el riesgo puede ser superior al que se indica en las tablas en: personas que se aproximan a la siguiente categoría de edad; individuos sedentarios o con obesidad central, con diabetes, con colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad (cHDL) bajo y títulos aumentados de triglicéridos, fibrinógeno, apolipoproteína B y lipoproteína; evidencia preclínica de aterosclerosis (mediante ecografía, tomografía computarizada u otras técnicas); sujetos con enfermedad renal crónica moderada-grave; historia familiar de enfermedad cardiovascular prematura; hipertrofia ventricular izquierda electrocardiográfica o ecográfica, y con síndrome metabólico (obesidad, hipertrigliceridemia, cHDL bajo, hipertensión)¹⁰.

Los jóvenes con niveles altos de riesgo presentan un problema particular: un riesgo absoluto bajo puede encubrir un riesgo relativo alto que requiere medidas en el estilo de vida. Tenemos que adjuntar la tabla de riesgo relativo a las tablas de riesgo absoluto.

Las personas mayores presentan otro problema. En algunas categorías de edad, la mayoría de las personas, especialmente los varones, tendrán una estimación de riesgo cardiovascular > 5-10% con base únicamente en la edad (y el sexo), incluso cuando los niveles de otros factores de riesgo cardiovascular sean relativamente bajos. Esto puede llevar al uso excesivo de fármacos en las personas mayores.

La aparición de otros factores modificadores del riesgo como el cHDL, la diabetes, los triglicéridos, el peso corporal, la historia familiar y otros, hace que calcular su impacto sobre la morbimortalidad sea difícil y tenga limitaciones. La versión electrónica del SCORE está menos limitada. Se trata de una réplica del SCORE en formato electrónico que se utilizará para incluir los resultados de nuevos análisis del

SCORE, como los relativos al cHDL, cuando estén revisados y validados.

Los factores adversos psicosociales asociados a la pertenencia a la clase socioeconómica baja y a minorías étnicas o con bajo nivel educativo responden del 35% del riesgo atribuible a la hipertensión en la incidencia del infarto de miocardio (en otra formulación, que pertenecer a la clase baja multiplica por 2,7 dicho riesgo)¹². Por tanto se añade al elenco el esfuerzo especial que se debe realizar al valorar a esta población, ya que suelen tener mayor carga de factores de riesgo cardiovascular¹³.

Limitaciones estadisticoclínicas

Dado que las tablas de riesgo se realizan a partir de datos de poblaciones concretas son sólo aplicables a las poblaciones, no a los individuos¹².

Las tablas de riesgo no son tablas de decisión. Es decir, las tablas de riesgo no permiten tomar decisiones en la consulta con el paciente. Esas se transforman en tablas de decisión a través de análisis del impacto, que no se han hecho con las tablas de riesgo cardiovascular¹³. Por ello, pasar de la población (tabla de riesgo) al paciente en la consulta es una tragedia "clínicoestadística"¹⁴.

Las tablas de riesgo pueden llegar a ser inútiles e incluso peligrosas en su aplicación al paciente individual^{15,16}. Expertos en prevención cuaternaria¹⁷, como Juan Gervas, se atreven a afirmar que habría que desterrar las tablas de riesgo cardiovascular de la consulta del médico para proteger al paciente de los excesos en diagnóstico y tratamiento. Los médicos pueden equivocarse al atribuir a los factores de riesgo un componente causal. Los factores de riesgo no son causa sino asociaciones estadísticas. Los factores de riesgo ni son causa, ni son necesarios, ni son suficientes¹⁸.

¿Qué concluimos?

Los sistemas de la estimación del riesgo suponen un intento de presentar temas complejos de forma sencilla y asequible, sin olvidar que son relativamente rudimentarios.

Por tanto, las tablas de riesgo cardiovascular, sabiendo el sinfín de limitaciones presentadas, se deben utilizar de manera individualizada para cada paciente, siendo siempre más bien prudentes con el resultado obtenido, sobre todo al hacer una recomendación de un fármaco basados en su uso, ya que estamos en prevención primaria.

Bibliografía

- Maiques Galán A, Brotons Cuixart C, Villar Álvarez F, Navarro Pérez J, María Lobos-Bejarano J, Ortega Sánchez-Pinilla R, et al. Recomendaciones preventivas cardiovasculares. Aten Primaria. 2012;44 Supl 1:3-15.
- Dawber TR, Meadors GF, Moore FE Jr. Epidemiological approaches to heart disease: The Framingham Study. Am J Public Health Nations Health. 1951;41:279-81.
- Framingham Heart Study [Internet]. Project of the National Heart, Lung and Blood Institute and Boston University [updated 2013 March 28, cited 2013 March 28]. Disponible en: <http://www.framinghamheartstudy.org>
- Menotti A, Lanti M, Puddu PE, Kromhout D. Coronary heart disease incidence in northern and southern European popu-

- lations: a reanalysis of the seven countries study for a European coronary risk chart. *Heart*. 2000;84:238-44.
5. Marrugat J, D'Agostino R, Sullivan L, Elosua R, Wilson P, Ordovas J, et al. An adaptation of the Framingham coronary heart disease risk function to European Mediterranean areas. *J Epidemiol Community Health*. 2003;57:634-8.
 6. Menotti A, Puddy PE, Lanti M. Comparison of the Framingham risk function-based coronary chart with risk function from an Italian population study. *Eur Heart J*. 2000;21:365-70.
 7. Buitrago Ramírez F, Cañón Barroso L, Díaz Herrera N, Cruces Muro E, Bravo Simón B, Pérez Sánchez I, et al. Comparación entre la tabla del SCORE y la función Framingham-REGICOR en la estimación del riesgo cardiovascular en una población urbana seguida durante 10 años. *Med Clin (Barc)*. 2006;127:368-73.
 8. Conroy RM, Pyörälä K, Fitzgerald AP, Sans S, Menotti A, De Backer G, et al. Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project. *Eur Heart J*. 2003;24:987-1003.
 9. De Backer G, Ambrosioni E, Borch-Johnsen K, Brotons C, Cifkova R, Dallongevill J, et al. European guidelines on cardiovascular disease preventions in clinical practice. *Eur Heart J*. 2003;24:1601-10.
 10. Perk J, De Backera G, Gohlkea H, Grahama I, Reinerb Z, Verschuren M. Guía europea sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica. *Rev Esp Cardiol*. 2012;65:937.e1-66.
 11. Vartiainen E, Jousilahti P, Alfthan G, Sundvall J, Pietinen P, Puska P. Cardiovascular risk factor changes in Finland, 1972-1997. *Int J Epidemiol*. 2000;29:49-56.
 12. Gérvas J. Riesgo cardiovascular, efectividad y mortalidad. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2011;6:168-70.
 13. Lang T. Ignoring social factors in clinical decision rules: a contribution to health inequalities? *Eur J Public Health*. 2005;15:441.
 14. Feinstein AR. The problem of cogent subgroups: a clinico-statistics tragedy. *J Clin Epidemiol*. 1998;51:297-9.
 15. Reilly BM, Evans AT. Translating clinical research into clinical practice. Impact of using prediction rules to make diagnosis. *Ann Intern Med*. 2006;144:201-9.
 16. Gérvas J, Pérez Fernández M. Dislipemias. En: García Olmos LM, coordinador. *Uso Racional del Medicamento*. Madrid: Ars XXI; 2007. Disponible en: <http://www.equipocesca.org/uso-apropiado-de-recursos/dislipemias/>
 17. Gérvas J, Gavilan Moral E, Jiménez de Gracia L. Prevención cuaternaria: es posible (y deseable) una asistencia sanitaria menos dañina. *AMF*. 2012;8:312-7.
 18. Miguel García F. Factores de riesgo: una nada inocente ambigüedad en el corazón de la medicina actual. *Aten Primaria*. 1998;22:585-95.

¿Cuándo debemos tratar farmacológicamente la hipertensión y la dislipemia?

León Marín Conde

Residente de Medicina Familiar y Comunitaria, CS Gran Capitán, Granada. UD de MFyC de Granada, Granada, España

Tanto la hipertensión como la dislipemia son 2 factores de riesgo a la hora de sufrir un episodio cardiovascular, no obstante, con el paso del tiempo, nosotros los médicos con la

ayuda de los medios de comunicación los hemos transformado en una enfermedad.

Etiquetar a un individuo depende, en gran medida, de nuestras decisiones, así, según un estudio sobre la prevalencia de hipertensión y dislipemia en población americana, se apreció que al reducir las cifras tensionales de 160 a 140 mmHg para etiquetar de hipertenso, se produjo un aumento de 13 millones de personas. Respecto al colesterol, bajar de 240 a 200 mg/dl se aumentó en 40 millones de pacientes la lista de hipercolesterolémicos¹.

En la última encuesta nacional de salud pública, en población mayor de 65 años que padece enfermedades crónicas hay un 47 % que dice padecer hipertensión y un 33 % dislipemia. Pero hay que dejar bastante claro que el peligro, tanto de uno como de otro, se fundamenta en las posibles complicaciones que puedan provocar en un futuro².

Nos planteamos tratamiento farmacológico cuando creemos obtener un beneficio con la toma del fármaco.

Así, por ejemplo, con la hipertensión hay multitud de trabajos que nos muestran que las personas que tenían cifras tensionales elevadas y se les prescribe tratamiento farmacológico para disminuirlas han experimentado una disminución de su mortalidad³⁻⁵.

Por ejemplo, *Lancet* en 1990 ya nos decía que pacientes con cifras tensionales bajas, per se o con tratamiento, presentaban menos riesgo de enfermedad vascular³.

Hay multitud de tratamientos con suficiente evidencia científica a la hora de comenzar tratamiento antihipertensivo. Las tiacidas, análogos de tiacidas, antagonistas del calcio, IECA, ARA II y bloqueadores beta han demostrado reducir la morbimortalidad cardiovascular además de reducir la presión arterial (PA)⁶.

Algo similar ocurre con las cifras de lípidos, esto es conocido desde el estudio Framingham⁷; más recientemente, en 1992, se publicó un trabajo donde se observó una asociación muy importante directamente proporcional entre el valor de colesterol sérico y la muerte por enfermedad coronaria, de tal manera que una reducción de el colesterol sérico produciría un menor número de muertes⁸. También se observó que una disminución de lípidos con estatinas es efectiva reduciendo ictus, tanto en primeros episodios como en episodios recurrentes. Además, una reducción de cifras de colesterol LDL por debajo de 80 mg/dl reduce significativamente el riesgo de infarto, episodios coronarios mayores y muertes de origen cardiovascular que en los pacientes que presentan cifras superiores⁹.

Las sugerencias para iniciar tratamiento farmacológico en hipertensión, según la última guía clínica europea de riesgo cardiovascular, se basan fundamentalmente en las cifras tensionales y el riesgo cardiovascular estratificado determinado, antiguamente, por la tabla Framingham y, actualmente, por la tabla SCORE. De tal manera, que recomiendan tratamiento farmacológico en los pacientes que presentan enfermedad cardiovascular establecida y cifras tensionales por encima de 140 mmHg PA sistólica (PAS) y 90 mmHg de PA diastólica (PAD). También se recomienda tratamiento en los pacientes que presenten hipertensión grados 2 y 3 (grado 2: PAS, 160-179 y PAD, 100-109; grado 3: PAS > 180 y PAD > 110), independientemente del riesgo cardiovascular, asimismo se recomienda tratamiento en los pacientes con riesgo cardiovascular alto (> 5 según SCORE) con hipertensión grados 1 y 2.

Y aunque no exista RCV recomiendan iniciar tratamiento en hipertensión grado 1 (PAS 140-159 y PAD 90-99)¹⁰.

Hay evidencia científica suficiente para afirmar que tratar la hipertensión grave y moderada en sujetos sanos reduce todas las causas de mortalidad y, además, la morbimortalidad cardiovascular¹¹.

Sin embargo, la cosa no está tan clara en el tratamiento de la hipertensión leve o grado 1; de hecho, en 2009 una revisión Cochrane que abordaba el tema recomendaba no tratar a hipertensos con cifras tensionales entre 140-160/90-99, puesto que no reduce la morbimortalidad. Mas recientemente, en 2012, otra revisión Cochrane corroboraba que el tratamiento de hipertensos grado 1 no disminuye la mortalidad^{13,14}.

Y esto es muy importante, porque lo mismo que no hay evidencias de que se reduzca la mortalidad si hay bibliografía respecto al aumento de la mortalidad cuando con el tratamiento hipotensor se consigue reducir presiones por debajo de 130 mmHg y, por supuesto, no se reduce el riesgo de sufrir un episodio cardiovascular en 10 años¹⁵.

Respecto a la dislipemia, las recomendaciones para iniciar tratamiento, según la guía arriba citada, al igual que para la hipertensión, se basan en las cifras de lípidos y en el RCV del paciente. De tal manera que para los pacientes con enfermedad cardiovascular establecida recomiendan tratamiento, independientemente de la cifra de lípidos. Para sujetos sin enfermedad cardiovascular y riesgo alto, según tabla SCORE, recomiendan tratamiento a partir de LDL \geq 100 mg/dl, si el riesgo es moderado, con cifras entre 100-150 mg/dl, y si no hay riesgo a partir de 190 mg/dl.

No hay dudas en la indicación de tratamiento farmacológico con estatinas, independientemente de las cifras de lípidos que presenten, en los sujetos que hayan sufrido un episodio cardiovascular¹⁶.

Inicialmente parecía no existir tampoco duda sobre la indicación de tratamiento farmacológico en los sujetos sin antecedentes de enfermedad cardiovascular y cifras elevadas de lípidos; a este respecto, una revisión Cochrane de enero de este año sobre el uso de estatinas en prevención primaria, muestra unos resultados donde se puede apreciar una reducción de todas las causas de mortalidad, episodios vasculares mayores y revascularizaciones cardíacas sin exceso de reacciones adversas medicamentosas¹⁷.

No obstante, en esta revisión hay estudios de los consultados que incluyen a pacientes de alto riesgo cardiovascular o que no incluyen cifras de LDL, por lo que podría haber una sobrestimación de los beneficios de la prevención primaria con estatinas.

Otro dato a destacar es la necesidad de tratar a 1.000 personas durante 1 año para reducir una muerte, lo que se traduce en un esfuerzo muy grande para un beneficio relativamente pequeño. Cosa que se podría conseguir promocionando cambios en los estilos de vida, como fomentar el ejercicio físico.

Además hay trabajos que muestran no mejorar la morbimortalidad al tratar con estatinas a sujetos con alto riesgo cardiovascular en prevención primaria¹⁸.

Con esto, no queremos decir que no haya pacientes que no se beneficien de tratamiento hipolipemiante con estatinas como prevención primaria, sino que nuestros esfuerzos deben dirigirse a fomentar actividades saludables en la población general y seleccionar esos pocos casos: alto riesgo cardiovascular, hipercolesterolemia familiar o aquellos en los que con los cambios en los estilos de vida no se consiguen los resultados deseados, que si se podrían beneficiar de este tratamiento.

Si nuestro objetivo con el tratamiento es conseguir que vivan más y hay estudios que nos dicen que con el tratamiento no se va a conseguir, es posible que no tenga demasiado sentido etiquetarlos de enfermos, provocarles un sentimiento de enfermedad y exponerlos a los posibles efectos adversos de una medicación en su caso inefectiva.

En conclusión, parece que no habría duda en tratar farmacológicamente la hipertensión en prevención secundaria y en tratar farmacológicamente, en prevención primaria, la hipertensión moderada y grave. Respecto a las cifras de lípidos, las trataríamos con fármacos, sin lugar a dudas, en prevención secundaria, y en prevención primaria habría que hacer una valoración individualizada y no tratar de forma indiscriminada basándonos en unas cifras.

Bibliografía

- Schwartz L, Woloshin S. Changing disease definitions: implications for disease prevalence analysis of the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994. *Effective Clinical Practice*. 1999;2:76-85.
- Encuesta Nacional de Salud Española 2011-2012. INE. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Gobierno de España; 2013.
- MacMahon S, Peto R, Cutler J, Collins R, Sorlie P, Neaton J, et al. Blood pressure, stroke, and coronary heart disease. Part 1, Prolonged differences in blood pressure: prospective observational studies corrected for the regression dilution bias. *Lancet*. 1990;335:765-74.
- Musini VM, Tejani AM, Bassett K, Wright JM. Pharmacotherapy for hypertension in the elderly. *The Cochrane Library*. 2010; Issue 12.
- Hansson L, Lindholm LH, Niskanen L, Lanke J, Hedner T, Niklason A, et al. Effect of angiotensin-converting-enzyme inhibition compared with conventional therapy on cardiovascular morbidity and mortality in hypertension: the Captopril Prevention Project (CAPPP) randomised trial. *Lancet* 1999;353:611-6.
- Van Vark LC, Bertrand M, Akkerhuis KM, Brugts JJ, Fox K, Mourad J-J, et al. Angiotensin-converting enzyme inhibitors reduce mortality in hypertension: a meta-analysis of randomized clinical trials of renin-angiotensin-aldosterone system inhibitors involving 158 998 patients. *Eur Heart J*. 2012;33:2088-97.
- Kannel WB, Dawber TR, Kagan A, Revotskie N, Stokes JI. Factors of risk in the development of coronary heart disease—six year follow-up experience. The Framingham Study. *Ann Intern Med*. 1961;55:33-50.
- Hansson L, Lindholm LH, Ekblom T, Dahlöf B, Lanke J, Scherstén B, et al. Ulf de Faire, for the STOP-Hypertension-2 study group. Randomised trial of old and new antihypertensive drugs in elderly patients: cardiovascular mortality and morbidity the Swedish Trial in Old Patients with Hypertension-2 study. *Lancet*. 1999;354:1751-6.
- Neaton JD, Blackburn H, Jacobs D, Kuller L, Lee DJ, Sherwin R, et al. Serum cholesterol level and mortality findings for men screened in the Multiple Risk Factor Intervention Trial. Multiple Risk Factor Intervention Trial Research Group. *Arch Intern Med*. 1992;152:1490-500.
- Chan DK, O'Rourke F, Shen Q, Mak JC, Hung WT. Meta-analysis of the cardiovascular benefits of intensive lipid lowering with statins. *Acta Neurol Scand*. 2011;124:188-95.
- Quinto Grupo de Trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología y otras Sociedades sobre la Prevención de la Enfermedad Cardiovascular en la Práctica Clínica. Guía europea sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica (versión 2012). *Rev Esp Cardiol*. 2012;65:937.e1-66.

12. Glynn LG, Murphy AW, Smith SM, Schroeder K, Fahey T. Interventions used to improve control of blood pressure in patients with hipertensión. The Cochrane Library. 2010; Issue 3.
13. Arguedas JA, Pérez MI, Wright JM. Treatment blood pressure targets for hypertension. The Cochrane Library. 2009; Issue 3.
14. Diao D, Wright JM, Cundiff DK, Gueyffier F. Pharmacotherapy for mild hypertension. The Cochrane Library. 2012; Issue 11.
15. Okina PM, Hilleb DA, Kjeldsenc SE, Dahlo B, Devereux RB. Impact of lower achieved blood pressure on outcomes in hypertensive patients. J Hypertens. 2012;30:802-10.
16. Amarenco P, Labreuche J. Lipid management in the prevention of stroke: review and updated meta-analysis of statins for stroke prevention. Lancet Neurol. 2009;8:453-63.
17. Taylor F, Huffman MD, Macedo AF, Moore THM, Burke M, Davy Smith G, et al. Statins for the primary prevention of cardiovascular disease. The Cochrane Library. 2013, Issue 1.
18. Ray KK, Kondapally Seshasai SR, Erqou S, Sever P, Wouter Jukema J, Ford I, et al. Statins and all-cause mortality in high-risk primary prevention. A meta-analysis of 11 randomized controlled trials involving 65 229 participants. Arch Intern Med. 2010;170:1024-31.

Mesa 3: Movimiento Vasco da Gama: nuevos caminos, nuevos horizontes

Moderadora:

Raquel Gómez Bravo

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Representante Internacional del VdGM España

Ponentes y contenido:

Karen Adriana Pisconte Alayza

Residente de Medicina Familiar y Comunitaria, UD de MFyC Zona Norte, Madrid, España. Representante Internacional del VdGM España

Belisa Catherine Tarazone

Residente de Medicina Familiar y Comunitaria, UD de MFyC Zona Norte, Madrid, España. Representante Internacional del VdGM España

Verónica Parent Mathias

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias, Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga, España. Miembro del VdGM España y de la Sección de JMF de la semFYC

Resumen

El Movimiento Vasco da Gama constituye el *network* para residentes y jóvenes médicos de medicina familiar y comunitaria en el ámbito europeo, que tras 7 años de trabajo conjunto se han ido consolidando los distintos grupos de trabajo ofreciendo líneas sólidas de continuidad en cada uno de ellos.

- Beyond Europe: relacionado con los distintos grupos de trabajo, estudiantes, EQUIP, WWPWF, eliminando las barreras en el ámbito europeo, trabajando en programas de violencia de género en el ámbito mundial y de equidad e igualdad.
- Education and training: estudia los distintos programas de formación en el ámbito europeo, mejorándolos y potenciando el currículo durante la residencia y posresidencia.
- Exchange: potencia los intercambios en el ámbito europeo entre los distintos países, bajo el Programa Hippokrates, iniciando actualmente una línea conjunta con Beyond Europe Group para intercambios internacionales, establecidos con otros grupos de trabajo de residentes y jóvenes médicos en el ámbito mundial: Waynakay, Spice Route, Rajakumar, etc.
- Image: desarrolla todo lo relacionado con Social Media y la imagen de la medicina de familia en el ámbito europeo.
- Research: es el grupo de investigación.

Durante el desarrollo de la Mesa se detallarán los proyectos que cada grupo de trabajo está liderando, sus posibilidades y las líneas futuras. En la situación actual de crisis cobran mucho más valor las perspectivas que se ofrecen y la visión que se puede tener desde el comienzo de la residencia hasta el final de esta, con un futuro laboral incierto y cambiante, por ello se ofrecerán las claves para prepararse ante esa inestabilidad y valorar la situación actual como una oportunidad de ampliar horizontes.

Movimiento Vasco da Gama: nuevos caminos, nuevos horizontes

Raquel Gómez Bravo

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
Representante Internacional del VdGM España*

Introducción

El Movimiento Vasco da Gama constituye el *network* para residentes y jóvenes médicos de medicina familiar y comunitaria en el ámbito europeo, que tras 7 años de trabajo conjunto se han ido consolidando los distintos grupos de trabajo ofreciendo líneas sólidas de continuidad en cada uno de ellos:

- Beyond Europe: relacionado con los distintos grupos de trabajo, estudiantes, EQUIP, WWPWF y EURIPA, eliminando las barreras en el ámbito europeo, trabajando en programas de violencia de género en el ámbito mundial y de equidad e igualdad.
- Education and training: estudia los distintos programas de formación en el ámbito europeo, mejorándolos y potenciando el currículo durante la residencia y posresidencia.
- Exchange: potencia los intercambios en el ámbito europeo entre los distintos países, bajo el Programa Hippocrates, iniciando actualmente una línea conjunta con Beyond Europe Group para intercambios internacionales establecidos con otros grupos de trabajo de residentes y jóvenes médicos en el ámbito mundial: Waynakay, Spice Route, Rajakumar, etc.
- Image: desarrolla todo lo relacionado con Social Media y la imagen de la medicina de familia en el ámbito europeo. Se darán a conocer varias iniciativas de este y se especificará el proceso a seguir para formar parte de los mismos.
- Research: es el grupo de investigación, cuya plataforma será presentada durante la Mesa.

Durante el desarrollo de la Mesa se detallarán los proyectos que cada grupo de trabajo está liderando, sus posibilidades y las líneas futuras. En situación actual de crisis cobran mucho más valor las perspectivas que se ofrecen y la visión que se puede tener desde el comienzo de la residencia hasta el final de esta, con un futuro laboral incierto y cambiante, por ello se ofrecerán las claves para prepararse ante esa inestabilidad y valorar la situación actual como una oportunidad de ampliar horizontes.

El objetivo de la presentación es divulgar conocimiento acerca del VdGM, dar a conocer las actividades que el Movimiento Vasco da Gama desarrolla en el ámbito europeo en investigación, imagen, educación y programas de formación, intercambios y Beyond Europe. Además de ejemplificar el proceso para poder formar parte de cada una de ellas.

¿Qué es la *preconference*?

Karen Adriana Pisconte Alayza

*Residente de Medicina Familiar y Comunitaria,
UD de MFyC Zona Norte, Madrid, España.
Representante Internacional del VdGM España*

El objetivo de esta charla es dar a conocer la Preconferencia, la principal actividad abierta que organiza el Movimiento Vasco da Gama y que constituye el punto de encuentro único de todos los residentes de MFyC y jóvenes médicos de familia (JMF) europeos. Se expondrá igualmente a través de la experiencia personal de la Dra. Pisconte, becada por semFYC para la Preconferencia de Varsovia 2011, donde el tema central fue: "What is global Health?". Se explicará todo el proceso de inscripción, de trabajo previo con el tema que se debate, a través de correo electrónico y posterior discusión in situ con el grupo asignado. Posteriormente, las conclusiones son presentadas al final de la Preconferencia, cuya duración es de 2 días, siempre previos al Congreso Europeo. El proceso concluye cuando el participante implanta la idea trabajada durante este encuentro y la desarrolla en su país de origen, cerrando el ciclo y potenciando la continuidad y el trabajo en red.

El éxito de esta dinámica de trabajo es tal que cada año atrae a más residentes y JMF europeos; siendo tal la afluencia, que se está desarrollando la posibilidad de crear un fórum independiente para dar respaldo a esa necesidad de encuentro e intercambio de conocimientos en el ámbito global.

Intercambio RCGP

Belisa Catherine Tarazone Chocano

*Residente de Medicina Familiar y Comunitaria,
UD de MFyC Zona Norte, Madrid, España.
Representante Internacional del VdGM España*

Se expondrá una experiencia de *exchange* en Reino Unido, a través de las vivencias de la Dra. Tarazona, la asistencia durante 1 semana a un centro de salud inglés y al congreso del RCGP de 2011 mediante una beca otorgada por el Royal College of General Practitioners.

El tema que se discutió en la Conferencia Anual de Atención Primaria del Royal College fue "Diversity in Practice", entendiendo que cada individuo es único, reconociendo nuestras diferencias individuales y valorándolas en su sentido más amplio. Según el RCGP Curriculum Statement 2009 se busca promover la igualdad y valorar la diversidad; pues igualdad y diversidad no son intercambiables, necesitan progresar juntas. No hay igualdad de oportunidad si la diferencia no es reconocida y valorada.

¿Cuál es el rol del médico de familia en este contexto?

- Es fundamental tener conocimientos, actitudes y la capacidad de tratar con equidad y respeto.
- Reconocer que las personas son diferentes y no discriminarlas por ello.
- Respetar el derecho de las personas de tomar sus propias decisiones.
- Valorar las creencias y preferencias en el trabajo clínico diario.
- Desarrollar habilidades de comunicación incluyendo el trabajo con intérpretes para tratar a pacientes de diferentes orígenes.
- Reconocer los conceptos de diversidad y equidad en el contexto de las migraciones, demografía de los grupos culturales, desventajas socioeconómicas, patrones de enfermedad, etc.
- Tener conocimientos prácticos y específicos, como por ejemplo en nutrición, religión, actitudes con la enfermedad, muerte y embarazo.
- Se debe alentar a los médicos de familia a reflexionar sobre sus actitudes y sentimientos frente a las personas que son diferentes a ellos.
- Todos los médicos de familia deberían tener acceso a los recursos de promoción de la igualdad y la diversidad (cursos, material didáctico, etc.) dependientes de los organismos sanitarios pertinentes.

La experiencia individual de la participación del congreso y los objetivos de esa semana de intercambio de conocer la realidad de la práctica médica en otro país, comparar los distintos métodos de aprendizaje utilizados en uno y otro país, el programa de formación, evaluación y el formato del congreso en sí, serán expuestos y analizados, así como la importancia de potenciar este tipo de intercambios para conocer distintas realidades del ámbito europeo y aumentar la percepción de la nuestra, promoviendo la mejora continua.

El Programa Hippokrates

Verónica Parent Mathias

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias, Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga, España. Miembro del VdGM España y de la Sección de JMF de la semFYC

Se expondrá el Programa Hippokrates, que es un programa de 2 semanas de duración de ámbito europeo respaldado por WONCA, EURACT y semFYC. Se trata de una rotación estructurada y organizada en la que el residente/joven médico de familia visita un centro de salud de otro país europeo durante 15 días, con un programa docente y unos objetivos docentes preestablecidos antes de realizarse el intercambio. Es una rotación puramente observacional, donde se oferta la experiencia de primera mano de conocer el funcionamiento de la atención primaria en el país de acogida. Durante este tiempo, el residente/joven médico de familia invitado ten-

drá la oportunidad de conocer los aspectos y el papel de la medicina familiar en dicho país mediante la participación en todas las actividades del centro de salud, podrá reunirse también con el resto de compañeros con quienes intercambiará opiniones, así como asistir a diferentes actividades formativas y se le animará a que conozca los recursos locales, las actividades de mejora de la calidad, las actividades de prevención, promoción de la salud y actividades comunitarias. Al finalizar la rotación, el residente tiene que realizar una memoria de 500 palabras que junto con la evaluación que realiza el tutor de la rotación son evaluadas por el coordinador nacional y la secretaria de EURACT. Posteriormente, una vez que todos los documentos se hayan recibido, se acredita la memoria. Todo este proceso, cómo realizar la petición de la rotación, contactar con el centro de salud de otro país, fijar los objetivos, trabajar previamente con el tutor, serán expuestos por la Dra. Parent, que fue una de las primeras en realizarlo en nuestro país, explorando Portugal. A través de su análisis, todos los participantes adquirirán las nociones básicas necesarias para solicitar la rotación o bien para ofrecer su centro de salud como un centro apto para recibir rotantes.

El programa Mini Hippokrates o los programas *exchange*, se gestaron para potenciar el Programa Hippokrates y darle difusión; consisten en becas de 1 semana de duración en torno a un congreso o jornadas de interés docente y con perfil internacional en su contenido y actividades, con estancia de 3-4 días los días previos al congreso en la consulta de un médico de familia local, pudiendo de esta forma conocer su ámbito laboral y también su entorno cultural y personal. En octubre de 2012, 2 jóvenes médicos de familia y 2 residentes de último año de la especialidad españoles fueron becados para realizar dicho programa en Croacia, por lo que la experiencia enriquecedora será transmitida en primera persona.

Este programa se enmarca dentro de las posibilidades de experiencia laboral, personal y docente que aumenta las competencias tanto de residentes de medicina de familia y comunitaria como de jóvenes médicos que comienzan su andadura laboral independiente, ampliándose así las fronteras, tanto de conocimientos como de oportunidades de establecer lazos de comunicación con personas de diversos países. A la hora de abordar el ámbito laboral, la perspectiva que te ofrece el conocimiento de las diferentes competencias de la medicina de familia y comunitaria en diferentes países es de un valor incluso mayor.

La oportunidad que se brinda desde semFYC y el Movimiento Vasco da Gama es indiscutiblemente única, generando vías de comunicación, desarrollo e investigación internacionales. La colaboración entre los médicos de familia en estos tiempos de cambios y dificultades económicas y sociales se hace, si cabe, todavía más importante para conseguir una mayor eficiencia de nuestro propio sistema sanitario.

La medicina de familia se hace a través de sus profesionales, médicos, enfermeros, trabajadores sociales, auxiliares y administrativos, y cuando mayor sea el conocimiento de unos mayor será su expansión hacia una unión en la atención al paciente de forma segura y competente, facilitando la relación con los que proceden de otros países con diferentes sistemas sanitarios, comprendiendo sus demandas y necesidades.

Sesión práctica: Cómo detectar, elaborar y presentar un caso clínico

Ponentes y contenido:

Manuel Sarmiento Cruz

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, CS Son Gotleu, Palma de Mallorca, España. Vicepresidente de SBMFIC y Miembro del Grupo VdG España

Rosa Duro Robles

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, CS Coll d'En Rabassa, Palma de Mallorca, España. Vocal de Docencia de SBMFIC, Miembro del Programa Comunicación y Salud de la semFYC y Coordinadora del Programa en Baleares

Enrique Álvarez Porta

MIR de MFyC, CS Coll d'En Rabassa, Palma de Mallorca, España. Vocal de Residentes de SBMFIC y de semFYC, Miembro del Programa Comunicación y Salud en Baleares y del Grupo VdG España

Resumen

Un caso clínico es de las primeras presentaciones que realiza un médico, normalmente durante la residencia, y la suele realizar en el centro de salud o en alguno de los servicios hospitalarios por los cuales se rota durante el período formativo. Existen algunos congresos y jornadas en las que se han podido enviar y presentar casos clínicos desde hace tiempo (de entre ellos cabe destacar las Jornadas de Residentes de la semFYC) y, en este 2013, el Congreso de semFYC se ha añadido a la lista dando, de esta manera, la oportunidad de presentar casos clínicos interesantes de la práctica diaria del médico de familia.

En ocasiones, nos cuesta identificar un caso clínico interesante a la hora de presentarlo en un congreso o jornada, o simplemente para una sesión clínica. Esta dificultad es aún mayor si se es residente o nunca se ha presentado nada en ningún congreso. Para muchos médicos es el inicio de la carrera investigadora: sus primeros resúmenes, sus primeros rechazos, sus primeras aceptaciones, sus primeros pósters, sus primeras presentaciones y defensas, etc. Es importante tener esa “sensibilidad” a la hora de detectar posibles casos clínicos para presentar en congresos y realizar un seguimiento de esos casos clínicos “potencialmente presentables”, sobre todo si somos residentes o sustitutos, y no son “pacientes nuestros” a los que podamos hacer un seguimiento fácilmente.

La metodología a la hora de la redacción de un caso clínico puede variar según la normativa específica de cada congreso, aunque suelen tener similitudes y particularidades que los hacen diferentes respecto a presentar un trabajo de investigación o una experiencia. Hay que tener en cuenta que hay ciertos aspectos con mayor importancia para los comités científicos a la hora de evaluar los casos clínicos y seleccionarlos en un congreso, con lo que si los tenemos en cuenta, la probabilidad de aceptación en él es mayor.

En esta sesión práctica se facilitarán los recursos necesarios para saber “detectar” casos clínicos que puedan ser interesantes para la presentación en un congreso o sesión clínica. Se trabajarán los diferentes elementos a tener en cuenta a la hora de presentar un resumen para un congreso y, posteriormente, para diseñar un póster y una presentación de diapositivas de un caso clínico. Se reforzarán las claves para una correcta defensa de un póster o de una presentación de un caso clínico con diapositivas.

Aunque la sesión práctica está principalmente orientada a residentes y jóvenes médicos de familia (JMF), está abierta a cualquier médico interesado en este “mundo de los casos clínicos”. Invitamos a los asistentes a que aporten resúmenes, pósters y presentaciones de casos clínicos para *feedback* estructurado (crítica constructiva) de estos.

Taller: *Gymkhana* de urgencias: abordaje práctico de las técnicas más utilizadas y de patologías frecuentes en urgencias

Docentes:

Jesús Arroyo Fernández de Aguilar

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, UME 1.1 de Badajoz, Badajoz, España. Miembro del GdT Urgencias y Atención Continuada de la semFYC. Coordinador del Programa ESVAP en Extremadura

Javier Pueyo Val

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, 061 Aragón, UME I. Secretario del Grupo de Urgencias y Atención Continuada de la semFYC. Instructor de SVB y DEA, SVA por el Programa ESVAP de la semFYC y el Plan Nacional de RCP y ERC

Alba Riesgo García

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Servicio de Urgencias, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España. Coordinadora Nacional del Grupo de Urgencias y Atención Continuada de la semFYC. Instructora de SVA por la SEMICYUC y el Plan Nacional de RCP, y Monitora de SVB y DEA por el Programa ESVAP de la semFYC

Antonio Caballero Oliver

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España. Doctor en Medicina, Coordinador del Programa ESVAP de la semFYC. Miembro del Consejo Español de RCP

Ayose Pérez Miranda

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Servicio de Urgencias, Hospital Perpetuo Socorro y Complejo Hospitalario Insular Materno-Infantil de Gran Canaria, Servicio Canario de Salud, Las Palmas. UD de MFyC de Las Palmas, Las Palmas, España. Médico de Ambulancia Medicalizada del Servicio de Urgencias Canario

Magdalena Canals Aracil

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, CS Las Calesas, Madrid, España. Miembro del Grupo de Urgencias de la SoMaMFyC y del Grupo de Urgencias y Atención Continuada de la semFYC. Instructora de SVA por la SEMICYUC y Monitora de SVB y DEA por el Programa ESVAP de la semFYC

Sonia Moreno Escribá

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, CAP Larrard y Servicio de Urgencias, Hospital de Terrassa, Terrassa, Barcelona, España. Instructora en RCP y DEA por el Consell Català de Ressuscitació

Juan Antonio Cordero Torres

Médico de Unidad de Emergencias, Coordinador de la Unidad de Emergencias de Badajoz, Badajoz, España. Monitor de SVB y DEA por el Programa ESVAP de la semFYC

Fernando Souto Mata

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, FPUS 061 Galicia. Miembro del Grupo de Urgencias y Atención Continuada de la semFYC, Monitor de SVB por el Programa ESVAP de la semFYC

Rosario Bosch Puchades

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Servicio de Urgencias, Hospital Dr. Peset, Valencia, España. Monitora de SVB y DEA del Programa ESVAP de la semFYC

Contenido

Los objetivos generales son actualizar los conocimientos y adquirir destreza en:

- Últimas recomendaciones en soporte vital básico y desfibrilación externa semiautomática, ILCOR- ERC 2010. Reanimación cardiopulmonar. Obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño.
- Manejo de la vía aérea en urgencias: dispositivos de ventilación y oxigenación, ventilación sin intubación, intubación y aislamiento de la vía aérea, farmacología aplicada.
- Síndrome coronario agudo con/sin elevación ST (SCACEST/SCASEST).
- Ictus y patología cerebrovascular aguda.