CADERNOS de atención primaria

a publicación dos profesionais de atención primaria en Galicia

Imaxe:

Vol. 22
Nº Extraordinario
2016

Editorial

Medicina rural: Manifiesto de Ávila.
González Lorenzo, P.
Páx. 3

Humanidades

El Manual para el uso de Practicantes del Doctor D. José Calvo y Martín (1814-1904)
Crespo Pita, I.; Pascual Bueno, J.; Ponte Hernando, F.
Páx. 4-7

Orixinais / Cursos AGAMFEC

Condicionantes para la implementación del programa de actividades de promoción y prevención de la salud en atención primaria
Martínez Abastida, I.; Clavería Fontán, A.; Rodríguez Reneda, L.; González Formoso, C.; Goicoechea Castaño, A.; Martín Miguel, M.V.
Páx. 8-13

Consulta telefónica no urgente en atención primaria
Modroño Freire, M.J.; Vílchez Dosantos, S.; Rodríguez Gómez, S.
Páx. 14-18

Evaluación del grado de control del tratamiento anticoagulante oral en atención primaria. Estudio TAOVI
Regueiro Martínez, A.; Seoane Suárez, C.; Allegue Cortez, C.; Canedo Cotelo, D.; Méijome Blanco, S.; Pérez Vázquez, A.
Páx. 19-23

Llaves, destornilladores, tijeras, cinta aislante... otras herramientas en Atención Primaria. (Evaluación de la adhesión y aplicabilidad declarada de una formación en Terapia Familiar Breve dirigida a médicos de AP)
Combarro Mato, J.; Rodríguez Viña, M.E.; Rozadilla Arias, A.; Cerecedo Pérez, M.J.; Pérez Fernández, A.; Rodríguez-Arias Palomo, J.L.; Tovar Bobo, M.; Muñiz Fontaíña, S.M.
Páx. 24-28

Para saber máis...

Patología Aguda Biliar
Alfaya García, L.; Fariña Rey, L.; Zamora Casal, A.
Páx. 29-32

Habilidades e terapéutica

Guía de tratamiento empírico de las infecciones más habituales del adulto en Atención Primaria
Comité de infección. Equipo PROA: Aldecoa Landesa, S.; Formigo Rodríguez, M.; Pérez Rodríguez, M.; Pérez Landeiro, A.; Martínez Lamas, L.; Sousa Domínguez, A.
Páx. 33-34

Nuevas tecnologías

El rol de las redes sociales en el avance del liderazgo femenino en la medicina familiar
Kyle Hoedebecke, K.; Colón-González, M.C.; Monteiro, N.; Germosen Almonte, Y.; Mariani Borrero, Y.; Hoedebecke, L.
Páx. 35-36

Biblioscopia

Na hipertensión arterial resistente, ¿cal debe ser o cuarto fármaco a empregar?
Muíño López-Álvarez, X.L.; Conde Guede, L.; Gestoso Llamazares, T.; Gómez Sánchez, L.
Páx. 37-38

Casos clínicos

Elemental, querido Watson
Sevillano Torrado, C.; Roodríguez López, V.; Casas Bouzas, A.
Páx. 39-40

¿Y usted, está bien vacunado?
Vidal Orge M.P.; Regueira Vidal, P.P.; Martínez Barrios, J.
Páx. 41-42

Fractura de lámina papirácea etmoidal
Robles Fernández, J.
Páx. 43

www.agamfec.com

Editores: Ana Paula Núñez Gavino

Comité de redacción:
Manuel Domínguez Sardiña
Peregrina Eiroa Patiño
José Antonio Ferreiro Gurì
Luis Ferrer i Balsabre
Carlos González Guitián
José Luis López Álvarez
Arturo Louro González
Mª Victoria Martín Miguel
Salvador Pita Fernández
Jesús Novo Rodríguez
Camilo Raña Lama
Miguel de Santiago Boullón
Xosé Manuel Segade Buceta
Mª José Veleiro Tenreiro
Cristina Viana Zulaica

Comité asesor:

Aldecoa Landesa, Susana	Vigo	León González, Higinia	Marín
Bóveda Fontán, Julia	Vigo	Machín Fernández, Javier	Lugo
Cobas Pacín, Pilar	Vigo	Moliner de la Puente, Xosé Ramón	Vigo
Delgado Martín, José Luis	Redondela	Nieto Pol, Enrique	Santiago
Díaz-Maseda Casal, Víctor	Vigo	Pardo Teijeiro, Bernardino	Lugo
Domínguez Grandal, Felisa	Vigo	Pena Cartelle, Susana	Ferrol
Facal García, Fernando	Pontevedra	Pérez González, Carmen	Vigo
Facio Villanueva, Ángel	Ferrol	Piñeiro Guerreiro, Rosa	Cangas
Fernández Silva, Mª Jesús	Ourense	Rial Rama, Fernando	A Coruña
Fraguela Fraga, Francisco	Vigo	Rodríguez Álvarez, Rosa Mª	A Coruña
García González, Jesús	Lugo	Salgado Conde, Xosé Luis	Val Miñor
García Soidán, Fco. Javier	Vigo	Salvador Leis, Jesús	Pontevedra
Gayoso Diz, Pilar	Ourense	Sánchez Bugallo, Belén	Lugo
Geremías Camero, Luis Miguel	Vigo	Segade Buceta, Xosé Manuel	Santiago
Gómez Besteiro, Inmaculada	A Coruña	Serrano Peña, Joaquín	A Coruña
Hernáiz Valero, Susana	Val Miñor	Tojal del Casero, Félix	Vigo
Iglesias Días de Ullosa, Alejandro	Pontevedra	Vázquez Troitiño, Francisco	Marín
Jorge Barreiro, Fernando	A Coruña	Vidán Martínez, Luciano	A Coruña
Lago Deibe, Fernando	Vigo		

Editada por:
ASOCIACIÓN GALEGA DE MEDICINA FAMILIAR E COMUNITARIA

Redacción - Secretaria Técnica:
CYEX CONGRESOS, S.L.
C/. Ferrol, 2. Edificio Cyex
15897 Santiago de Compostela (A Coruña)
T: 981 555 720 • e-mail: secretaria@agamfec.com

Dep. Legal: C-1072/94
I.S.S.N.: 1134-3583

I.S.S.N. (Internet): 1989-6905
Categoría: Ciencias da Saúde
Acceso: Gratuito
Mención específica de dereitos: Non
URL intruccións autores:
http://www.agamfec.com/publicacions
¿Permite o auto-arquivo? Sí
Versión auto-arquivo: Post-print (versión editorial)
¿Cando? Inmediatamente despois da publicación
¿Onde? Web persoal, Repositorio Institucional, Repositorio temático

Publicación autorizada polo Ministerio de Sanidade como Soporte Válido 94032R

CADERNOS DE ATENCIÓN PRIMARIA distribúese exclusivamente entre os profesionais da medicina.

Reservados tódolos dereitos. Esta publicación non pode ser reproducida total ou parcialmente, por calquer medio, electrónico ou mecánico, nin por fotocopia, grabación ou outros sistemas de reprodución de información sin a autorización por escrito do Consello de Redacción.

A revista CADERNOS DE ATENCIÓN PRIMARIA non se fai responsable do contido do artígos publicados, por tratarse da opinión dos autores, que asumen a exclusiva responsabilidade sobre os seus escritos.

Medicina Rural: Manifesto de Ávila

Portal González Lorenzo

COORDINADORA DO GRUPO DE TRABALLO DE MEDICINA RURAL DE AGAMFEC

Cad Aten Primaria
Ano 2016
Volume 22 Extraordinario
Páx. 3

O 25 e 26 de Novembro de 2016 celebrouse en Ávila a Xornada sobre o "Presente e Futuro da Medicina no ámbito rural en Castela e León"(http://www.socalemfyc.org/blog/item/247-presenteyfuturorural), antesala das "I Xornadas de Medicina Rural da semFYC" e lugar de presentación da Declaración de Ávila (http://www.agamfec.com/declaracion-de-avila/), cuxo obxetivo final é o recoñecemento do médico de familia rural como "figura imprescindible do Sistema Nacional de Saúde".

¿Por que en Ávila? Porque Castela e León é unha das comunidades autónomas cunha das redes de consultorios locais máis amplas de España; de feito, o 35% dos consultorios locais do país sitúanse nesta comunidade (datos de Sacyl 2015), con máis de 3.500 consultorios locais, dos cales máis de 1.500 atópanse en municipios de menos de 50 habitantes.

Galicia é claramente rural. Identificar un municipio determinado como rural pode resultar unha acción de carácter totalmente subxectiva; con todo, é necesario establecer unha medida que permita cuantificar o grado de ruralidade dun municipio concreto para, posteriormente, suscitar actuacións que conduzan a un aumento no nivel de benestar da poboación que o habita. Con esta filosofía elaborouse o índice de ruralidade, e da súa aplicación resulta que dun total de 315 municipios galegos, só 7 son claramente urbanos; e dentro dos rurales, 184 categorízanse como municipios rurais de pequeno tamaño (aqueles de menos de 5.000 habitantes), o que supón cerca do 15% da poboación galega; polo tanto é evidente que unha gran parte dos médicos de familia da nosa comunidade desenvolvemos a nosa actividade asistencial no medio rural.

O manifesto pon en valor á medicina rural como aquela que garante a igualdade e a accesibilidade da poboación rural aos servizos de saúde: actividades de prevención e promoción da saúde, actividades comunitarias, educación sanitaria… e asumindo incluso unha función social en poboacións onde o médico é o único servizo que queda (coa posible desaparición dos mestres, dos curas, das farmacias).

Os médicos rurais continúan sendo, xa que logo, profesionais próximos ao paciente, a súa contorna familiar e ao conxunto da poboación, prestando unha asistencia intregral e integrada. A imaxe do médico que realiza a súa labor illado e só ("isolated rural general practicioner", Congreso WONCA Rural-Santiago de Compostela, 2003) cambiou: na actualidade. Estos son profesionais cunha alta experiencia, unha boa formación e con recoñecida capacidade para a docencia (Rotación Rural do programa da especialidade), a autoxestión, ademais de ter inquedanzas científicas e investigadoras, avanzando de forma paralela aos cambios tecnolóxicos.

Pero do mesmo xeito que a poboación galega envellece, e máis no medio rural, os médicos tamén, de tal forma que se prevé unha alta taxa de xubilacións neste medio. Mellorar as condicións de traballo, a dispersión xeográfica, a atención domiciliaria, o transporte, a prolongación da xornada… é necesario para asegurar o recambio neste medio.

O médico rural segue sendo imprescindible, de aí o gran valor da actividade dos grupos de traballo de Medicina Rural nas diferentes sociedades federadas de semFYC. Grazas á coordinación e o traballo en equipo ao longo de todo o territorio nacional nace o manifesto que dá nome a esta editorial, e o cal invito a ler, reflexionar, criticar, discutir… e mesmo engadir toda achega, xa que enriquecerá o documento e, polo tanto, á Medicina Rural.

No 2017 as II Xornadas de Medicina Rural de semFYC celebraranse en Zaragoza, e AGAMFEC estará alí representada por todo aquel socio que queira asistir.

Para unirse ao grupo de traballo, compartir experiencias e como punto de encontro de todo profesional que esté interesado na medicina rural, está á vosa disposición a conta de correo rural@agamfec.com e na web http://www.agamfec.com/grupo-de-medicina-rural-2/

Cad Aten Primaria
Ano 2016
Volume 22 Extraordinario
Páx. 4 - 7

Un clásico de la Enfermería: El Manual para el uso de Practicantes del Doctor D. José Calvo y Martín (1814-1904)

Crespo Pita, I.[1]; Pascual Bueno, J.[2]; Ponte Hernando, F.[3]

1 MÉDICO. UNIVERSIDAD CATÓLICA S. VICENTE MÁRTIR. VALENCIA.
2 DOCTOR EN MEDICINA, PROF. DE Hª DE LA MEDICINA. UNIVERSIDAD CATÓLICA S. VICENTE MÁRTIR. VALENCIA.
3 PROFESOR TITULAR DE HISTORIA DE LA CIENCIA. DOCTOR EN MEDICINA Y EN Hª DE LA CIENCIA. GRUPO DE INVESTIGACIÓN GI-1565 OARMA (USC).

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA: Ignacio Crespo Pita. email: crespo@mail.ucv.es

D. José Calvo y Martín (1814-1904)[1]. Nació en Aviñón, modesto pueblo de la provincia de Zaragoza, el 7 de febrero de 1814.

Es sabido cuánto avanzan las ciencias médicas en un abrir y cerrar de ojos; qué decir cuando hablamos de décadas. Lo que hoy nos parece superchería no fue, hace tanto tiempo, otra cosa que ciencia puntera.

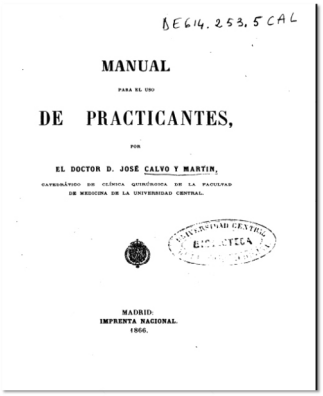
Es esto, precisamente, lo que rodea de una atmósfera especial los tratados antiguos de medicina, enfermería u otras disciplinas de la salud. Un ejemplo es el Manual para el uso de practicantes redactado por el Doctor D. José Calvo y Martín, Catedrático de Clínica quirúrgica de la Facultad de Medicina de la Universidad Central, hoy Universidad Complutense de Madrid.

El Doctor Calvo destacó no sólo como catedrático de Clínica Quirúrgica. Estudió medicina entre las universidades de Barcelona, Montpellier, y Madrid, y cursos de medicina experimental en París. Fue también Catedrático de otras asignaturas, como de «Especialidades» (una enseñanza entonces novedosa que se dividía en venereología, estudio de la sífilis y «oculística»), y de «Ampliación de la Higiene Pública y Estudio Geográfico Histórico de las Enfermedades Endémicas y Epidémicas».

Compaginó su cátedra con el decanato de la Universidad Central y su puesto de Senador, primero por la Universidad de Zaragoza, y posteriormente por Calatayud; y con el «Consejo de Instrucción Pública y el de Sanidad» del cual fue vicepresidente cierto tiempo.

Obtuvo por mayoría aplastante la presidencia de la Real Academia de Medicina, a los ochenta y ocho años de edad, tras dos bienios de Vicepresidente, y cincuenta y tres años como «Académico de número». Desempeñaría este cargo hasta su defunción, dos años después.

Entre su legado escrito se encuentran los programas de dos asignaturas médicas, una especialidad, un estudio biográfico, multitud de discursos, y el Manual para el uso de practicantes, publicado en Madrid en 1886 por la imprenta Nacional, en el que nos centraremos a continuación.



Portada[2] de la obra del Dr. Calvo y Martín. Madrid, 1866.

Este manual fue encargado por Real Orden de 29 de noviembre de 1861, como el Doctor Calvo atestigua en la carta que lo encabeza[3]. La finalidad de este documento es, en palabras del mismo Dr. Calvo, «La enseñanza de Practicantes, con la claridad, concisión y sencillez necesarias». El autor dedica unas palabras a los futuros practicantes, donde les insta a restringirse a su cometido profesional de un modo estricto, pues «cada cuál en su esfera de acción puede ser útil a la humanidad doliente».

La obra se estructura en siete capítulos que ocupan un total de 176 páginas, concluyendo con un anexo de 21 «estampas o láminas» que ilustran las principales técnicas de vendaje y ortesis, tipos de compresas y nudos, material requerido por el practicante, y una lámina representando la fórmula dentaria humana desde una proyección sagital.

Las profesiones de Practicante y Matrona aparecen en nuestro país en 1857, con la Ley de Instrucción Pública, conocida como Ley Moyano, por ser su impulsor el Ministro de Fomento D. Claudio Moyano Samaniego[4]. El Reglamento que regularía estas profesiones aparecería cuatro

[1] Los datos biográficos del Dr. Calvo y Martín se han extraído fundamentalmente de la obra MATILLA, V. (1982): Galería de Presidentes de la Real Academia Nacional de Medicina. Madrid, pp. 137-145. Ficha de la RANM http://www.ranm.es/academicos/academicos-de-numero-anteriores/866-1861-calvo-y-martin-jose.html.

[2] Se encuentra el manual completo digitalizado en books.google.es https://books.google.es/books?id=LkzXuKs1hZgC&hl=es&source=gbs_book_other_versions

[3] Carta dirigida al "Excmo. Sr. D. Pedro Sabau"; jurista español, académico y secretario de la Real Academia de la Historia y académico de la Real Academia de Ciencias Morales y Políticas, catedrático de "Derecho" y de "Derecho internacional" en la Facultad de Jurisprudencia de la Universidad Central, Decano de la Facultad de Derecho de la Universidad Central, y "director de Institución Pública".

[4] La ley, de fecha 9 de septiembre de 1857, publicada en la Gaceta de Madrid, el boletín Oficial del Estado de entonces, nº 1.710, de 10 de septiembre de ese mismo año, en su Título III, Capítulo 1, titulado "De las Facultades", en su Artículo 40, dice textualmente: «Queda suprimida la enseñanza de la Cirugía Menor o Ministrante. El Reglamento determinará los conocimientos prácticos que se han de exigir a los que aspiren al título de Practicantes».

años más tarde, en 1861[5], mientras que un año antes, y con carácter provisional, aparecería la Real Orden de 26 de junio de 1860 en la que se desarrollaba el párrafo segundo del citado Artículo 40 de la Ley Moyano. En esta Real Orden[6] se recogían los conocimientos exigidos a los aspirantes al título de Practicante y Matrona, así como otros aspectos relativos a ambas titulaciones[7].

A continuación, esquematizaremos el contenido primordial de cada uno de ellos:

CAPÍTULO 1.- DE LAS OBLIGACIONES O FUNCIONES DEL PRACTICANTE COMO ENFERMERO

Da comienzo recordando las reglas higiénicas que el enfermero deberá observar; lavado de manos, cubrir sus vestimentas con alcanfor, y sus heridas con cera para evitar la inoculación de virus. Contempla la jerarquía en la atención sanitaria, la supeditación de todas las acciones del practicante a las directrices emitidas por el médico correspondiente.

Cuidados exquisitos sobre cada una de las zonas anatómicas y situaciones del paciente, por ejemplo: el cuidado de la postura, de la higiene de su cama y ropas, la vigilancia ininterrumpida de sus crisis febriles, aconsejando incluso caminar de puntillas con la intención de evitar el más mínimo ruido durante el descanso de estos.

En este capítulo se enseña a describir con exactitud las características de los fluidos corporales, para poder informar al médico con precisión.

Es vital que se guarde una muestra de aquellos fluidos que se sospeche que son patológicos.

Recoge también los principales medicamentos que un practicante debe usar. Se detalla su composición, funciones, efectos, y modos de aplicación. Se clasifican *grosso modo* en internos y externos. Los internos son aquellos con vía de administración enteral: tisanas, pociones, vomitivos, purgantes, polvos, y píldoras. Mientras que los externos se aplican de modo tópico y se subclasifican en: lavativas, enemas, calas, supositorios, fomentos, cataplasmas, sinapismos, unturas, fricciones, maniluvios, pediluvios, parches, colirios, gargarismos, colutorios e hisopación.

También se trata del modo correcto de bañar a un paciente según sus necesidades, incluyendo ciertas nociones sobre el uso de baños de asiento.

CAPÍTULO 2.- NOCIONES ELEMENTALES DE ANATOMÍA EXTERIOR

Tras un título tan explícito poco más se puede decir. Las explicaciones anatómicas dedicadas a los practicantes a través de este manual buscan la máxima eficiencia, sintetizando el vasto conocimiento de la anatomía humana que el Dr. Calvo poseía, en apenas seis párrafos; son sin duda una selección magistral para la práctica clínica. Podría decirse que la anatomía humana es revisada desde una perspectiva básica para la descripción de síntomas que serviría para facilitar la comunicación con los médicos y advertirles de la semiología del paciente. Ejemplos de ello son la explicación de las divisiones anatómicas del cráneo y la cara en zonas, así como del abdomen, las regiones pélvicas, y las extremidades.

Este conocimiento funcionalmente descriptivo se acompaña de puntualizaciones sobre la localización de las principales venas y arterias que recorren los planos más superficiales bajo la piel: yugulares, carótidas, raninas, vena frontal, vena dorsal externa, etc. Estos conceptos se encuentran dirigidos a las bases teóricas en las cuales los facultativos deberían apoyarse para la práctica de sangrías o flebotomías.

CAPÍTULO 3.- NOCIONES ELEMENTALES DE APÓSITOS

El uso de apósitos era una práctica frecuente entre los practicantes, para multitud de dolencias. Se definen como «conjunto de objetos que han de quedar aplicados sobre una parte operada o enferma», conjunto formado por: compresas, hilos o cordonetes, esparadrapo, tiras aglutinantes, vendoletes y vendas.

Generalmente las hilas eran confeccionadas por los practicantes, con las fibras deshilachadas de un lienzo usado. Eran clasificadas según su longitud y combinadas para formar «mechas», fiadores, planchuelas, tortas, «lenchinos», pinceles, torundas, pelotas o bolas. El proceso de confección de todas estas se encuentra detallado en el manual, incluyendo figuras ilustrativas de los diferentes resultados.

Los tres últimos párrafos están dedicados enteramente a la aplicación de apósitos, vendas, y nudos respectivamente.

CAPÍTULO 4.- DE LOS VENDAJES

La aplicación de vendajes, sobre la que el Dr. Clavo se extiende prolijamente, era una tarea asistencial que competía enteramente a los practicantes, motivo suficiente para que estos debieran ser versados conocedores de los diferentes tipos y su función concreta.

Para llegar a alcanzar el manejo necesario en el arte del vendaje, el Dr. Calvo encabeza este capítulo con una clasificación por orden, género y especie de los diferentes tipos de vendajes. Dejamos a continuación una digitalización de la tabla expuesta:

Orden 1.º—Vendajes simples.

GÉNEROS.	ESPECIES.
Circular	Unitivo. Divisor. Contentivo. Compresivo. Retentivo. Expulsivo.
Oblícuo	Contentivo. Compresivo.
Espiral	Unitivo. Contentivo. Compresivo. Retentivo. Expulsivo.

GÉNEROS.	ESPECIES.
Cruzado	Unitivo. Divisor. Contentivo. Compresivo. Reductivo.
Anudado	Compresivo.
Recurrente	Contentivo. Compresivo.
Invaginado	Unitivo.

Orden 2.º—Vendajes compuestos.

En T	Contentivo.
En cruz	Contentivo.
Fronda	Contentivo.
Bolsas	Contentivo.

[5] Real Orden de 21 de noviembre de 1861, publicada en la Gaceta de Madrid nº 332, de 28 de noviembre de 1861.

[6] Gaceta de Madrid nº 186, de 4 de julio de 1860.

[7] Para una más amplia información sobre la primera reglamentación de las profesiones de Practicante y Matrona, puede consultarse GARCÍA MARTÍNEZ, A. C. et al (1994): «Primer Reglamento en España para la enseñanza de Practicantes y Matronas (1861)». En Qalat Chábir. Revista de Humanidades. Qalat Chábir, A. C. Alcalá de Guadaíra (Sevilla), pp. 123-131.

Durante el resto del capítulo se profundiza en cada uno de los tipos de vendajes asociados a diferentes partes anatómicas; por ejemplo: «Cruzado contentivo de los ojos (Binocular)», «Bolsa de la nariz o Gabilán», «T de ano contentivo», Fronda de seis cabos contentiva de axila, etc. Asociando a cada cual su respectiva imagen didáctica en el anexo del manual.

CAPÍTULO 5.- NOCIONES ELEMENTALES DE ALGUNAS OPERACIONES DE CIRUGÍA MENOR

La formación de los practicantes incluía la práctica de ciertos tratamientos de cirugía menor. El concepto de cirugía menor en la época del Dr. Calvo dista lo suficiente del criterio contemporáneo para especificar a qué se refiere exactamente. En el manual se considera el uso de sanguijuelas, la sangría o flebotomía, arteriotomías, sajas, ventosas, exutorios, fontículos, sedales, moxas, punción del lóbulo de la oreja, cauterizaciones, y vacunaciones.

La aplicación de sanguijuelas es una práctica lejos de estar en extinción en el panorama europeo del siglo XIX. No siendo la eminente práctica del Dr. Calvo una excepción, en este capítulo trata el uso de sanguijuelas, desde sus métodos detallados de aplicación adjuntando consejos para «excitar» la voracidad de estos anélidos (como el uso de efluvios ácidos), hasta los métodos para estimular su caída y detener la hemorragia posterior en caso de que no cediera de modo natural. En este apartado podemos ver las sustancias y materiales que se usaban en la época a modo de hemostáticos, encontrándose entre ellos: trapos quemados, tela de araña, polvo de colofonia, o yesca.

A continuación, incluye una detallada guía práctica sobre el método para realizar sangrías, iniciándose con la enumeración de las venas recomendadas (frontal, sublingual, yugular externa, dorsal del pene, venas de la mano, venas del brazo y venas del pie) para continuar con la descripción del material, y detenerse en cada tipo de sangría, en función de su localización describiendo paso a paso las acciones a llevar a cabo en esta práctica.

Quedan registrados también los posibles accidentes (de muy diversa gravedad) que pueden presentarse durante las sangrías.

En cuanto a las arteriotomías, el Dr. Calvo puntualiza que, pese a verse obligado a incluirla en este apartado dada su clasificación como cirugía menor, desaconseja su ejecución por parte de los Practicantes.

La vacunación era ya conocida, desde los estudios de Edward Jenner a finales del siglo XVIII, y fue popularizada con la «Real Expedición Filantrópica de la Vacuna», encabezada por Francisco Javier Balmis y José Salvany y Lleopart, con la cual comenzó a arrojar luz sobre el verdadero potencial de la aplicación de esta nueva técnica. No obstante, estos dos hitos los protagonizaba una única enfermedad, la viruela, y no fue hasta trece años después de la redacción de este manual cuando se confeccionó un segundo tipo de vacuna, la de la «diarrea crónica intestinal grave» conocida como cólera. En este párrafo se describe por lo tanto el método primigenio de vacunación, inoculando con una lanceta las pústulas procesadas de las ubres del ganado bovino afectado de viruela. Se contempla la posibilidad de producir sangrado, en cuyo caso la inoculación es considerada infructuosa, presuponiendo que la salida de sangre ha expulsado una gran cantidad de virus del organismo. Finalizando el párrafo el Dr. Calvo hace un llamamiento al control de la revacunación pautada.

El capítulo finaliza con una serie de premisas a tener en cuenta para la realización de las curas postoperatorias.

CAPÍTULO 6.- NOCIONES DEL ARTE DE DENTISTA

Al llegar aquí el manual se dirige hacia aquellos practicantes que trabajen con pacientes de dentistas, alejándose en ciertos aspectos del papel al que se limitan cuando su labor se relacionaba con un ámbito más puramente médico. Comienza con una definición anatómo-fisiológica de las diferentes piezas dentarias presentes en un adulto sano, para pasar posteriormente a contemplar las características de los dientes de leche, así como las maneras de diferenciarlos de los dientes definitivos, y la secuencia correcta de recambio de la fórmula dentaria.

Una vez tratados los principales conceptos el capítulo se adentra en la clasificación y actuación derivada de ciertas odontopatías como las enfermedades del marfil clasificadas en: inflamaciones del periostio alveo-dentario, caries, odontalgia, vacilación, lujación, y fractura. El párrafo concreto en los tipos de caries dividiéndolas en siete categorías diferentes.

Acerca del tratamiento, se detalla el modo de extracción de determinados dientes, así como de los raigones, mediante la «llave» utilizando el método de avulsión. Las competencias de los practicantes en cuanto al tratamiento de las afecciones dentarias se extienden a la limadura de los mismos, así como su limpieza, emplome (para el que utilizaban una aleación de mercurio, y plata u oro), y cauterización de las caries.

CAPÍTULO 7.- DE LOS CALLOS DE LOS PIES

Si en la sección previa se nos definió el papel especial que juegan los practicantes que trabajan con dentistas, en este capítulo se plantea la labor que desempeñan cuando se encuentran supeditados a un callista. Una vez definido el concepto de «callo» el Dr. Calvo puntualiza las diferencias entre la excisión de un callo (donde se rebaja su prominencia sobre la piel hasta la altura de la misma) de una extirpación (donde el trabajo finaliza al extraer la raíz hundida en los tejidos), detallando los pasos que deben seguirse para su práctica.

Termina dando unas nociones sobre los «juanetes» y los recursos a disposición del practicante para paliar el dolor del cual se queja el paciente.

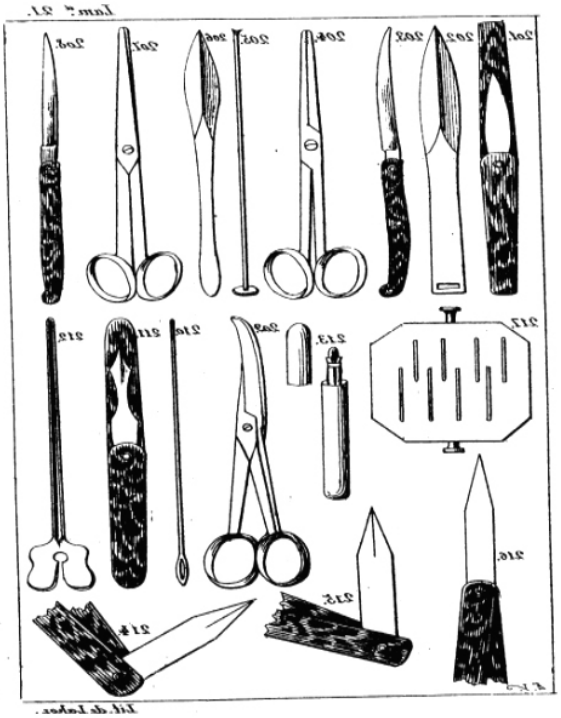


Lámina 21. Instrumental empleado en cirugía menor.

EPÍLOGO A MODO DE CONCLUSIÓN

El Manual para el uso de Practicantes, tal y como hemos visto, responde a un encargo de las autoridades académicas al profesor Dr. Calvo y Martín con el objetivo de servir de libro de texto a los aspirantes al título de Practicante. Éstos podían cursar la carrera, según aparece en el Reglamento de 1861, en la Facultad de Medicina de cualquiera de las siguientes capitales: Madrid, Barcelona, Granada, Santiago, Sevilla, Valencia y Valladolid.

Remarcamos la importancia de este manual para la formación, pues en él se recopilaban las bases científicas y profesionales de estas nuevas titulaciones. La profesión de Practicante englobaría funciones de sus antecesores: sangrador, cirujano menor, dentista, callista y ministrante, entre otros.

Este Manual, tras 150 años desde su publicación, nos permite utilizarlo como base de los conocimientos de la enfermería en España.

Condicionantes para la implementación del programa de actividades de promoción y prevención de la salud en atención primaria

Martínez Abastida, I.[1]; Clavería Fontán, A.[2]; Rodríguez Reneda, L.[3]; González Formoso, C.[4]; Goicoechea Castaño, A.[5]; Martín Miguel, M.V.[6]

1 DUE. EOXI VIGO.
2 EPIDEMIÓLOGA ATENCIÓN PRIMARIA. EOXI VIGO.
3 DUE. SERVICIO DE INSPECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS. EOXI VIGO.
4 DUE. UNIDAD DOCENTE MULTIPROFESIONAL DE ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA. EOXI. VIGO.
5 PEDIATRA. CENTRO DE SALUD DE MOS. EOXI VIGO.
6 MÉDICO DE FAMILIA. UNIDAD DOCENTE MULTIPROFESIONAL DE ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA. EOXI VIGO.

Cad Aten Primaria
Ano 2016
Volume 22 Extraordinario
Páx. 8 - 13

RESUMEN

Para mejorar las actividades preventivas en Atención Familiar y Comunitaria y en Pediatría de un área de salud, pretendemos identificar los problemas que dificultan su implantación y priorizar las actuaciones de mejora precisas, con la perspectiva de los profesionales implicados.

Realizamos un estudio observacional, en Atención Primaria de Vigo. Se constituyeron dos grupos, con 6 Médicos de Familia y 6 Enfermeras, y otro con 6 Pediatras y 6 Enfermeras de Pediatría. Cada grupo realizó el análisis causa-raíz, identificando problemas y sus causas. A continuación, para priorizar las oportunidades de mejora, se utilizó la técnica del grupo nominal con todos los participantes.

En la primera fase, las observaciones de los dos grupos se distribuyeron en los siguientes bloques: organización, profesionales, modelo asistencial y sistema de información. En la segunda, leídos los informes previos, se priorizaron las actuaciones de mejora, eligiendo en primer lugar, actuar sobre la historia clínica electrónica. Se propone añadir el módulo de pediatría, incluir protocolos, recomendaciones e indicadores, y finalmente facilitar la accesibilidad al mismo mejorando la interfaz.

En segundo lugar, reorientar el modelo asistencial curativo hacia uno holístico/comunitario. Por último, aumentar la motivación de los profesionales mediante incentivos intangibles (aumentando la disponibilidad de tiempo), mejorar la comunicación en el miniequipo y la formación fueron los elementos restantes priorizados.

Nota: Se utilizan los términos MesH de PubMed: ((((“Preventive Health Services”[Mesh]) AND “Health Promotion”[Mesh]) AND “Primary Health Care”[Mesh]) AND “Root Cause Analysis”[Mesh]) AND “Consensus”[Mesh].

Palabras clave: Actividades Preventivas, Promoción de la salud, Atención Primaria, Análisis causa-raíz, Consenso.

INTRODUCCIÓN

El Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) ha contribuido al desarrollo de la atención primaria (AP) en nuestro país y ha dado significado al concepto integrador inherente al modelo sanitario actual. La independencia institucional, la elevada calidad de las recomendaciones, la gran cantidad de centros adscritos y la actualización y evaluación periódica de las actividades recomendadas[1,2], hace del PAPPS un elemento singular de nuestro sistema.

La importancia de las actividades de prevención y promoción de la salud en las consultas de AP se fundamenta en el hecho conocido de que aproximadamente el 95% de la población adscrita contacta con el Centro en el intervalo de 5 años. Existen recomendaciones de actividades diferentes en función del género y la edad: infancia-adolescencia, adulto y anciano[3]. Actualmente la prevención cuaternaria emerge como protección frente a la medicalización de la vida y los excesos preventivos[4].

Con la extensión de la reforma de la AP y el desarrollo de las especialidades en Medicina de Familia, Enfermería Comunitaria, Pediatría y Enfermería Pediátrica, se han conseguido importantes logros en materia de promoción y prevención. Por ello es imprescindible abordar la formación desde los conocimientos y las actitudes en los alumnos de pregrado y postgrado. Los programas de formación de los especialistas en Atención Familiar y Comunitaria y de Pediatría, (médicos y enfermeros) así lo contemplan.

Las estrategias para la aplicación de una actividad preventiva o un grupo de ellas pueden ser poblacional, oportunista o de alto riesgo. En Galicia, la historia clínica electrónica (IANUS) incorpora el módulo Plan de Actividades Preventivas, compartido por médicos de familia y enfermeras en adultos. En Pediatría, se hace el seguimiento de 0 a 14 años con las recomendaciones del Programa del Niño Sano.

Sin embargo existen múltiples dificultades para su adecuada implantación en la práctica clínica. Es necesario identificar e eliminar estas limitaciones[5]. Esto exige la necesidad de analizar los factores locales que obstaculizan la obtención de aplicaciones óptimas de estas actividades.

Mejorar el impacto de las actividades preventivas en Atención Familiar y Comunitaria y en Pediatría es un objetivo compartido en nuestra área. Pretendemos impulsarlo al identificar los problemas para su implantación, analizar sus causas y priorizar las actuaciones de mejora necesarias.

DISEÑO

Estudio observacional. En un primer tiempo, se utiliza el diagrama de Ishikawa para identificar y analizar las causas de los posibles errores. En un segundo tiempo, se priorizan las actuaciones de mejora con la técnica del grupo nominal.

Ámbito: Atención Primaria de Vigo.

Participantes: Se constituyeron dos grupos, uno formado por 6 Médicos de Familia y 6 Enfermeras, y otro con 6 Pediatras y 6 Enfermeras de Pediatría.

Metodología:

- **Fase de preparación:** Se constituye un equipo investigador multidisciplinar y se selecciona por conveniencia a los participantes de los dos grupos buscando el equilibrio de ámbito (rural/urbano). Mediante invitación por correo electrónico se captaron hasta completar el número previsto. Se envió un recordatorio/llamada telefónica previamente a la reunión de los profesionales participantes.
- **Fase de análisis:** Realización de diagrama de Ishikawa e identificación de oportunidades de mejora por cada grupo.
- **Fase de priorización**: Se utiliza la técnica del grupo nominal con todos los participantes.

En cada fase se realiza una reunión de cada grupo de hora y media de duración, en horario laboral y en las dependencias de la Xerencia.

RESULTADOS

1. Fase de preparación.

Con la participación del equipo investigador formado por dos médicos, dos enfermeras, un pediatra y un alumno de enfermería. No acudió una enfermera. La epidemióloga coordinó la reunión y el estudiante de enfermería actuó como secretario. En esta fase se pretendía entrenar a los coordinadores de las reuniones siguientes en la metodología.

Se planteó el motivo del estudio: "No estamos haciendo todas las actividades preventivas que deberíamos, y queremos saber por qué". Se hizo una ronda inicial libre de respuestas.

Bajo este punto de partida se hace una tormenta de ideas en la que todos los participantes exponen sus opiniones.

Se escogió la pregunta "¿Por qué no hacemos actividades preventivas y de promoción de la salud?" para plantearla en las reuniones siguientes. Se agregaron las respuestas con los apartados organización, profesionales, modelo asistencial y sistema de información. A continuación, se profundizó en cada uno de ellos.

2. Fase de análisis causa-raíz.

2.a) **Diagrama de Ishikawa e identificación de oportunidades de mejora en el área de pediatría.**

La moderadora de la reunión fue una pediatra y actuó como secretario el estudiante de enfermería.

El número de participantes en esta reunión ha sido de un total de nueve asistentes, con 5 pediatras (75% mujeres), 3 enfermeras de pediatría (75% rural y 25% urbano) y 1 estudiante de enfermería (secretario).

Se plantea la pregunta acordada en la fase previa. Se recogen las opiniones (incluyendo los verbatim) (Tabla 1) de los participantes y se agregan las respuestas (Figura 1) en cinco apartados:

"Hay muchos pediatras poniendo fonendos y nada más, que se para poco a hablar con los pacientes"

"Falta de tiempo, mucha carga de pacientes"

"Que al no tenerlo en programa, no está interiorizado, no forma parte de la inercia"

"Sólo curamos, ya se hará la prevención"

"Falta de incentivos"

"Falta de formación"

"Falta de motivación personal"

Tabla 1. Ejemplos de las frases literales de los participantes en el estudio.

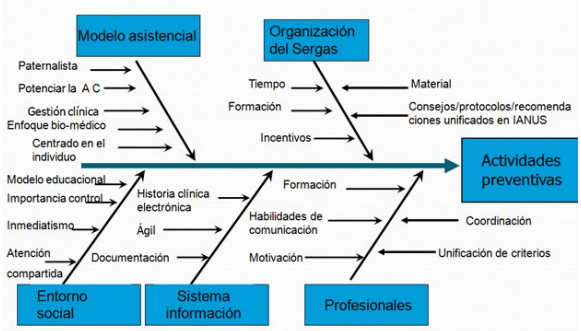


Figura 1. Diagrama de Ishikawa en el área de pediatría y enfermería pediátrica.

Organización del Sergas. El aspecto más destacado fue relativo a la gestión del tiempo, con dificultades para la sustitución, la gestión de agendas y la falta de personal. La necesidad de formación institucional y local en los propios Centros. En cuanto a Consejos/protocolos/recomendaciones, se expresa la necesidad de su disponibilidad en la HCE. Otros aspectos señalados fueron la dotación de material y su mantenimiento, y la existencia de incentivos al menos intangibles (disponibilidad de tiempo, reconocimiento, etc).

Profesionales (enfermeras y pediatras). Se valoró la formación continuada, la adquisición de habilidades de comunicación, aumentar la motivación y la coordinación y unificación de criterios.

Modelo asistencial. Se hizo referencia al modelo paternalista, centrado en un enfoque bio-médico, en lugar de un enfoque bio-psico-social.

Sistemas de información. La HCE centró el interés respecto a la necesidad de incorporar el módulo preventivo de pediatría, mejorar la accesibilidad y agilidad en la interfaz de las actividades preventivas en la HCE para facilitar el registro y el seguimiento de las mismas; finalmente, la posibilidad de disponer de documentación con las recomendaciones para los pacientes.

Entorno social. El modelo educacional predominante en el que se destierra el esfuerzo personal para el abordaje de los problemas de salud, en la creencia y exigencia de soluciones inmediatas, externas y basadas en la medicalización.

2.b) **Diagrama de Ishikawa e identificación de oportunidades de mejora en el área de Atención Familiar y Comunitaria.**

La moderadora de la reunión fue una enfermera. Actuó como secretario el estudiante de enfermería. El número de participantes en esta reunión ha sido de un total de once asistentes (40% rural y 60% de urbano representando a médicos, en enfermería 33,4% rural y 66,4% urbanas, y en su

totalidad mujeres, con y 1 estudiante de enfermería como secretario).

Se plantea la pregunta acordada en la fase previa. Se recogen las opiniones de los participantes y se agregan las respuestas en cuatro apartados (Figura 2). A continuación se resumen y/o citan (Tabla 2) aspectos destacados por los participantes.

A. Organización del Sergas

"Cada vez menos sustituciones con lo que se sobrecargan las consultas"

"Una enfermera para dos pediatras"

"Protocolos acerca de alimentación, accidentes… a los que se puede acceder desde las sociedades científicas por internet con el fin de unificar criterios y sería necesario que el SERGAS se ponga de acuerdo con la asociación de pediatría".

B. Profesionales (enfermeras y pediatras).

"Gente dice no por sistema"

"Cada vez hay menos evidencia científica de cosas que pensábamos que se tenían que hacer así, por ejemplo, gluten después de los 4 meses, ¿pero cuándo? No hay unidad"

C. Modelo asistencial.

"Tienes que adelgazar, así no, hay que interiorizarlo"

"Hay que salir de la consulta"

D. Sistema información.

"Yo el PAPPS no lo abro"

E. Entorno social

"Se necesita que la persona a la que va dirigido el esfuerzo del personal sanitario sea receptivo, que no se hable con una pared, creando un feed-back positivo y estimulando al personal a seguir trabajando en esa dirección"

"El problema está en los otros, yo no tengo la culpa"

"Si me pones la vacuna ya no vuelvo al control"

Tabla 2. Ejemplos de las frases literales de los participantes en el estudio.

Figura 2. Diagrama de Ishikawa en el área de Atención Familiar y Comunitaria.

Organización. El problema clave se centra en la falta de personal. No se realizan sustituciones por lo que aumenta el número de pacientes atendidos fuera de turno y adscritos a otros profesionales, todo lo cual condiciona que las actividades preventivas pasen a un segundo plano. Se hace constar la mala comunicación de los cambios organizativos desde la propia empresa a los profesionales.

Profesional. Los puntos clave se apuntan como una cierta desmotivación personal y profesional, no existen incentivos específicos para las actividades preventivas, déficit en habilidades de comunicación, necesidad de formación tanto de manejo de la HCE como sobre conocimiento de las actividades preventivas y entrenamiento en habilidades de comunicación.

Modelo asistencial. Por un lado los profesionales están inmersos en un modelo paternalista-curativo más que bio-psico-social, en parte debido a la alta presión asistencial y la imposición de ampliar la cartera de servicios en los centros. Se plantea la dualidad de si es mejor realizar Actividades individuales o en grupo, en el centro o en la comunidad, en horario laboral o altruistamente. La opinión mayoritaria se decanta por la comunidad, ya que posibilita la participación de los propios activos comunitarios. Además se deberían implicar otros miembros del equipo (trabajador social, fisioterapeuta, matrona, etc.) y debería llevarse a cabo de forma reglada, dentro del tiempo de trabajo y registrado en el apartado de las actividades preventivas de la HCE.

Sistemas de información. Las aplicaciones informáticas se centran en que no se ha mejorado el módulo informático del PAPPS. El sistema es farragoso y redundante (algunas actividades implican hasta 3 registros en distintas interfaces) con problemas de accesibilidad a algunos archivos, además todo lo cual conduce a un infrarregistro. Además, en ocasiones el registro no va seguido de seguimiento ni intervención sobre lo detectado. Por otro lado, el traspaso de la historia clínica en papel a la HCE ha supuesto una pérdida de información relevante.

3. Fase de priorización.

Se convocó a todos los participantes en el estudio (equipo de investigación y grupos de la fase 2).

Asistieron 11 profesionales (10 mujeres): 4 médicas de familia, 3 pediatras, 2 enfermeras de pediatría, 1 epidemióloga como facilitadora y 1 estudiante de enfermería como secretario.

Como material de apoyo se utilizó un rotafolio, la mesa estaba dispuesta en rectángulo. La sesión duró menos de dos horas.

La primera ronda de ideas generó una lista con 12 aseveraciones (TABLA 3).

A. Organización

"Algunos cupos tienen múltiples enfermeras de referencia"

"No te cuenta hacer actividades preventivas"

"Profesionales no conocen los recursos ni cómo registrar en la HCE"

"No están interiorizadas las actividades preventivas (AP). Se ha perdido la mecánica que existía en la Historia Clínica de papel que te encontrabas con la hoja verde y la rellenabas de paso (citología, mamografías)"

B. Profesional.

"Las actividades preventivas no se ven como algo importante a realizar"

"Te enteras de lo que hace el SERGAS porque el paciente te cuenta lo que leyó en el Faro"

C. Modelo asistencial

"En los pacientes vemos qué tienen, no lo que no quiero que tengan"

"La mentalidad que tenemos ahora es la de descubrir a qué vienen, y tratar el problema que ha aparecido"

"Medidas preventivas que hay que solicitar como alguna vacuna que no hay en el centro y la espera es notoria. La burocracia retrasa todo"

"Yo no puedo recomendar algo que mi empresa no me ofrece"

"Implicación más activa por parte del trabajador social en informar a los profesionales de los recurso comunitarios existentes"

D. Sistema información.

"Parámetros sin cubrir, tabaco y alcohol sí, pero otros aparecen vacíos o nos redirecciona a un enlace externo como sucede en el caso del ejercicio físico (hay que cambiar de pantalla, cubrir un test, hacer cálculos, volver a cambiar de pantalla). Parámetro no trabajado, poco accesible. Es preciso facilitar herramientas"

"Tienes que ir a próposito a registrar las AAPP"

"No se priorizan las AAPP, te pasas el tiempo buceando en los informes del Hospital"

"Escribir en episodios, inmunizaciones en vacunas y luego pasarlo al PAPPS, entrar en 3 sitios no es cómodo. Es necesario más visible, facilitar el acceso"

"No lo registras en el PAPPS"

"Yo el PAPPS no lo abro"

"Es una parte olvidada, no lo priorizas"

"Se hace más de lo que se registra"

"Gente que registra y no hace"

Tabla 3. Ejemplos de las frases literales de los participantes en el estudio.

La compilación y la clasificación de estos elementos resultaron en una lista final de 5 dominios que fueron priorizados por importancia, factibilidad e impacto. Los cinco elementos más valorados y su puntuación fueron:

Cambios en la historia clínica electrónica: 18 puntos.

Potenciar el modelo asistencial holístico en lugar del biomédico: 15 puntos.

Motivación: incentivos, 11 puntos.

Coordinación y comunicación en el mini-equipo: 9 puntos.

Mejorar la formación: 7 puntos.

Modelo asistencial paternalista, sin involucrar al paciente.

Formación actualizada en AAPP, recomendaciones, HCE.

Motivación.

Consejos en IANUS con criterios y protocolos unificados, y conocidos por todos.

Módulo pediatría en IANUS.

Habilidades de comunicación, entre profesionales y con los pacientes.

Coordinación médico-enfermera, y, especialmente, del mini-equipo.

Modelo asistencial centrado en el problema y en la curación, que condiciona las agendas..

Se debería facilitar el registro en la HCE.

El sistema informático en general.

Enfoque biopsicosocial predominante cuando se debiera potenciar atención comunitaria.

Tiempo. Podría ser un incentivo intangible.

Tabla 4. Lista de aseveraciones

DISCUSIÓN

"No estamos haciendo todas las actividades preventivas que deberíamos, y queremos saber por qué" fue planteado por el equipo investigador.

No encontramos trabajos publicados de Atención Primaria sobre este tema con la metodología de causa-efecto, aunque es muy frecuente en el ámbito hospitalario sobre actividades de mejora de la calidad y seguridad de pacientes. Existen trabajos publicados en relación a la mejora de las Actividades Preventivas y de cómo conseguir un aumento del cumplimiento[6,7], aunque la metodología utilizada no se corresponde con la utilizada en nuestro estudio. Varios autores[8,9] incorporan la perspectiva de los pacientes[10] y la necesidad de fomentar en el ciudadano una mayor responsabilidad sobre el autocuidado de su salud[11]. Otros estudios relativos al Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (PAPPS) se refieren a la evaluación del efecto de determinadas intervenciones preventivas recomendadas[12,13].

Entre las limitaciones, destacar que, en la metodología de consenso, la selección de los participantes es crucial; el objetivo es lograr una representación de todos los puntos de vista acerca del tema. En nuestro estudio no se alcanzó el equilibrio de género, aunque la participación de varias disciplinas involucradas en la práctica clínica y su estratificación por ámbito (rural/urbano), creemos que provee bases suficientes para tener representatividad de todos los puntos de vista. Aún así, para interpretar los resultados obtenidos, se debe tener en cuenta que los profesionales participantes están entre los más motivados y críticos.

Los participantes del grupo nominal, sin experiencia previa en la técnica, valoraron la dinámica del grupo muy positivamente al final de la reunión.

La percepción de los participantes percibe la necesidad de encontrar unanimidad en las recomendación del PAPPS, para lo que debería potenciarse la colaboración entre sociedades científicas para intentar trabajar y generar recomendaciones consensuadas.

Al Servizo Galego de Saúde (SERGAS) le corresponde incorporar la taxonomía enfermera (NANDA, NOC, NIC) en la HCE y el módulo de pediatría, además de mejorar la agilidad y funcionalidad de la HCE en el área de actividades preventivas. Y los necesarios indicadores clínicos; sin ellos no es posible la autoevaluación y la gestión clínica es una entelequia. Los autores quieren dejar constancia de que el módulo de Pediatría se incluyó una vez concluido el estudio y que la taxonomía enfermera está en diseño.

Finalmente, y como ha sido priorizado por el grupo, es importante la visión holística sin centrarnos solo en curar sino involucrando al paciente en la responsabilidad de su propia salud, utilizando habilidades de comunicación y potenciando la atención comunitaria. La formación en pregrado y posgrado constituye un pilar fundamental en el cambio de paradigma. En este sentido, la creación de la Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria, con unos objetivos claramente orientados a conseguir competencias en atención a la comunidad, supone una oportunidad, un acicate y un aval para conseguirlo.

Consideramos que este enfoque y prioridades son un interesante punto de partida. Para que las actividades preventivas lleguen a quienes las necesitan y no se queden en manuales de sociedades científicas ni competencias profesionales.

AGRADECIMIENTOS

Elena Álvarez, Victoria Ampudia, Carolina Barreiro, Concepción González, Rosana Izquierdo, Concepción López, Elena Lorenzo, José Medina, Carmen Mosquera, Mª José Muguerza, Carmen Soto, Mª José Valiña, Carolina Veiga.

Bibliografía

1. Subías, P.J., Bauzá, K., Casanovas, E., García, J.R., Iglesias, M., Jiménez, J., et al. Evaluación del PAPPS. Aten Primaria. 2001;28 Supl: 5-12.
2. Actualización de las recomendaciones del PAPPS 2005. Aten Primaria. 2005;36:Supl 2:5-10.
3. Martín Zurro, A., Serrano Martínez, M. Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. En: M. Serrano Martínez, V.C. y P.B.(eds). Medicina de Familia: Guía para estudiantes. Ariel, Madrid; 2005. p.416-431.
4. Soledad Márquez-Calderón. Los efectos negativos de las intervenciones preventivas basadas en el individuo. Informe SESPAS 2008. Capítulo 4. Un sistema de salud integrado y centrado en los usuarios, primum non nocere, intervenciones sanitarias respetuosas con las preferencias de los individuos.
5. Martín Zurro A. En el 25 aniversario del PAPPS. Editorial. Aten Primaria. 2014;46(Supl 4):1.
6. Arnal Selfa, Rosa. Los equipos de atención primaria.Propuestas de mejora. pdf [Internet]. [cited 2015 May 16]. Available from: http://www.ingesa.msc.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/eap.pdf
7. Rubio-Valera, María; Pons-Vigués, Mariona; Martínez-Andrés, María; Moreno-Peral, Patricia; Berenguera, Anna et al. (2014). Barriers and facilitators for the implementation of primary prevention and health promotion activities in primary care: a synthesis through meta-ethnography. PloS one vol. 9 (2) p. e89554.

8. Pérula, L.A., Lahoz, B., Llergo, A., Pérula, C.J., Adame, M.V. ¿Siguen los profesionales de atención primaria de los centros andaluces adscritos las recomendaciones propuestas por el PAPPS? Medicina de Familia, Andalucía. 2001;2:39-44.

9. Pérula, L.A., Iglesias, M., Bauza, K., Estévez, J.C., Alonso, S., Martín Carrillo, P., et al. Tiempo estimado para realizar las actividades preventivas recomendadas por el Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (PAPPS) en la población adulta. Aten Primaria. 2005;36 Supl 2:5-10.

10. Moreno-Peral, P., Conejo-Cerón, S., Fernández, A., et al. Primary Care Patients' Perspectives of Barriers and Enablers of Primary Prevention and Health Promotion-A Meta-Ethnographic Synthesis. Harper DM, ed. PLoS ONE. 2015;10(5):e0125004. doi:10.1371/journal.pone.0125004.

11. Jovell, A., Navarro, M.D., Fernández, L., Blancafort, S. Participación del Paciente: Nuevo rol del paciente en el sistema sanitario. Aten Primaria. 2006;38:234-7.

12. Subías, P., Bauzá, J., Casanovas, E., García, J.R., Iglesias, M., Jiménez, J., et al. Estudio de efectividad PAPPS (1998) y resultados preliminares de la evaluación del PAPPS (1999). Aten Primaria. 1999;Supl 1:11-7.

13. Subías, P.J., García-Mata, J.R., Pérula, L.A. Efectividad de las actividades preventivas analizadas en el ámbito de centros de salud adscritos al Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) de la semFYC. Aten Primaria. 2000; 25:383-9.

ANEXO

1. COMPETENCIAS CLÍNICAS AVANZADAS EN EL ÁMBITO FAMILIAR Y COMUNITARIO.

1.1. Clínica y metodología avanzada:

RESULTADOS	CAPACIDADES
Conoce y utiliza como parte del tratamiento enfermero las medidas terapéuticas no farmacológicas como dieta, técnicas de relajación o ejercicio físico en las alteraciones de salud más frecuentes en el ámbito de la especialidad.	Integrar e indicar otras medidas terapéuticas no farmacológicas como dieta, técnicas de relajación o ejercicio físico en las alteraciones de salud más frecuentes en el ámbito de la especialidad, con especial atención a los procesos de cronicidad y a las situaciones de dependencia.
Promueve la participación plena de los pacientes en el proceso de toma de decisiones sobre su salud.	Manejar los conflictos éticos y legales que se plantean como consecuencia de la práctica de la Enfermería Familiar y Comunitaria, para solucionarlos o, en su caso, remitirlos a otras instancias.
Evaluar la precisión del diagnóstico enfermero en los cuidados familiares y comunitarios y los resultados del tratamiento enfermero.	Utilizar el proceso enfermero de valoración del estado de salud, identificación de problemas de salud/diagnósticos enfermeros y objetivos del usuario (familia o grupo), planificación de intervenciones de tratamiento enfermero y evaluación de los resultados.

1.2. La atención en la infancia:

RESULTADOS	CAPACIDADES
Promover la salud y prevenir la enfermedad tanto en el contexto familiar como en la escuela y en la comunidad.	Promover la salud de los niños y las niñas en la familia y en la comunidad, con especial atención a la escuela.
Diseña, dirige, ejecuta y evalúa los programas de salud relacionados: Salud Infantil, Salud Escolar, otros.	Prevenir la enfermedad de los niños y las niñas en el contexto familiar y comunitario.

1.3. La atención en la adolescencia:

RESULTADOS	CAPACIDADES
Fomenta el autocuidado, la autoestima, las habilidades sociales y la vida saludables en general (actividad física, alimentación, salud afectivo-sexual, relaciones interpersonales...), promoviendo conductas responsables frente a actividades de riesgo.	Promover la salud de los adolescentes en sus aspectos biológico, psicológico y social, tanto individualmente como grupalmente.
Dirigir, colabora y participar en programas de educación para la salud dirigidos a adolescentes.	Prevenir la enfermedad de los adolescentes en sus aspectos biológicos, psicológicos y social.

1.4. La atención a la salud general en la etapa adulta:

RESULTADOS	CAPACIDADES
Evalúa la calidad de vida e identifica la existencia de factores de riesgo para la salud, especialmente estilos de vida saludables y problemas específicos de salud prevalentes en la comunidad.	Planificar, desarrollar, ejecutar y evaluar programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad del adulto en sus aspectos biológicos, psicológicos y sociales prevalentes en la edad adulta, tanto individual como grupalmente.
Fomenta los autocuidados y estilos de vida saludables tanto individual como grupalmente o en entorno comunitarios.	Planificar, desarrollar, ejecutar y evaluar programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad del adulto en sus aspectos biológicos, psicológicos y sociales prevalentes en la edad adulta, tanto individual como grupalmente.
Identificar, valorar y controlar la evolución de los problemas crónicos de salud específicos y prevalentes en la comunidad, así como fomentar los autocuidados y estilos de vida saludables tanto a nivel individual, en grupo y en la comunidad.	Planificar, desarrollar, ejecutar y evaluar programas de gestión en términos de igualdad, desarrollándolos, tanto en los dispositivos sanitarios como en el entorno familiar o domiciliario y comunitario.

1.5. La atención a la salud sexual, reproductiva y de género:

RESULTADOS	CAPACIDADES
Participa en el desarrollo de programas de educación y consejo para la salud sexual y reproductiva.	Promover la salud sexual y reproductiva en hombre y mujeres.
Colaborar en la adecuada recuperación y en un adecuado entorno familiar, domiciliario y comunitario.	Promover la salud durante el embarazo, parto y puerperio en el entorno familiar y comunitario, y participar con otros miembros del equipo y/o especialistas en la planificación, dirección, coordinación y evaluación de actividades específicas.

1.6. La atención a las personas ancianas:

RESULTADOS	CAPACIDADES
Estimular la autonomía de los mayores en el desempeño de las actividades de la vida cotidiana en su entorno familiar y comunitario y fomentar la salud física, psicológica, social, cultural, ambiental, sexual y espiritual de las personas mayores con la mayor autonomía posible.	Planificar, desarrollar, ejecutar y evaluar programas de promoción de la salud de las personas ancianas en su entorno familiar y comunitario.
Prevenir accidentes y caídas cuidando la seguridad del entorno, especialmente en los domicilios.	Planificar, desarrollar, ejecutar y evaluar, junto con otros profesionales y especialistas, programas de prevención de las complicaciones y problemas de la salud más frecuentes en los mayores en su entorno familiar y comunitario.
Ayuda a la adaptación a los cambios del rol debido a la edad, y ayudar a las personas mayores ante la pérdida de los seres queridos.	Detectar e intervenir de modo precoz sobre los problemas de salud prevalentes en los mayores en su entorno familiar y comunitario.

1.7. La atención a las familias:

RESULTADOS	CAPACIDADES
Utilizar una metodología de análisis adecuada al trabajo con familias, usando estrategias sistemáticas para formular hipótesis, intervenir y evaluar.	Planificar, dirigir, desarrollar y evaluar programas de cuidados integrales dirigidos a promover la salud y prevenir problemas en las familias, en contextos de salud y con especial atención en los riesgos de enfermedad.
Identificar las situaciones de riesgo y crisis familiar, y hacer planes de intervención.	Gestionar programas comunitarios y familiares de prevención y detección de crisis y de violencia intrafamiliar.

1.8. La atención ante urgencias, emergencias y catástrofes:

RESULTADOS	CAPACIDADES
Identificar los recursos disponibles ante situaciones de emergencia, su organización y responsabilidades.	Colaborar en la prevención e intervención en situaciones de emergencias y catástrofes.
Manejar de forma eficaz los recursos de soporte vital y las técnicas de atención en la urgencia en el ámbito comunitario.	Actuar individualmente o en equipo ante situaciones de urgencia.

1.9. La atención a la salud ante situaciones de fragilidad o riesgo sociosanitario:

RESULTADOS	CAPACIDADES
Identificar necesidades específicas de los grupos minoritarios, excluidos o de riesgo en el ámbito comunitario.	Fomentar la salud y la integración de grupos excluidos o en riesgo de exclusión social.
Colaborar en la planificación, coordinación, ejecución y evaluación de los programas de atención a grupos minoritarios, excluidos o de riesgo, en el ámbito comunitario individual y grupal.	Gestionar intervenciones ligadas a problemas de inmigración, minorías étnicas, discapacidad, marginación y otros.

2. COMPETENCIAS VINCULADAS CON LA SALUD PÚBLICA Y COMUNITARIA.

RESULTADOS	CAPACIDADES
Investiga, analiza e interpreta las respuestas de la comunidad ante los problemas de salud-enfermedad, teniendo en cuenta, entre otros, la perspectiva de género.	Analizar la situación de salud de la comunidad y planificar y desarrollar programas de promoción de la salud comunitaria.
Liderar y realizar programas intersectoriales de intervención sociosanitaria en prevención y promoción.	Planificar y desarrollar programas de educación para la salud en la comunidad.
Participar en el diseño y desarrollo de los programas de salud en los entornos laborales de la comunidad a través de la colaboración con los comités de seguridad y salud en el trabajo y/o con otros profesionales de salud de la comunidad.	Conocer los sistemas de información, seguimiento y control de los accidentes laborales y las enfermedades profesionales.

3. COMPETENCIAS VINCULADAS CON LA DOCENCIA.

RESULTADOS	CAPACIDADES
Valorar el nivel de conocimiento, las necesidades, y la motivación de las personas, la comunidad, estudiantes y profesionales a los que va dirigida la formación.	Identificar y valorar las necesidades de formación y los factores que influyen en el aprendizaje de los cuidados en el ámbito familiar y comunitario, que permitan dar una respuesta eficaz y eficiente.

4. COMPETENCIAS EN GESTIÓN DE CUIDADOS Y SERVICIOS EN EL ÁMBITO FAMILIAR Y COMUNITARIO.

RESULTADOS	CAPACIDADES
Optimizar y racionalizar el consumo y utilización de los servicios y recursos, y evitar duplicidades o carencias.	Gestionar, liderar y coordinar la continuidad de los cuidados individuales, familiares y comunitarios, y los servicios sanitarios.

5. COMPETENCIAS EN INVESTIGACIÓN.

RESULTADOS	CAPACIDADES
Innovar en el campo de la definición de diagnósticos, intervenciones y resultados en la enfermería familiar y comunitaria, especialmente en la atención a enfermos crónicos y dependientes, y a individuos y comunidades en situaciones de fragilidad o riesgo para su salud.	Generar conocimiento científico.

Cad Aten Primaria
Ano 2016
Volume 22 Extraordinario
Páx. 14 - 18

Consulta telefónica no urgente en atención primaria

Modroño Freire, M.J.[1]; Vílchez Dosantos, S.[2]; Rodríguez Gomez, S.[2]

1. MÉDICO DE FAMILIA. C.S. MARIÑAMANSA-A CUÑA (OURENSE)
2. RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR E COMUNITARIA. UNIDAD DOCENTE DE OURENSE. C.S. MARIÑAMANSA-A CUÑA

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA: María José Modroño Freire - e-mail: maria.jose.modrono.freire@sergas.es

Objetivo: Analizar las consultas Telefónicas no urgentes en Atención Primaria y su idoneidad.

Diseño: Estudio observacional prospectivo de las consultas telefónicas realizadas en un cupo de atención primaria urbano de octubre a diciembre de 2015.

Participantes: Se han analizado todas las consultas telefónicas realizadas durante el periodo de estudio.

Mediciones principales: Edad, sexo, cupo médico, quién responde (paciente/cuidador/otro), quién indica la consulta, se resuelve si/no, recomendación de consulta presencial, motivo (renovar prescripción/trámite burocrático/resultado de pruebas/información/consulta seguimiento/consulta patología) e idoneidad.

Resultados: De un total de 1641 citas, 265 fueron telefónicas (16.1%). La media de edad fue 59,8 años, siendo el 64.2% mujeres. El 11.3% no estaban adscritos al cupo del médico.

Respondieron 94.5% (241), el propio paciente en el 65.6%. La mayoría solicitadas por el paciente 81.7%, y el 12.9% concertadas por el facultativo. No fue posible resolver el 17%. El mayor porcentaje fue para renovar prescripción (46.9%) y para consultas de seguimiento (15.8%).

No fueron idóneas para abordaje telefónico el 45.6%(110), la mayoría por: No identificar al usuario (30), patología no subsidiaria de abordaje telefónico (28) y prescripción inducida (19).

Conclusiones: La consulta telefónica no urgente en atención primaria es de gran utilidad, pero se precisan estudios que nos permitan conocer y consensuar que procesos se pueden abordar con esta modalidad de consulta, cual es el tiempo medio necesario, cómo podemos asegurar la confidencialidad, la satisfacción de los pacientes y si es preciso mejorar la competencia de los profesionales en este tipo de consulta.

Palabras clave: "Primary care" "Telephone" "Remote consultation"

Fuente de financiación: NO existen fuentes de financiación externas.

Otra información: presentados los resultados preliminares en el 36º congreso semFYC.

INTRODUCCIÓN

La invención en 1876 del teléfono ha supuesto un gran cambio en la comunicación humana y médico-paciente[1]. Sin embargo los grandes beneficios que la comunicación telefónica ofrece en los encuentros médicos, no implican que esta sea siempre la mejor opción. Es importante considerar entre otras las siguientes cuestiones: ¿Cuál es el papel de las consultas telefónicas en el seguimiento de patologías crónicas y agudas? ¿En qué situaciones es aceptable un seguimiento telefónico y cuando es preciso una consulta presencial? ¿Cómo puede garantizarse la confidencialidad? Y ¿qué información es adecuado dar telefónicamente y cuál no?

La respuesta a estas preguntas es controvertida[2-5]. No cabe duda que esta modalidad de consulta ofrece grandes ventajas para los usuarios facilitando la accesibilidad, Pero esta es una relación entre dos: "el que consulta y el que responde la consulta" y la toma de decisiones al teléfono difiere significativamente de las decisiones en un encuentro "cara a cara"[3-6]. No siempre es fácil valorar la comunicación cuando sólo dispones de signos verbales (entonación, velocidad, volumen y tensión de la palabra) y faltan los signos no verbales (expresión facial, postura).

En la consulta telefónica las decisiones se basan únicamente en la escucha y expresión oral, sin poder disponer de ningún tipo de información visual, y sin la posibilidad de realizar la exploración del paciente, si esta se considera necesaria. Este hecho hace que los profesionales discrepen en ocasiones con los pacientes en qué consultas pueden y cuáles no hacerse telefónicamente.

A la dificultad de valorar un problema de salud contando exclusivamente con la información oral, se añade que la identificación del interlocutor no está siempre asegurada en las consultas telefónicas. Este hecho condiciona la preocupación de los profesionales en relación con los riesgos médicos y médico-legales en los contactos telefónicos no urgentes[2-5,7].

Así una vez asegurada la identificación del interlocutor, la gran mayoría de los profesionales se encuentran cómodos y seguros cuando realizan consultas de seguimiento a sus pacientes tanto de patología crónica como aguda, cuando dan información de pruebas pactada previamente, cuando realizan aclaraciones de dudas sobre un tratamiento, seguimiento de consultas de abandono del tabaco, recomendación de actividades preventivas, entre otras muchas consultas. Esta modalidad de atención no es nada nuevo para los médicos de

familia[1,8]. En nuestra comunidad la mayoría de los profesionales ya utilizaban esta forma de comunicación en su práctica habitual, antes de la implantación institucional, aunque con un formato diferente. La mayoría de las consultas eran inducidas por el profesional para el seguimiento de un proceso, si bien es verdad cada día con mayor frecuencia los pacientes utilizaban el teléfono para contactar y realizar consultas no presenciales sin cita previa, sino a mayores de la agenda de trabajo del día. Una de las ventajas de este formato de consulta es que permite realizarla sin interferir en la consulta presencial.

En la comunidad autónoma gallega, la implantación el 2 de diciembre de 2013 de esta modalidad de consulta consiste en la posibilidad de ser atendido en formato no presencial, para un proceso nuevo de consulta médica en atención primaria. El paciente al solicitar una cita, en el momento de escoger el tipo de atención, de manera voluntaria y cuando considera que acudir al centro de salud no aporta valor añadido, solicita la modalidad telefónica en lugar de la presencial. El médico de atención primaria, en el momento de la cita telefónica, se pone en contacto con el paciente en el número indicado por este.

Revisando la literatura vemos sorprendentemente que, aunque las consultas telefónicas son una parte de la práctica cotidiana en atención primaria, hay poca investigación sobre el tema. La evidencia es limitada en relación con el impacto en la carga de trabajo de atención primaria, los costos y la seguridad del paciente. La mayoría de los estudios son para patología urgente, se centra en el rol de enfermería o en el seguimiento de patologías concretas[9-14].

Tras su implantación, y probablemente debido a que se dejó a elección del usuario, sin informarlo previamente, de los límites de este tipo de atención, nos encontrábamos que un porcentaje de consultas no eran idóneas para su abordaje telefónico, por lo que nos animamos realizar este trabajo con el fin de conocer mejor la realidad y poder establecer medidas de mejora.

OBJETIVO

Analizar las consultas Telefónicas no urgentes en Atención Primaria y su idoneidad.

Analizar los motivos de las consulta telefónicas.

MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio se ha realizado en el Centro de salud de Mariñamansa- A Cuña (Ourense) situado en un barrio periférico de la ciudad. El centro dispone de historia clínica informática -IANUS- desde 2006 y es responsable de la atención de 23903 usuarios.

Hemos realizado un estudio observacional prospectivo analizando las todas las consultas telefónicas realizadas durante tres meses en un cupo de atención primaria urbano con 1478 pacientes asignados. El periodo evaluado fue del 1 de octubre al 31 de diciembre de 2015.

Las consultas telefónicas se concertaban bien por iniciativa del médico tras una primera atención presencial, para seguimiento telefónico de un proceso concreto, o bien por iniciativa del paciente al solicitar cita y elegir la modalidad de atención telefónica.

Durante la entrevista se disponía de la historia clínica del paciente y se registraba en el episodio de atención el motivo de consulta, la persona que atendía la llamada, el motivo de la misma y la pauta de actuación seguida. Se realizaban tres intentos de contacto telefónico antes de considerar no respuesta.

Se diseñó una hoja de recogida de datos donde de hacía constar: edad, sexo, paciente adscrito o no al cupo del médico, si se responde a la llamada, quien responde (paciente/cuidador/otro), consulta indicada por el paciente o por el médico, si se resuelve o no, si se recomienda consulta presencial, el motivo (prescripción del médico de primaria/ prescripción inducida/ trámite burocrático/ resultado de pruebas/ información/consulta de seguimiento/consulta de patología u otros motivos) e idoneidad de la consulta y en caso negativo, el motivo.

Se consideró consulta no idónea para su abordaje por teléfono si no se podía identificar al interlocutor, el motivo de consulta no era subsidiario de abordaje telefónico, consultas realizadas para realizar recetas inducidas u otros motivos.

Finalmente se realizó un análisis descriptivo de las variables.

RESULTADOS

Durante los 50 días analizados se realizaron un total de 1641 citas, 265 fueron telefónicas (16.1%). La media de edad de los pacientes que solicitación atención telefónica fue de 59,8 años (15 a 100 años), el 64.2 % mujeres. El 11.3 % no estaban adscritos al cupo del médico.

El grado de cumplimiento (llamada contestada) fue del 94.5% (241), siendo preciso realizar más de un contacto telefónico en 6,2%.

Fue posible contactar con el paciente o con el cuidador principal en la mayoría de los casos, el 65,5% y el 20,3% respectivamente, y en el resto de los 34 casos (14,1%) otra persona contestó a la llamada (Figura 1).

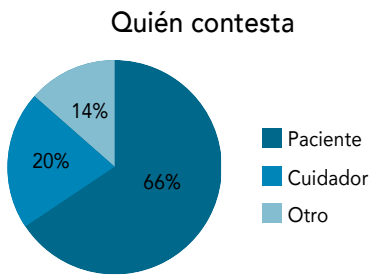


Figura 1. Distribución de las llamadas según quien responde.

La mayoría fueron solicitadas por el paciente (81.7%), y el 12.9% concertadas por el facultativo.

Los motivos de consulta se muestran en la Figura 2.

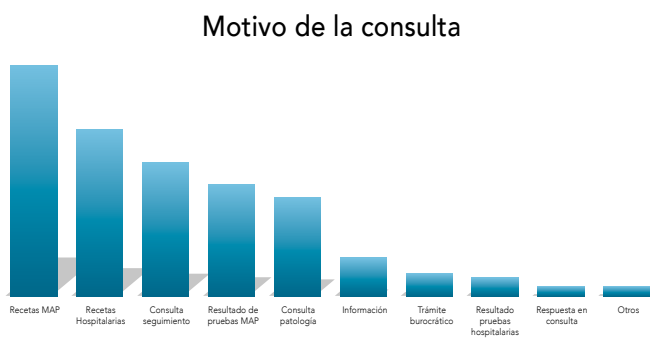


Figura 2. Distribución de las llamadas según el motivo de consulta.

Se consideraron no idóneas para abordaje telefónico 45.6%.(110) la mayoría por: No identificar al usuario (30), patología no subsidiaria de

abordaje telefónico (28) y prescripción inducida (19). De ellas no fue posible resolver 41 casos (17%) (Figura 3).

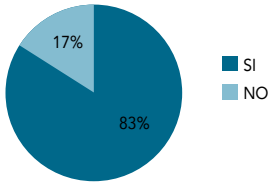


Figura 3. Distribución de las consultas según su resolución telefónica y derivación o no a consulta presencial.

De los 200 casos resueltos (83%) se recomendó acudir a consulta presencial diferida en 52 casos (Figura 4).

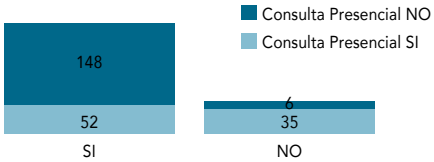


Figura 4. Distribución de las consultas según su resolución telefónica y derivación o no a consulta presencial.

DISCUSIÓN

Como se evidencia en este estudio un elevado porcentaje de pacientes, y de todos los rangos de edad (15 a 100 años), optan por la consulta telefónica. En nuestro estudio el 16.1% de las citas solicitadas fueron telefónicas en concordancia con otros estudios[5,7,15].

El grado de cumplimiento de la cita fue del 94.5%, y aunque no analizamos el motivo de la no respuesta a la llamada, sería conveniente analizar este hecho y establecer medidas correctoras si es posible.

Casi la mitad de los contactos (46.9%) eran para renovar prescripción. Cuando la solicitud estaba en relación con medicación crónica de procesos seguidos en atención primaria (27.4%) se realizó una valoración de la necesidad de consulta de seguimiento y en caso de que se precisase, se concertó con el paciente. Cuando la solicitud estaba en relación con medicación inducida (19,5%) se realizó una valoración de la misma, primero confirmando en la historia clínica electrónica la prescripción y después valorando si no existían problemas de conciliación, tras lo cual se realizaba la receta y se actualizaba la hoja de medicación activa. Este proceso precisó más tiempo que en el asignado en agenda, aunque no lo hemos medido.

Tras la renovación de prescripción, el segundo lugar lo ocuparon las consultas para seguimiento (15,8%), inducidas por el profesional y con las que no hubo discrepancias.

Se han resuelto el 83% de las consultas solicitadas, un porcentaje elevado en relación con otras publicaciones[7,8].

La principal limitación de este estudio es que ha sido realizado en un solo cupo médico y en un centro de salud urbano y, por tanto, las características de los pacientes adscritos a este cupo usuarios de la consulta telefónica no tienen por qué ser iguales que los usuarios de otros centros de salud urbanos. Teniendo en cuenta que la lejanía al centro de salud es un condicionante de la mayor utilización de la consulta telefónica no es posible tampoco extrapolar los resultados a otros entornos con diferentes isócronas.

Otra limitación está en relación con la valoración de la idoneidad o no de la consulta que fue con criterios subjetivos y, así es posible que el criterio de no-idoneidad no se pueda generalizar. En este estudio se consideraron como no idóneas para ser abordadas en una consulta telefónica no urgente: la no identificación del interlocutor, la patología y la prescripción inducida. Supusieron cerca de la mitad de las consultas, el 45.6%.

La primera condición se consideró basándose en criterios de seguridad y confidencialidad y en consonancia con otros estudios[2,5].

La realidad es que no es infrecuente que pacientes asignados a otro cupo demanden atención telefónica que para su médico no plantea ningún problema y que para otro profesional si, más todavía cuando es el cuidador el que solicita la demanda de atención. Este tipo de consultas plantean problemas ético-legales, ya que debemos conciliar el interés del paciente/cuidador y ser facilitadores, pero por otra parte debemos estar muy seguros de cuándo y a quién dar información. En este estudio en el 11.3 % de las llamadas no se identificaba al interlocutor. Debemos tener en cuenta que para solicitar cita es suficiente disponer de los datos de tarjeta sanitaria y, por tanto, es relativamente fácil poder solicitar cita sin conocimiento del paciente.

El segundo criterio fue en relación con la patología que a criterio subjetivo del médico precisaba una consulta "cara a cara", por precisar valoración visual o exploraciones complementarias, y es posible que si hubiésemos realizado una valoración por pares viésemos discrepancias.

En cuanto a la prescripción inducida se consideró como no idónea cuando esta se limitaba a renovar una prescripción de un colega, sin que fuese necesario conciliar con el resto de la medicación del paciente. Por ejemplo, renovar un tratamiento para el glaucoma de un paciente que el día anterior había estado en la consulta de revisión anual y sin otro cambio. Se consideró idónea cuando el renovar la nueva prescripción implicaba reevaluar el tratamiento previo.

Estos resultados deben considerarse como una primera aproximación, ya que este estudio fue realizado en un solo cupo urbano poco después de la implantación de esta modalidad de consulta en nuestra comunidad, y por tanto es posible que el análisis a día de hoy y con una muestra representativa de la población gallega pueda presentar matices diferentes.

Los resultados de este estudio ponen de manifiesto discrepancias en el tipo de consultas idóneas para su abordaje telefónica entre médicos y pacientes. La consulta telefónica no urgente en atención primaria es muy útil para múltiples procesos como por ejemplo: seguimiento de pacientes crónicos, soporte para los cuidadores, resolución de dudas, pero no para consultas de patología que precisen "ver o explorar". Los pacientes deberían ser informados de las consultas que es posible resolver telefónicamente y cuáles no.

Teniendo en cuenta que la consulta telefónica "ha venido para quedarse" sería deseable que se realizase formación a los profesionales en habilidades de comunicación en estas nuevas tecnologías a fin de sacar el máximo partido a esta modalidad de consulta[16]. La formación creemos que se debería incluir también en el grado y en los residentes en formación.

La consulta telefónica no urgente es a veces una oportunidad para revisar la historia del paciente sin la presión asistencial y planificar el

seguimiento de procesos. Esta fue la razón por la que de los 200 casos resueltos se recomendó acudir a consulta presencial diferida en 52 casos. Para que esto sea posible el tiempo asignando debe ser suficiente, lo cual es prácticamente imposible con consultas de tres-cinco minutos.

Una reflexión aparte merecen las consultas telefónicas cuando no se identifica al interlocutor. Cuando el que demanda la atención es un paciente asignado al cupo del propio médico la situación es más fácil de manejar; pero cuando el paciente es de otro cupo, situación cada vez más habitual debido al abordaje de las ausencias de los médicos de atención primaria, la situación es difícil y los autores creen que este tipo de consulta telefónica no urgente debería limitarse a los pacientes del cupo del médico, aquellos al que este puede identificar

La consulta no presencial (telefónica, e-mail[17], vídeo, llamadas automatizadas a través de un sistema de respuesta de voz interactiva[18]), son ya un hecho y es de esperar que nuevas herramientas se incorporen en un futuro no muy lejano. Ante esta realidad no podemos olvidar que es preciso asegurarnos de su uso correcto y de que tanto los profesionales como los pacientes hagan un uso racional de estas nuevas tecnologías que nunca podrán sustituir, sino que complementan, la consulta presencial.

Para ello es preciso tanto formación de los profesionales en estas nuevas tecnologías, como información a los usuarios de sus límites.

Finalizando, la consulta telefónica no urgente en atención primaria es de gran utilidad, pero se precisan de estudios que nos permitan conocer y consensuar que procesos se pueden abordar con esta modalidad de consulta, cual es el tiempo medio necesario, como podemos asegurar la confidencialidad, la satisfacción de los pacientes y si es preciso mejorar la competencia de los profesionales en este tipo de consulta.

Mientras no dispongamos de estos datos no debemos olvidar que no existe ninguna duda de la utilidad de la consulta telefónica en atención primaria y, de hecho, esta consulta ya se estaba realizando "desde siempre" tanto para atención urgente como no urgente en consultas de seguimiento y, por tanto, "no es nada nuevo". Lo nuevo es el formato, donde la capacidad del profesional sobre la gestión de su agenda está cada día más limitada, permitiendo que se citen en agenda consultas telefónicas donde "no se sabe con quién se está hablando" y con un tiempo claramente insuficiente.

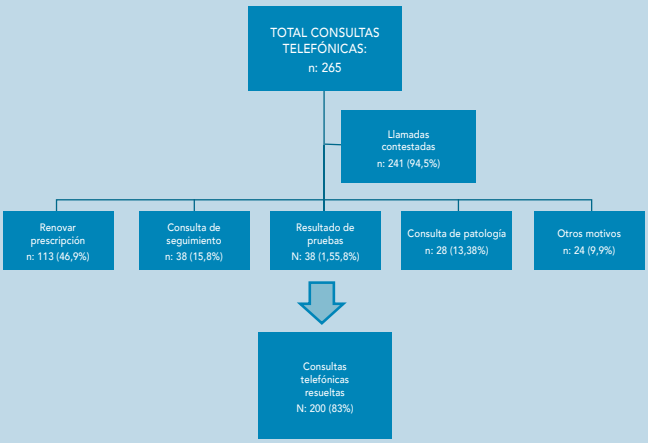
Por tanto, mientras no se encuentra una solución a este escenario, que para muchos profesionales supone un problema, la consulta telefónica debería limitarse a como dice el logo en los carteles de presentación, previos a su implantación: "o teu médico pode atenderte por teléfono".

PUNTOS CLAVE:

La consulta telefónica no urgente en atención primaria es de gran utilidad.

APORTACIONES DE ESTE ESTUDIO:

El porcentaje de consultas telefónicas resueltas se podría mejorar si se informase a los pacientes de los límites de esta modalidad de consulta y si se estableciesen medidas para asegurar la confidencialidad.



BIBLIOGRAFÍA

1. Studdiford, J.S., 3rd, Panitch, K.N., Snyderman, D.A., Pharr, M.E. The telephone in primary care. Prim Care. 1996;23(1):83-102.
2. McKinstry, B., Watson, P., Pinnock, H., Heaney, D., Sheikh, A. Confidentiality and the telephone in family practice: a qualitative study of the views of patients, clinicians and administrative staff. Fam Pract. 2009;26(5):344-50.
3. Car, J., Sheikh, A. Telephone consultations. Bmj. 2003;326 (7396): 966-9.
4. McKinstry, B., Watson, P., Pinnock, H., Heaney, D., Sheikh, A. Telephone consulting in primary care: a triangulated qualitative study of patients and providers. Br J Gen Pract. 2009;59(563):e209-18.
5. Khan, M.N. Telephone consultations in primary care, how to improve their safety, effectiveness and quality. BMJ Qual Improv Rep. 2013;2(1).
6. Innes, M., Skelton, J., Greenfield, S. A profile of communication in primary care physician telephone consultations: application of the Roter Interaction Analysis System. Br J Gen Pract. 2006;56(526): 363-8.
7. Curtis, P., Evens, S. Doctor-patient communication on the telephone. Can Fam Physician. 1989;35:123-8.
8. Solbes Caro, A., Castro Martin, E., Sicilia Sosvilla, I. [Organized consultation by telephone: preliminary results]. Aten Primaria. 1992;9(9):487-91.
9. Moll van Charante, E.P., ter Riet. G., Drost. S., van der Linden, L., Klazinga, N.S., Bindels, P.J. Nurse telephone triage in out-of-

hours GP practice: determinants of independent advice and return consultation. BMC Fam Pract. 2006;7:74.

10. De Coster, C., Quan, H., Elford, R., Li, B., Mazzei, L., Zimmer, S. Follow-through after calling a nurse telephone advice line: a population-based study. Fam Pract. 2010;27(3):271-8.

11. Hansen, E.H., Hunskaar, S. Understanding of and adherence to advice after telephone counselling by nurse: a survey among callers to a primary emergency out-of-hours service in Norway. Scand J Trauma Resusc Emerg Med. 2011;19:48.

12. Huibers, L., Keizer, E., Giesen, P., Grol, R., Wensing, M. Nurse telephone triage: good quality associated with appropriate decisions. Fam Pract. 2012;29(5):547-52.

13. Chamany, S., Walker, E.A., Schechter, C.B., Gonzalez, J.S., Davis, N.J., Ortega, F.M., et al. Telephone Intervention to Improve Diabetes Control: A Randomized Trial in the New York City A1c Registry. Am J Prev Med. 2015;49(6):832-41.

14. Campbell, J.L., Fletcher, E., Britten, N., Green, C., Holt, T., Lattimer, V., et al. The clinical effectiveness and cost-effectiveness of telephone triage for managing same-day consultation requests in general practice: a cluster randomised controlled trial comparing general practitioner-led and nurse-led management systems with usual care (the ESTEEM trial). Health Technol Assess. 2015;19(13):1-212, VII-VIII.

15. Toon, P. D. Using telephones in primary care. Bmj. 2002;324 (7348):1230-1.

16. Foster. J., Jessopp, L., Dale, J. Concerns and confidence of general practitioners in providing telephone consultations. Br J Gen Pract. 1999;49(439):111-3.

17. Bergmo, T.S., Kummervold, P.E., Gammon, D., Dahl, L.B. Electronic patient-provider communication: will it offset office visits and telephone consultations in primary care? Int J Med Inform. 2005;74(9):705-10.

18. Houser, S.H., Ray, M.N., Maisiak, R., Panjamapirom, A., Willing, J., Schiff, G.D., et al. Telephone follow-up in primary care: can interactive voice response calls work? Stud Health Technol Inform. 2013;192:112-6.

Cad Aten Primaria
Ano 2016
Volume 22 Extraordinario
Páx. 19 - 23

Evaluación del grado de control del tratamiento anticoagulante oral en atención primaria. Estudio TAOVI

Regueiro Martínez, A.[1]; Seoane Suárez, C.[2]; Allegue Cortez, C.[2]; Canedo Cotelo, D.[3]; Méijome Blanco, S.[3]; Pérez Vázquez, A[4].

1 MÉDICO DE FAMILIA CENTRO DE SAÚDE VILANOVA DE AROUSA.
2 MIR CENTRO DE SAÚDE VILANOVA DE AROUSA.
3 EIR CENTRO DE SAÚDE VILANOVA DE AROUSA.
4 MÉDICO DE FAMILIA CENTRO DE SAÚDE SALCEDA DE CASELAS.

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA: Antonio Ángel Regueiro Martínez - **e-mail:** a.a.regueiro@telefonica.net

Objetivo: Evaluar el grado de control del tratamiento anticoagulante oral (TAO) mediante el INR validado en el Centro de Salud (MAP) frente al validado en Hematología (H), describir el perfil clínico del paciente y analizar la frecuencia de control y consumo de tiras reactivas para la determinación del INR.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Participantes: Pacientes con TAO con fármacos antivitamina K controlados en el Centro de Salud de Vilanova de Arousa entre agosto de 2013 y agosto de 2014. Para el recuento de tiras se utilizó el mes de julio de 2014.

Mediciones y Resultados: Pacientes 176, 49% mujeres, edad media 76 años, indicación tratamiento anticoagulante oral por Fibrilación Auricular 87,5 % (82,6 - 92,4). Escala CHADS2 de 2,4 (2,2 - 2,6), CHA2DS-VASc 4,4 (4,1 - 4,6), y HAS-BLED 1,9 (1,7 - 2,0). N° fármacos por paciente 7,03(6,6 - 7,5). No observamos diferencias validando MAP ó H, en INR medio (0.02 (-0.04 - 0.08), ns) ni en porcentaje de controles en rango (6.5% (IC 95% -3.5 - 16.5), ns). Encontramos diferencias en n° de controles en rango terapéutico (0,7 (0,41 - 0,98) p < 0,005). Para recuento tiras: 197 pacientes, total tiras 322 en 258 controles. Media de tiras/control 1.22 (IC 95% 1,14-1,30) y de tiras/paciente 1.6 (IC 95% 1,52-1,75).

Conclusiones: No encontramos diferencias en grado de control validando MAP o H. MAP hace más controles en rango pero realiza más determinaciones. Más del 60% de controles en rango. Consumo de tiras reactivas adecuado a las estimaciones.

Palabras clave: Fibrilación auricular; Anticoagulación; Atención Primaria.

Fuente de financiación: Este estudio no ha recibido financiación.

Agradecimientos: Agradecemos la colaboración prestada a todo el personal sanitario del Centro de Salud de Vilanova de Arousa y del Consultorio de Baión.

Otra información relevante: Resultados parciales presentados en IV Xornadas Científicas da Asociación Galega de Enfermaría Familiar e Comunitaria, y en XIX Xornadas Galegas de Medicina Familiar e Comunitaria, donde ha recibido el Premio a la Comunicación de Resultados de Investigación de dichas jornadas. Informe favorable del Comité Autonómico de Ética de la Investigación de Galicia. Clasificado por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios como estudio EPA-OD.

INTRODUCCIÓN

La anticoagulación oral es un tratamiento que en los últimos años ha extendido sus indicaciones y, por tanto, su uso en la práctica clínica[1]. Aún así, la mayor parte de los pacientes que reciben el tratamiento anticoagulante oral (TAO) lo hacen para la Fibrilación Auricular (FA), que es la arritmia cardíaca más frecuente que conlleva un estado favorecedor de la coagulación y el tromboembolismo[2].

La prevalencia de FA estimada en la población general española es del 4.4%, similar en varones y mujeres, incrementándose a lo largo de la vida, por lo que en la población española con edad igual o superior a 80 años se cifra en un 17,7%[3]. Se asocia con una alta mortalidad y morbilidad, derivada del desarrollo de ictus y otros episodios tromboembólicos. De hecho, la FA incrementa 4-5 veces el riesgo ictus[4] y es la primera causa de embolismo, con una incidencia media de 6 a 8 casos por 100 enfermos por año, según existan o no factores de riesgo sobreañadidos[5].

La prevención de las complicaciones tromboembólicas se basa en el TAO. La decisión de iniciar la terapia antitrombótica y el fármaco más apropiado deben basarse en una valoración individualizada del riesgo tromboembólico y hemorrágico, estratificando con el sistema de clasificación CHA2DS2-VASc el riesgo trombótico, y con la clasificación HAS-BLED para el riesgo hemorrágico[6].

Los fármacos antagonistas de la vitamina K (AVK) han sido durante décadas la única opción disponible para el TAO. Su uso requiere monitorizar el tiempo de protrombina, habitualmente expresado como cociente internacional normalizado (INR).

En los últimos años se han desarrollado nuevos anticoagulantes orales que han demostrado un beneficio-riesgo favorable en diversas condiciones clínicas en las que está indicada la anticoagulación, con beneficios e inconvenientes respecto del uso de AVK[7].

La anticoagulación con AVK en dosis ajustada (INR 2-3) reduce de manera significativa el riesgo de ictus en los pacientes que tienen FA. El problema más grave de seguridad de los AVK es el riesgo de hemorragia que haga necesaria la hospitalización o que se localice en áreas anatómicas sensibles como el cerebro, con una morbimortalidad elevada[8].

Por otro lado es importante tener en cuenta que un porcentaje importante de pacientes no consiguen un valor de INR adecuado a pesar de ajustes en la dosis[9].

El ajuste de dosis tradicionalmente se realizaba en los Servicios de Hematología de los hospitales. Sin embargo, la tendencia de los últimos años ha consistido en descentralizar esta actividad en los Centros de Salud, realizando este ajuste los médicos de familia utilizando coagulómetros portátiles para la determinación del INR.

La cobertura, el seguimiento y el grado de adecuado control de los pacientes con TAO tras su implantación en Atención Primaria (AP) son elevados, con una baja incidencia de complicaciones hemorrágicas. Este hecho y las características de los pacientes incluidos parecen avalar que un mayor número de pacientes podrían ser seguidos en AP[10, 11].

Hay estudios ya de 2005 con ajuste de TAO en Atención Primaria en diferentes comunidades autónomas[10, 11]. En el área norte de Pontevedra únicamente 1 Centro de Salud con 2 médicos de familia realizaba este ajuste desde 2009, sin que se llegara a implantar en otros centros del área por diferentes motivos (administrativos, económicos, reticencias por parte del hospital, reticencias por parte de los médicos de Atención Primaria, etc).

Con respecto al consumo de tiras reactivas, va a depender del número de tiras empleadas por cada paciente y del número de determinaciones por mes que se realicen a cada paciente. Habitualmente se utiliza una única tira para cada determinación, aunque con frecuencia el coagulómetro muestra un mensaje de error que obliga a repetir la determinación.

El pasado mes de febrero de 2014 se ha llevado a cabo esta descentralización en el Área Salnés-Pontevedra. Tras una formación y tutorización específica por parte del Servicio de Hematología del Complejo Hospitalario de Pontevedra, los médicos de familia de los distintos Centros de Salud han comenzado a realizar el ajuste de dosis del TAO.

La hipótesis del estudio se basa en que no habrá diferencias en el ajuste independientemente si éste es llevado a cabo desde el Servicio de Hematología del Hospital o bien si es desde el Centro de Salud.

El objetivo principal consiste en evaluar el grado de control del TAO mediante el INR validado en el Centro de Salud en los 6 meses siguientes a la descentralización de este servicio frente a la validación de los 6 meses previos realizada por el Servicio de Hematología. Así mismo se describirá el perfil de los pacientes con TAO y se analizará la frecuencia de control y el consumo en tiras reactivas para el INR.

MATERIAL Y MÉTODOS

El presente estudio es de tipo transversal descriptivo. Para ello se parte de la población de estudio que cumple los criterios de inclusión y no presenta ningún criterio de exclusión. Los datos son recogidos de la entrevista realizada en el momento de entregar el documento de consentimiento y la hoja de información, además de a través de la historia clínica electrónica del paciente.

Este contacto se produce cuando el paciente acude al Centro de Salud con su hoja de ajuste de dosis del último control de INR, entre julio y agosto de 2014, ambos inclusive. Para el control se utilizaron coagulómetros portátiles microINR® (iLine Microsystems, Spain) y sus correspondientes tiras reactivas.

La población de estudio incluye a todos los pacientes adscritos al Centro de Salud de Vilanova de Arousa y al Consultorio de Baión (Vilanova de Arousa), pertenecientes al Área de la Xerencia de Xestión Integrada Pontevedra-Salnés.

Son criterios de inclusión seguir TAO con fármacos antivitamina K haciendo controles de INR en el Centro de Salud de Vilanova de Arousa o en el Consultorio de Baión, y que haya iniciado este tratamiento antes de agosto de 2013. Se excluirá a los pacientes que tuviesen que suspender el TAO en algún momento entre agosto 2013 y agosto 2014, a los que no sigan controles de INR en el Centro de Salud de Vilanova de Arousa o en el Consultorio de Baión, a los que siguiesen terapia puente con Heparina de Bajo Peso Molecular (HBPM) por realizar alguna técnica diagnóstica o tratamiento en algún momento entre agosto 2013 y agosto 2014, así como a los pacientes que no acepten participar en el estudio.

Se recoge la edad y sexo de los participantes, datos clínicos (inicio anticoagulación, indicación del TAO, consumo de alcohol en unidades/semana, otros tratamientos) y escalas (CHA2DS2-VASc y HAS-BLED). Así mismo, se recoge el nº de tiras reactivas por control y nº de controles por mes de los pacientes que acudan al Centro de Salud en el mes de julio de 2014 a realizar su control de INR correspondiente y que cumplan como único criterio de inclusión que sigan TAO y como único criterio de exclusión que no acepten participar en el estudio.

Se realiza un análisis descriptivo del INR de los últimos 6 meses validados en el Servicio de Hematología (entre agosto 2013 y enero 2014) y los siguientes 6 meses validados en el Centro de Salud (de marzo a agosto 2014), desechándose los controles del primer mes de validación (febrero 2014) por entender que se trata de un periodo de prueba y aprendizaje.

Así mismo, se realiza un análisis descriptivo de las variables y se calculan las diferencias en función de las distintas variables. Para la recogida de datos se utilizan fichas individualizadas mediante una base de datos creada en el programa Microsoft EXCEL para posteriormente ser procesados mediante el programa estadístico SPSS versión 9.0.

RESULTADOS

Los participantes incluidos en el estudio fueron 176 (49% mujeres, 51% hombres), siendo excluidos 66 pacientes siguiendo los criterios de inclusión y exclusión, la mayoría de ellos por seguir terapia puente con HBPM tras suspensión del TAO para alguna técnica diagnóstica o tratamiento. Para la población de Vilanova de Arousa supone una prevalencia de TAO de 2,3%. La edad media fue de 76 años (IC 95% 74,6 - 77,4).

Recibían TAO por FA más del 86 % de los participantes, y cerca del 10% por ictus previo (Tabla I).

Tabla I. INDICACIONES DE TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL DE LOS PARTICIPANTES

	Nº	%	INTERVALO DE CONFIANZA
FIBRILACIÓN AURICULAR	154	87,5	(IC 95% 82,6 - 92,4)
TROMBOEMBOLISMO PULMONAR	5	2,8	(IC 95% 0,4 - 5,3)
TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA	7	4,0	(IC 95% 1,1 - 6,9)
PRÓTESIS VALVULAR CARDIACA	6	3,4	(IC 95% 0,7 - 6,1)
ACCIDENTE CEREBROVASCULAR	17	9,7	(IC 95% 5,3 - 14,0)

El perfil clínico es el de un paciente hipertenso con comorbilidad como se representa en la Tabla II.

Tabla II. PERFIL CLÍNICO DE LOS PARTICIPANTES

	Nº	%	INTERVALO DE CONFIANZA
INSUFICIENCIA CARDIACA	62	35,2	(IC 95% 28,2 - 42,3)
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	136	77,3	(IC 95% 71,1 - 83,5)
DIABETES MELLITUS	46	26,1	(IC 95% 19,6 - 32,6)
ACCIDENTE CEREBROVASCULAR	82	46,6	(IC 95% 39,2 - 54,0)
ENFERMEDAD VASCULAR	92	52,3	(IC 95% 44,9 - 59,7)

Con respecto a las escalas, los valores medios de las mismas fueron para el riesgo trombótico CHADS2 de 2,4 (IC 95% 2,2 - 2,6) y CHA2DS-VASc 4,4(IC 95% 4,1 - 4,6), y para el riesgo de sangrado HAS-BLED 1,9 (IC 95% 1,7 - 2,0) (Tabla III).

Tabla II. ESCALAS

CHADS2	Nº	%	IC 95%	CHA2DS-VASc	Nº	%	IC 95%
0	7	4,0	1,1 - 6,9	0	2	1,1	-0,4 - 2,7
1	42	23,9	17,6 - 30,2	1	5	2,8	0,4 - 5,3
2	47	26,7	20,2 - 33,2	2	17	9,7	5,3 - 14,0
3	44	25,0	18,6 - 31,4	3	31	17,6	12,0 - 23,2
4	24	13,6	8,6 - 18,7	4	38	21,6	15,5 - 17,7
5	9	5,1	1,9 - 8,4	5	39	22,2	16,0 - 28,3
6	3	1,7	-0,2 - 3,6	6	24	13,6	8,6 - 18,7
				7	15	8,5	4,4 - 12,4
				8	3	1,7	-0,2 - 3,6
				9	2	1,1	-0,4 - 2,7

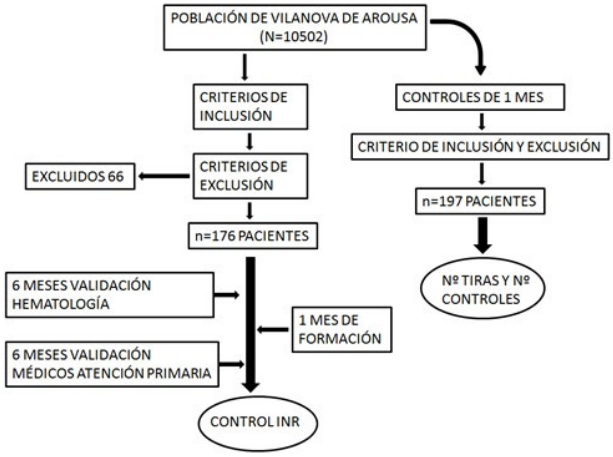
El nº de fármacos que consumen es de más de 7 fármacos por paciente y día (media 7,03; IC 95% 6,6 - 7,5), siendo de 6 ó más fármacos en el 61% de los participantes (IC95% 54,8 - 69,1).

La comparación de la validación realizada por Hematología frente a la realizada en Atención Primaria se muestra en la Tabla IV.

Tabla IV.- DIFERENCIAS ENTRE VALIDACIÓN EN HEMATOLOGÍA Y EN ATENCIÓN PRIMARIA

	VALIDACIÓN HEMATOLOGÍA	VALIDACIÓN MÉDICO ATENCIÓN PRIMARIA	DIFERENCIAS
INR MEDIO	2,48 (IC 95% 2,44-2,52)	2,46 (IC 95% 2,41-2,50)	0.02 (IC95% -0.04 - 0.08), p 0,46
Nº CONTROLES EN 6 MESES	7,3 (IC 95% 7,12-7,48)	8 (IC 95% 7,78-8,22)	0,7 (IC95% 0,41 - 0,98), p<0,005
% MEDIO DE CONTROLES EN RANGO	60,3(IC 95% 51,6-66,2)	66,8(IC 95% 57,9-72,1)	6,5% (IC 95% -3,5-16,5), ns

Para el recuento de tiras se utilizó el mes de julio de 2014 y fueron 197 los pacientes controlados ese mes, de los que 93 fueron mujeres. El total de tiras reactivas empleadas fue de 322 en 258 controles realizados, siendo necesarias 2 o más tiras en 89 pacientes y consumiendo 2 ó más tiras en una única visita 28 pacientes. La media de tiras por control fue de 1.22 (IC 95% 1,14-1,30) y de tiras por paciente fue de 1.6 (IC 95% 1,52-1,75) durante el mes de estudio (Figura 1).



DISCUSIÓN

Creemos pertinente realizar el presente estudio en este momento en el que se generaliza a toda el área norte de Pontevedra el control y ajuste del TAO. Recientemente se publicó un estudio realizado en España que no encontraba diferencias en el grado de control según qué médico realizara el ajuste de dosis[12, 13], aunque no era el objetivo principal del estudio y únicamente se utilizaban los últimos 3 controles de INR[14] en lugar de al menos los 6 últimos meses, como así recomienda la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios[7].

La aplicabilidad de estos resultados a situaciones similares en nuestro ámbito parece razonable, confirmándose así la ausencia de diferencias en cuanto a la validación de los resultados del INR.

Como limitación destacamos el número de participantes, si bien fue toda la población que cumplía los criterios de inclusión. Es también una limitación el hecho de excluir a los pacientes que suspendieron el TAO según los criterios de exclusión, lo que significa que se excluyen los pacientes de más difícil control con probablemente menor adherencia al tratamiento[15].

Del presente estudio debemos señalar que se trataba de pacientes de edad avanzada (76 años de media), polimedicados, con un valor medio en la escala CHA2DS2-VASc superior a 4 y un riesgo de sangrado bajo (HAS-BLED menor de 2). En esta población no encontramos diferencias en el grado de control validando Hematología o haciéndolo el MAP.

Así mismo, es de destacar que el valor medio de INR no varía en función de quien valide, con una tendencia no significativa a que el MAP obtenga más controles en rango. Por otro lado encontramos diferencias estadísticamente significativas en el número de controles realizados en los 6 meses, siendo mayor este número en el caso del MAP. La explicación que le damos a esta diferencia se basa en la cercanía al paciente a la hora de realizar los controles, lo que nos lleva a demorar menos que en el hospital los siguientes controles. También se explica por un seguimiento más estricto de los controles en el centro de salud, dado que se trata de una tarea nueva para la que los MAP siguen con mayor exactitud las fechas de seguimiento aportadas por el Servicio de Hematología durante la formación previa, con lo que probablemente se consiga una mejor adherencia y persistencia del tratamiento antocoagulante[16].

Debemos señalar que el número de controles en rango fue superior al 60%, cifra que se repite en otros estudios y que no se consigue mejorar[9, 16].

En relación al número de tiras reactivas consumidas, nuestras cifras se mantienen en el rango de estudios de coste-efectividad[17], teniendo en cuenta las múltiples causas de error que pueden mostrar los coagulómetros portátiles relacionadas no solo con la técnica (volumen de muestra bajo, aplicación de la misma inadecuado, etc.) sino también con errores de la propia tira reactiva o relacionados con variables biológicas (temperaturas extremas, valores de INR muy elevados, etc.)[18].

Como conclusiones podemos decir que no encontramos diferencias en el grado de control validando Hematología o MAP, con un valor de INR medio igual en ambos casos, con una tendencia a que el MAP consiga más controles en rango pero realizando mayor nº de controles y con un consumo de tiras reactivas contenido.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos la colaboración prestada a todo el personal sanitario del Centro de Salud de Vilanova de Arousa y del Consultorio de Baión.

PUNTOS CLAVE

HECHOS CONOCIDOS

El tradicional ajuste de dosis del TAO que se realizaba en los Servicios de Hematología de los hospitales se está descentralizando.

No conocemos estudios que comparen el grado de control en Hematología frente a Atención Primaria siguiendo las recomendaciones de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.

El Nº de tiras reactivas que se precisan para determinar el INR mediante coagulómetros portátiles se estima en 23 tiras por paciente y año (17).

APORTACIONES DE ESTE ESTUDIO

No encontramos diferencias en el grado de control validando Hematología o MAP.

Valor medio de INR es igual, con tendencia a que MAP tenga más controles en rango pero con mayor nº de controles.

Confirmamos un consumo de tiras por control de 1,22 y de tiras por paciente/mes de 1,6.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guyatt, G.H., Eikelboom, J.W., Gould, M.K., et al. Approach to outcome measurement in the prevention of thrombosis in surgical and medical patients: antithrombotic therapy and prevention of thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines. Chest. 2012;1412suppl:e185S-e194S.
2. Fuster, V., Rydén, L.E., Cannom, D.S., Crijns, H.J., Curtis, A.B., Ellenbogen, K.A. et al. ACC/AHA/ESC: Guía de práctica clínica 2006 para el manejo de pacientes con fibrilación auricular. RevEspCardiol 2006;59(12):1329.e1-64.
3. Gómez-Doblas, J.J., Muñiz, J., Alonso Martin, J.J., Rodríguez-Roca, G., Lobos, J.M., Awamleh, P., Permanyer-Miralda, G., Chorro, F.J., Anguita, M., Roig, E. Prevalencia de fibrilación auricular en España. Resultados del estudio OFRECE. RevEspCardiol. 2014;67(4):259-69.
4. Wolf, P.A., Abbott, R.D., Kannel, W.B. Atrial fibrillation as an independent risk factor for stroke: the Framingham Study. Stroke 1991;22(8):983-8.
5. Durán Parrondo, C., Rodríguez Moreno, C., Tato Herrero, F., Alonso Vence, N., Lado Lado, F.L. Anticoagulación oral. AnMed Interna 2003; 20: 377-384.
6. Camm, A.J., Kirchhof, P., Lip, G.Y., et al. Guidelines for the management of atrial fibrillation: the Task Force for the Management of Atrial Fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J. 2010; 31: 2369-429.
7. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Informe de Posicionamiento terapéutico UT/V3/06062013. Criterios y recomendaciones generales para el uso de nuevos anticoagulantes orales (NACO) en la prevención del ictus y la embolia sistémica en pacientes con fibrilación auricular no valvular. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad 2013.
8. Chai-Adisaksopha, C., Crowther, M., Isayama, T., Lim, W. The impact of bleeding complications in patients receiving target-specific oral anticoagulants: a systematic review and meta-analysis. Blood. 2014;124(15):2450-8.
9. Cinza-Sanjurjo, S., et al. Evaluación del grado de anticoagulación de pacientes con fibrilación auricular en el ámbitode atención primaria de Galicia. Estudio ANFAGAL. RevEspCardiol. 2014. http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2014.04.020.
10. Vallejo, P., Mora, G., Pérez, F.J., Alonso, M.T., Ochandorena, M.S. Implantación de un nuevo servicio en Atención Primaria: la descentralización del tratamiento anticoagulante oral. Semergen. 2011;37(10):525---533.
11. Nuin, M.A., Arroyo, M.P., Yurss, I., Granado, A., Calvo, C., Elía, F., Ayerdi, K. Evaluación del programa piloto de descentralización del control del tratamiento anticoagulante oral en el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. MedClin 2005;124(9):326-331.

12. Lobos-Bejarano, J,M., Del Castillo-Rodríguez, J.C., Mena-González, A., Alemán-Sánchez, J.J., Cabrera, A., Barón-Esquivias, G., Pastor-Fuentes, A. Características de los pacientes y abordaje terapéutico de la fibrilación auricular en atención primaria en España: Estudio FIATE. MedClin 2013;141(7):279-286.

13. Barrios, V., Escobar, C. Fibrilación auricular en la práctica clínica: todavía faltan respuestas. MedClin 2013;141(7):295-296.

14. Alonso-Roca, R., Barrera-Linares, E. Fibrilación auricular en la práctica clínica: todavía faltan respuestas, pero ¿interpretamos bien las que tenemos? MedClin 2014;142(1):43-45.

15. Pérez-Vázquez, A., Gómez-Fernández, O., Pinín-García, C., Pintos-Martínez, M.P. Nuevos anticoagulantes en un escenario de Atención Primaria: Aplicación de criterios de coste - efectividad probabilísticos y criterios de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Cad Aten Primaria 2014;20(2):82-87.

16. De Andrés-Nogales, F., Oyagüez, I., Betegón-Nicolás, L., Canal-Fontcuberta, C., Soto-Álvarez, J. Situación del tratamiento anticoagulante oral en pacientes con fibrilación auricular no valvular en España. Estudio REACT-AF. Rev Clin Esp 2015;215:73-82.

17. Lafata, J.E., Martin, S.A., Kaatz, S., Ward, R.E. Anticoagulation clinics and patient self-testing for patients on chronic warfarin therapy: A cost-effectiveness analysis. JThrombThrombolysis 2000;9(1), 13-19.

18. Christensen, T.D., Larsen, T.B. Precision and accuracy of point-of-care testing coagulometers used for self-testing and self-management of oral anticoagulation therapy. J ThrombHaemost 2012;10(2):251-260.

Llaves, destornilladores, tijeras, cinta aislante… otras herramientas en Atención Primaria.

(Evaluación de la adhesión y aplicabilidad declarada de una formación en Terapia Familiar Breve dirigida a médicos de AP)

Combarro Mato, J.[1]; Rodríguez Viña, M.E.[2]; Rozadilla Arias, A.[3]; Cerecedo Pérez, M.J.[4]; Pérez Fernández A.[5]; Rodríguez-Arias Palomo, J.L.[6]; Tovar Bobo, M.[1]; Muñiz Fontaíña, S.M.[7]

1 MÉDICO DE FAMILIA. CENTRO DE SAÚDE DE CULLEREDO (A CORUÑA). SERVICIO GALEGO DE SAÚDE.
2 PSICÓLOGA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE A CORUÑA. SERVICIO GALEGO DE SAÚDE.
3 PSICÓLOGA. CENTRO DE SAÚDE CULLEREDO (A CORUÑA). SERVICIO GALEGO DE SAÚDE.
4 MÉDICO DE FAMILIA. CENTRO DE SAÚDE MATOGRANDE (A CORUÑA). SERVICIO GALEGO DE SAÚDE.
5 MÉDICO DE FAMILIA. CENTRO DE SAÚDE PONTEDEUME (A CORUÑA). SERVICIO GALEGO DE SAÚDE.
6 DOCTOR EN PSICOLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE A CORUÑA. SERVICIO GALEGO DE SAÚDE.
7 MÉDICO DE FAMILIA. CENTRO DE SAÚDE DE AGUIÑO-RIBEIRA (SANTIAGO DE COMPOSTELA). SERVICIO GALEGO DE SAÚDE.

Cad Aten Primaria
Ano 2016
Volume 22 Extraordinario
Páx. 24 - 28

RESUMEN

Frecuentemente en atención primaria (AP) se consultan no sólo problemas orgánicos, sino quejas de tipo relacional y psicológico, que requieren intervenciones no farmacológicas.

La terapia familiar breve (TFB) ofrece una serie de instrumentos para manejar estos problemas utilizando los recursos de las personas, lo que hacen para mejorar su salud y se interesa por el resultado que con tales esfuerzos obtienen.

Además, la experiencia de quienes hemos recibido formación y aplicamos este modelo en la consulta diaria es que esta es más ágil, permite abordar con eficacia patologías que antes se hacían inalcanzables y mejora, tanto nuestra satisfacción profesional, como la salud de los pacientes. ¿Estas impresiones subjetivas pueden ser corroboradas por algunos indicadores objetivos? ¿La formación en TFB supone cambios en la práctica clínica de los médicos de Atención Primaria (AP)?

Para tratar de responder a estas preguntas se diseña una investigación en la comunidad gallega, con la que se pretende comprobar que recibir una formación de 40 horas en TFB tiene como resultado una disminución en la prescripción de psicofármacos por parte de los médicos de familia, tal y como se observa en un estudio realizado en Chile[1]. Asimismo, se estudia si resulta interesante para los médicos de AP formarse en el uso de otras técnicas de la TFB y si, una vez formados, las aplicaran en su práctica clínica.

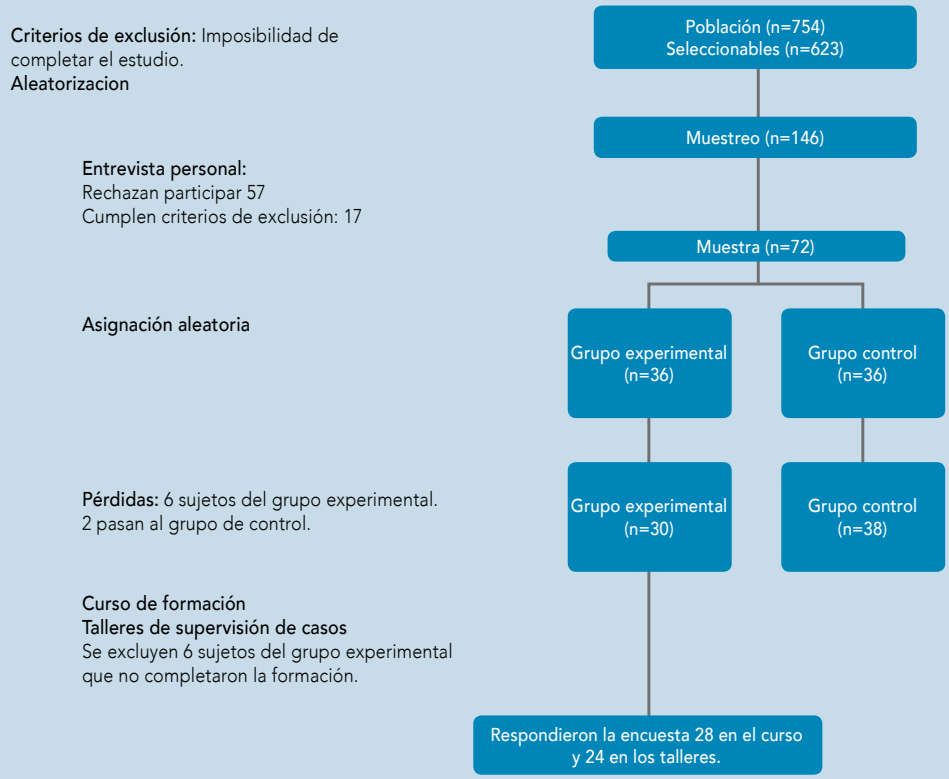
Fuente de financiación del trabajo: Proyecto de investigación financiado a través de una beca de investigación de la Xunta de Galicia con el título: ¿ES POSIBLE GESTIONAR MEJOR LOS RECURSOS EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA? UN ESTUDIO EXPERIMENTAL CONTROLADO Y ALEATORIZADO PARA COMPROBAR EL EFECTO DE UNA ACTIVIDAD FORMATIVA EN TERAPIA FAMILIAR BREVE (T.F.B.) SOBRE EL GASTO SANITARIO DE LA CONSULTA DE A.P.

Palabras clave: Terapia familiar breve, Atención Primaria, Formación, Aplicabilidad. (Brief Family Therapy, Primary Health Care, Training, Applicability).

Puntos clave: lo conocido sobre el tema.

Los programas de formación continuada en diversos aspectos del campo de conocimiento de la medicina de familia, son habitualmente valorados de forma positiva por los profesionales que los cursan.
La implementación de cambios en la práctica cotidiana presenta dificultades, aún cuando vengan avalados por estudios científicos y publicados en guías de práctica clínica. La mayoría de estos estudios sitúan entre el 15%-20% el porcentaje de médicos que incorporan los cambios recomendados a su consulta
QUÉ APORTA ESTE ESTUDIO
La Terapia Familiar Breve (TFB) se ofrece como una forma de abordar los problemas emocionales y relacionales en las consultas de los médicos de familia. Durante un programa formativo en esta materia los asistentes señalan como útiles varias de las herramientas adquiridas durante este período y piensan en introducir cambios en la forma de trabajar.
Esta intención prácticamente no varía a lo largo del año de formación y seguimiento y refleja las dificultades que se presentan en la implementación del conocimiento nuevo adquirido, por lo que proponemos nuevas estrategias de mejora.

ESQUEMA GENERAL DEL ESTUDIO



Miembros del grupo de trabajo que llevaron a cabo el proyecto de investigación: Cerecedo Pérez, M.J.; Combarro Mato, J.; Muñiz Fontaiña, S.; Pérez Fernández, A.; Rodríguez-Arias Palomo, J.L.; Rodríguez Viña, E.; Rozadilla Arias, A.; Tovar Bobo, M.

INTRODUCCIÓN

Los médicos de familia españoles tienen una buena formación para atender las demandas de la población en relación a las enfermedades orgánicas. Sin embargo pensamos que esta formación adolece de lagunas para abordar las quejas emocionales y relacionales, que se suelen agrupar bajo el nombre impreciso de "quejas psicológicas": problemas de relación cuyo tratamiento y prevención requieren un aprendizaje especial, problemas de pareja, trastornos somatomorfos, problemas laborales o la violencia de género.

El resultado es que los médicos se ven sin las herramientas necesarias para afrontar una de cada cuatro demandas que reciben, lo que significa que tienen que ser capaces de asimilar, aproximadamente, nueve frustraciones diarias. Según F Jorge Rodríguez y colaboradores, en un estudio realizado en Ourense[2], en el que los médicos de familia encuestados atienden una media de 37 personas al día. No es de extrañar que en ese mismo estudio, un 54% de los médicos declaren estar altamente despersonalizados, un 56% digan que están muy cansados emocionalmente y sólo un 9% informen que están personalmente realizados.

Al mismo tiempo, el médico de Atención Primaria tiene una posición privilegiada con respecto a toda la familia que le proporciona, no solo una información extensa y precisa de la situación familiar, de sus relaciones y dificultades, sino también una posición excepcional en la relación terapéutica.

La Terapia Familiar Breve (TFB)- se ofrece como una forma de abordar los problemas psicológicos, basada en las escuelas de Terapia Familiar del M.R.I. de Palo Alto (California) y del Brief Family Therapy Center de Milwaukee[3-9] y cuenta con cierta implantación y alguna tradición en la consulta de Atención Primaria en España[10-13].

De una manera muy sucinta, la entrevista en la consulta de Atención Primaria dirigida según este enfoque psicoterapéutico se interesa por los puntos fuertes, los recursos de las personas, lo que hacen para mejorar su salud y por el resultado que tales esfuerzos tienen. La lógica de la intervención consiste en repetir aquellas cosas que les acercan a los objetivos de salud propuestos y hacer lo contrario de aquello que los aleja de los mismos.

MÉTODO

El estudio, financiado con una beca del Servicio Galego de Saúde, fue realizado por un grupo investigador formado por 5 médicos de familia y tres psicólogos.

El proyecto consta de tres partes claramente diferenciadas. La primera se refiere a la selección de participantes: los sujetos de este estudio son médicos de Atención Primaria elegidos al azar de las áreas sanitarias de A Coruña, Ferrol y Santiago. Los que aceptan participar son asignados de manera aleatoria al grupo control o al experimental.

La segunda fase comienza con la formación teórico-práctica, dividida en un curso de formación de 20 horas y diez talleres de supervisión de 2 horas cada uno. El curso se imparte en una semana a razón de cinco horas al día, durante cuatro días. Para facilitar la participación se divide al grupo experimental en dos: uno en A Coruña y otro en Santiago de Compostela. Finalizada la formación teórica se inician los talleres de supervisión, para los que se crean 6 grupos con horario

de mañana o tarde, supervisados por 2 ó 3 investigadores en cada taller y con una frecuencia de una vez al mes. Los temas propuestos fueron: "compradores fingidos"[5], ansiedad, problemas afectivos, somatomorfos, pacientes pluripatológicos, problemas de pareja, problemas de relaciones familiares con adolescentes. Los tres últimos se hicieron abiertos a los temas propuestos por los participantes. En la semana previa al taller, se les facilitaba información y bibliografía sobre el tema correspondiente. En cada taller los investigadores hacen una breve exposición sobre el tema y, a continuación, los médicos plantean casos de su consulta, exponiendo las soluciones aplicadas y su resultado. Se resumen los objetivos del paciente, sus recursos y se diferencian las soluciones eficaces de las ineficaces que el paciente o las personas de su entorno han utilizado. También se hace una reflexión sobre el resultado de las intervenciones de los médicos. Por último, y en base a lo expuesto, se proponen alternativas para "desatascar el caso". Los médicos pueden contactar con los investigadores a través del correo electrónico para plantear todo tipo de dudas sobre las dificultades surgidas en los casos expuestos. Tras finalizar el periodo en el que se recogen los datos se ofrece a los médicos del Grupo Control la misma formación que al grupo experimental.

La tercera parte de la investigación consiste en recoger y analizar los datos cuantitativos y cualitativos. Los cuantitativos se refieren a las prescripciones de psicofármacos medidas en dosis diarias definidas (DDD) y los resultados se exponen en otro trabajo pendiente de publicación.

En este trabajo se presentan las opiniones de los médicos, sujetos del estudio, obtenidas de las encuestas realizadas al finalizar cada proceso formativo y del seguimiento de su participación. Se tiene en cuenta el grado de participación/adhesión a todo el proceso de formación y la valoración de la aplicabilidad a la práctica clínica que hacen los médicos del grupo experimental.

RESULTADOS

En cuanto al análisis de la asistencia al curso básico de formación en TFB, los sujetos experimentales tienen una elevada tasa de participación a la totalidad de las 4 sesiones (80,65%) y 16,13% asistió a 3. Sólo 1 sujeto (3,23%) acude a la mitad de la formación (fig. 1). Teniendo en cuenta que la participación en el estudio se basa en la voluntariedad de los sujetos, puede considerarse un resultado acorde con lo esperado.

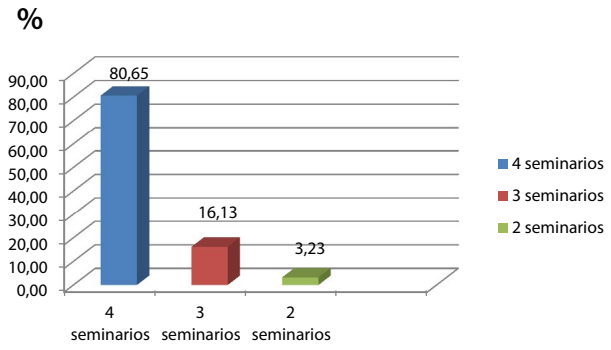


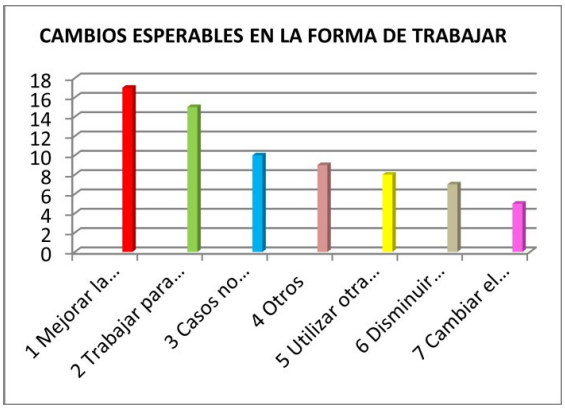
Figura 1

Finalizadas las 4 jornadas del curso de formación básica en TFB, se solicita a los sujetos experimentales que cumplimenten una encuesta de valoración (n=28 de 30) de 3 preguntas con respuesta graduada en escala de 0 a 10 para puntuar si el curso les parece interesante, si la materia recibida es aplicable a su práctica clínica y el cambio que supone respecto a su visión previa sobre los temas tratados. Una cuarta pregunta, de respuesta libre, en la que cada participante tiene oportunidad de exponer lo que considera que puede cambiar en su forma de trabajar y gestionar su consulta en Atención Primaria, a partir de esta nueva visión ofrecida en el curso.

Todos los médicos puntúan por encima de 7 el interés de la materia del curso; más de la mitad (54%) puntúan 9 o más. Respecto a la aplicabilidad de la materia a la práctica clínica de los médicos, las puntuaciones están entre 6 y 9 (11% asignan un 9). En la tercera cuestión, sobre el cambio que supone en la práctica profesional, no hubo ninguna puntuación superior a 8.

En la escala de valoración de lo interesante de la materia, se obtuvieron puntuaciones entre 7 y 10, siendo de 10 el 25% y de 9 el 29%. En la de valoración de lo aplicable de los conocimientos, se obtuvieron puntuaciones entre 6 y 9, siendo de 9 el 11% y de 8 el 48%. En la del cambio profesional el rango fue de 4 a 8, siendo de 8 el 7% y de 7 el 36%. En esta cuestión se encontró, además, un 11% de sujetos que no contestaron.

Con las respuestas abiertas sobre los cambios que esperan hacer en la forma de trabajar en su consulta de AP, se hace un análisis cualitativo formando 6 grupos de respuestas más comunes y uno para respuestas menos repetidas (fig. 2).



1. Mejorar la relación con el paciente (61%).
2. Trabajar para objetivos del paciente y buscar excepciones (54%).
3 .Utilización en casos complicados y/o no estrictamente médicos. (36%)
4. Otros (32%). Para las respuestas que no se repetían o eran menos repetidas.
5. Utilizar otras habilidades y herramientas terapéuticas (29%).
6. Variación en las prescripciones y las derivaciones (25%)
7. Cambiar el abordaje de problemas (18%).

Figura 2

Algunas de las respuestas de los ejemplos de este último grupo son: "No insistir persistentemente a los no cumplidores", "Elogiar más", "Repasar cuestiones que manejas y no te das cuenta", "Aumentar el diálogo y la comunicación con el paciente", "Ser más expansivo y menos incisivo", "Buscar excepciones", "Aprender a identificar soluciones ineficaces", "No repetir lo que no funciona", "No tener tanta prisa por solucionar", "Aumentar las citas concertadas", "Cambio en la escenificación de la consulta", "Autoanalizarse mejor y considerar que siempre se puede mejorar", "Hacer al paciente partícipe de la solución de problemas".

En cuanto a la adhesión a los talleres de supervisión, el total de médicos asistentes es de 31, de los que 22 acuden a 6 sesiones o más (70,96%), 7 a cinco o menos (22,58%) y 2 a ninguna (6,45%). La media de asistencia es de 20'4 médicos por taller (fig. 3). En todos los meses la asistencia es mayor que las ausencias a excepción de Agosto. Hay que destacar que 14 de los 31 médicos presentan casos de su propia consulta para supervisar.

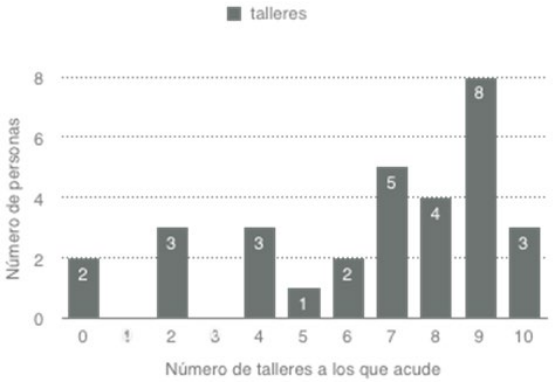


Figura 3

La encuesta de valoración de los talleres fue completada por 24 asistentes (77´41%). En una primera parte se hacen dos preguntas de escala:

1 "Valoración de los talleres de supervisión". Todas las respuestas obtenidas se mueven en una horquilla entre 6 y 10, significando el 1 "poco interesante" y el 10 "muy interesante". Más de la mitad (56%) puntúan nueve o más.

2 "Indica si consideras si cambia tu práctica profesional". El rango de respuestas está entre 3 y 9. La puntuación más elegida fue de 6 con un 26%, seguida de 7 y 8 con un 22% cada una.

La parte central de la encuesta la ocupan dos preguntas abiertas. En la primera se pide que enumeren las principales intervenciones en las que han aplicado los conocimientos adquiridos en los talleres, en referencia a estrategias propias de la T.F.B. En la segunda, se pregunta sobre los casos en los que han utilizado lo aprendido.

Las respuestas a la primera cuestión se pueden clasificar en 7 categorías: prescripciones, excepciones, objetivos, peticiones claras, soluciones, ritmo y otros (fig. 4). Respecto a la segunda cuestión, que se refiere a los casos en los que aplican los conocimientos adquiridos, sus respuestas se agrupan en 5 temas: patologías 39%, familia 29%, relación consulta 14%, laboral 13% y otros 6%. Llama la atención el número de médicos que utilizan el término "patología", a pesar de que en la formación se hace hincapié sobre otros términos alternativos como " relaciones" o "problemas".

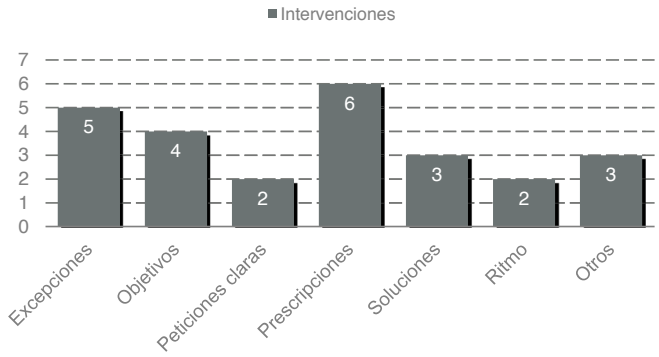


Figura 4

En la última parte del cuestionario se vuelven a plantear dos cuestiones con respuesta numérica (0 a 10). "¿Qué te ayudó más a ver los problemas psicosociales de otra forma?". La opción más elegida es los talleres, seguido del curso de iniciación, las lecturas y, por último, la bibliografía. En la segunda, "¿Qué crees que te haría progresar más en el tema?", el orden de preferencia es el curso básico de formación, los talleres de supervisión y, en tercer lugar las lecturas.

DISCUSIÓN

En relación a la adhesión a la formación, los resultados destacan la alta asistencia al curso básico y a los talleres de supervisión, aún a pesar de la barrera que supone la dispersión geográfica de los médicos asistentes. Respecto a la participación, cabe destacar la presentación de casos propios por casi la mitad de los asistentes. No solo presentan casos en una primera sesión, sino que se realiza un seguimiento y se proponen los siguientes pasos a seguir.

El curso y los talleres son valorados de forma positiva por todos los asistentes, siendo este hallazgo consistente con los resultados de programas similares de otros aspectos de la formación continuada de los médicos de familia[15]. En cambio, las expectativas de los alumnos disminuyen sensiblemente con la intención de aplicar los conocimientos adquiridos y de cambio en las prácticas profesionales. No obstante, señalan como útiles varias de las herramientas adquiridas durante la formación en TFB y piensan introducir algunos cambios en la forma de trabajar. Esta intención prácticamente no varía a lo largo del año de formación y seguimiento y refleja las dificultades que se presentan para implementar el conocimiento nuevo adquirido.

Estos datos coinciden con la bibliografía recogida sobre las dificultades para introducir cambios en la práctica clínica, aun cuando vengan avalados por estudios empíricos y publicados en guías prácticas clínicas. La mayoría de estos estudios afirman que solo un 15%-20% de médicos incorporan los cambios recomendados por las guías a su consulta[16-17]. Son varios los motivos que pueden explicar estas dificultades para llevar a la práctica los conocimientos adquiridos: falta de familiaridad con los conceptos, baja autoeficacia para ponerlos en práctica, pocas expectativas ante los resultados, inercias derivadas de la práctica previa o problemas relacionados con la gestión de la consulta[18].

Teniendo en cuenta los resultados de esta investigación y los estudios acerca de la implantación de las recomendaciones de las Guías Clínicas, probablemente el periodo de un año de formación sea escaso para establecer cambios significativos en la práctica de los profesionales que reciben la formación. En este sentido nuestra propuesta es considerar la conveniencia de aumentar la duración de la formación, tanto del seminario como de los talleres; así como introducir una metodología diferente con: 1) trabajo con juego de roles para ensayar la puesta en escena de los conceptos e incorporar el lenguaje específico y entrenar las técnicas de comunicación tan necesarias para la adecuada transmisión de los contenidos y manejo de las relaciones; 2) trabajo con espejo unidireccional para hacer una supervisión en vivo de los casos atendidos por los médicos y así guiarles en sus primeros pasos con el uso de las nuevas técnicas terapéuticas. Estas dos propuestas probablemente mejoren la perspectiva de la aplicabilidad de la TFB en la consulta de AP.

Para la mayor parte de los médicos de AP el abordaje que propone la TFB resulta novedoso y muy diferente al practicado por el médico de AP en su trabajo habitual. Otra propuesta que podría incorporarse es hacer hincapié en gestionar el tiempo de consulta de forma diferente: asignar consultas concertadas o programadas con más tiempo de lo habitual

como forma de comenzar a aplicar las nuevas técnicas aprendidas. Por ejemplo, iniciar aplicando la TFB con un solo paciente y no iniciar nuevos tratamientos según este esquema hasta que se resuelva o iniciar la aplicación del nuevo enfoque a un solo tipo de problemas y no generalizarlo hasta sentirse seguro en el manejo de esta herramienta.

A partir de las respuestas a las preguntas abiertas se puede afirmar que lo que consideran más aplicable a su consulta es el trabajo con los objetivos del paciente y los casos en los que ven más necesaria un enfoque de este tipo es a los problemas de familia, y en particular a los de pareja. Centrar los contenidos de los cursos en estos temas podría mejorar el ajuste de la información ofrecida a las necesidades de los destinatarios de la misma.

CONCLUSIÓN

En conclusión, el grado de interés y aceptación de la formación es alto, como normalmente cabe esperar para este tipo de actividades, pero su aplicación es también igualmente baja como la de cualquiera otra actividad formativa.

Nuestra propuesta se centra en un cambio estratégico en la formación, procediendo de manera inversa: consultar en primer lugar a los profesionales para que expresen las dificultades que tienen con sus casos en las consultas habituales y sus necesidades de formación, para satisfacerlas y dirigir la formación directamente a solventar tales necesidades. También proponemos incluir instrumentos de gestión de la consulta, cambios en la duración del período formativo y añadir nuevas acciones a la metodología formativa.

BIBLIOGRAFÍA

1. Schade, N., Torres, P., Beyebach, M. Cost-efficiency of a brief family intervention for somatoform patients in primary care. Fam Syst Health. 2011 Sep;29(3): 197-205. doi: 10. 1037/a0024563.
2. Rodríguez, F.J., Ramos, M.A., Pérez, S.I., García, L.R., Diz, P.G. [Relationship between the quality of professional life and the burnout of primary health care doctors]. Aten Primaria. 2005 Nov;36(8):442-7.
3. Watzlawick, P., Weakland, Jh., Fisch, R. Cambio. Barcelona: Herder; 1976.
4. Watzlawick, P., Beavin, Jh., Jackson, Dd. Teoría de la Comunicación Humana. Barcelona: Herder; 1981.
5. Fisch, R., Weaklan, Jh., Segal, L. La táctica del cambio: cómo abreviar la terapia. Barcelona: Herder; 1984.
6. O´Hanlon, Wh., Weiner-Davis, M. En busca de soluciones. Barcelona: Paidós; 1990.
7. Shazer, S De. Claves para la solución en terapia breve. Barcelona: Paidós; 1986.
8. Shazer, S De. Pautas De Terapia Familiar Breve. Barcelona: Paidós; 1987.
9. Shazer, S De. Claves En Psicoterapia Breve. Barcelona: Gedisa; 1992.
10. Real, M., Rodríguez-Arias, J., Cagigas, J., Aparicio, M., Real, M. (2000). Terapia Familiar Breve: Ahorro en el gasto sanitario de la patología somatomorfa. Cuadernos de terapia familiar. 2000 14, 167-173.
11. Real, M., Rodríguez-Arias, J., Cagigas, J., Aparicio, M., Real, M. Terapia Familiar Breve: una opción para el tratamiento de los trastornos somatoformes en Atención Primaria. Aten Primaria. 1996 Mar 15;17(4): 241-6.
12. Rodríguez-Arias, J., Real, M., Castillo, Jm., Real, M. Terapia Familiar Breve. Cómo facilitar el cumplimiento terapéutico a través de la modalidad de cooperación de los pacientes. Aten primaria 2001 abril 30;27(7): 514-20.
13. Rodríguez-Arias, J.l., Venero, M. Terapia Familiar Breve: Guía para sistematizar el tratamiento psicoterapéutico. Madrid: CCS; 2006.
14. Martín Fernández, J., Martínez Marcos, M., Ferrándiz Santos, J. [Evaluation of continuous education: from the satisfaction to the impact. With regard to a formative programme in minor surgery in a health area]. Aten Primaria. 2001 Apr30;27(7):497-502.
15. Aymerich, M., Sánchez, E. Del conocimiento científico de la investigación clínica a la cabecera del enfermo: las guías de práctica clínica y su implementación Gac Sanit 2004;18(4):326-34.
16. Paniagua, D., Pérula, L.A., Ruiz, R., Gavilán, E. Grado de implementación de actividades preventivas por parte de los médicos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria en las consultas de Atención Primaria. Aten Primaria. 2010;42(10):514-519.
17. Araujo, M., Brenner, P. Pauta para la elaboración, aplicación y evaluación de Guías de Práctica Clínica. Ministerio de Salud, Unidad de Evaluación de Tecnologías de Salud: Chile; 2002. [consultado 29/06/06]. Disponible en: http://www.minsal.cl/ici

NOTA:

Los resultados de la investigación principal se publicarán en el próximo número.

Patología Aguda Biliar

Alfaya García, L.[1]; Fariña Rey, L.[1]; Zamora Casal, A.[2]

Cad Aten Primaria
Ano 2016
Volume 22 Extraordinario
Páx. 29 - 32

1 MIR MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA CS OS MALLOS. A CORUÑA
2 MÉDICO DE FAMILIA CS OS MALLOS. A CORUÑA

PATOLOGÍA AGUDA BILIAR

Entre un 5-15% de la población occidental presenta litiasis biliar, siendo ésta la responsable de la mayoría de procesos agudos que afectan a la vía biliar. Se trata de patologías benignas en la mayoría de los casos, y cuyo diagnóstico se basa fundamentalmente en los datos clínicos y las pruebas de imagen de forma definitiva.

En la mayoría de los casos la litiasis biliar es asintomática y se detecta de forma incidental en procedimientos diagnósticos realizados por otros motivos. No obstante, cuando la colelitiasis produce síntomas o complicaciones, es necesario realizar tratamiento especifico de la patología, dada la gravedad de sus potenciales complicaciones.

En esta revisión, vamos a hablar de las principales patologías que afectan a la vía biliar de forma aguda: cólico biliar, colecistitis, coledocolitiasis, pancreatitis aguda biliar y colangitis aguda.

Palabras clave: Cólico Biliar, Colecistitis, Coledocolitiasis, Pancreatitis, Colangitis.

CÓLICO BILIAR

Es la manifestación clínica inicial más frecuente de la enfermedad litiásica biliar. Se produce por una obstrucción intermitente del conducto cístico debido a un cálculo, dando lugar a la distensión de la vesícula biliar. Cuando se produce la obstrucción, la vesícula se contrae para tratar de vencer la resistencia, mientras que cuando la vesícula se relaja generalmente la litiasis vuelve a caer hacia el interior. Debido a esto, la clínica va a tener un carácter intermitente.

Lo más frecuente es un dolor de aparición brusca, continuo y progresivo (el dolor asciende durante varios minutos, alcanzando una fase de meseta mantenida que dura alrededor de 3-4 horas). El dolor puede desencadenarse 1 o 2 horas después de la ingesta de comidas ricas en grasas y, por lo general, no alivia con los movimientos intestinales. Suele localizarse en epigastrio y/o hipocondrio derecho e irradiarse hacia la espalda en cinturón y pueden aparecer síntomas acompañantes tales como: náuseas, vómitos, sudoración... La exploración física suele ser anodina, con signo de Murphy negativo.

La ecografía abdominal es la prueba complementaria más útil para determinar la presencia de litiasis biliar, constituyendo por tanto la técnica de elección. Sensibilidad del 84% y especificidad cercana al 99%. No está indicada su realización de rutina en todos los cólicos biliares salvo: **1)** cólico biliar que no cede con analgesia **2)** cólico biliar que mejora con analgesia pero presenta leucocitosis importante.

La analítica sanguínea (Hemograma, bioquímica y sistemático de orina) junto con la radiografía de abdomen constituyen pasos importantes en el diagnóstico diferencial con otros procesos: Colecistitis aguda, úlcera péptica, patología coronaria, pancreatitis, cólico nefrítico... El diagnóstico es fundamentalmente clínico.

En lo que respecta al tratamiento del cólico biliar, el pilar fundamental lo constituyen el reposo intestinal y los analgésicos. Se recomienda el uso de AINE, de entre los cuales destaca el Diclofenaco (dosis única i.m de 75 mg o bien dosis de 50 mg/8-12 horas por vía oral). En caso de dolor refractario a AINE podría emplearse la Meperidina, por ser ésta, de entre los opiáceos, la que menor efecto tiene sobre la contracción del esfínter de Oddi. No obstante el tratamiento definitivo consiste en la realización de colecistectomía, ya que presenta elevado riesgo de recurrencia y complicaciones tras dos años desde la presentación inicial. En la medida de lo posible, y siempre que las condiciones del paciente lo permitan, se optará por el abordaje laparoscópico frente a la laparatomía.

COLECISTITIS AGUDA

La colecistitis aguda es una entidad patológica caracterizada por la inflamación de la pared vesicular que se manifiesta típicamente por dolor abdominal, sensibilidad en hipocondrio derecho y fiebre.

Se trata de una patología con una incidencia significativa en mayores de 50 años (20.9%). Su mortalidad ronda el 10%.

Su causa más frecuente es la litiasis biliar (90%). Si la obstrucción del conducto cístico es completa y de larga duración, el incremento en la presión vesicular asociado a la irritación de la mucosa activa la respuesta inflamatoria aguda.

Una situación especial es la forma alitiásica, que conlleva inflamación de la pared de la vesícula en ausencia de colelitiasis. Se presenta en el 10% de los casos, en pacientes en situación de gravedad y se asocia a alta morbimortalidad.

Clínicamente se presenta como un dolor localizado en hipocondrio derecho o epigastrio, constante, intenso y prolongado (normalmente superior a 5 horas), típicamente irradiado a espalda, y que se acompaña frecuentemente de anorexia, náuseas/vómitos y fiebre que oscila entre 37.5 y 39°C. En pacientes ancianos, especialmente diabéticos, el cuadro puede no ser tan típico, presentando alteración del nivel de conciencia en ausencia de dolor evidente.

En la exploración física son signos típicamente positivos: Murphy (dolor a la palpación durante la inspiración profunda por debajo del reborde

costal derecho) o signo del Boas (zona de hiperestesia epicrítica en área infraescapular, a la altura de 10ª a 12ª vértebra dorsal).

Analíticamente, se detecta leucocitosis con desviación izquierda e incremento de RFA (reactantes de fase aguda). Puede ir acompañado de leve incremento de GPT y amilasa. La presencia de ictericia y bilirrubina < 4mg/dl se asocia a casos graves debido a compresión directa del colédoco por la distensión vesicular. Concentraciones superiores deben hacer sospechar coledocolitiasis o síndrome de Mirizzi. Los hemocultivos no se recomiendan de forma rutinaria para colecistitis agudas leves.

La prueba de imagen de elección para completar el diagnóstico es la ecografía abdominal (S 88%; E 80%) La radiografía simple puede evidenciar litiasis biliar cuando son radioopacas (20% de los casos) y gas intramural/intraluminal en las colecistitis agudas enfisematosas. La TC sólo será útil ante la sospecha de posibles complicaciones: abscesos perivesiculares, perforación vesicular o colecistitis gangrenosa.

Su manejo precisa de ingreso hospitalario, reposo intestinal, fluidoterapia, antibioterapia y analgesia. En cuanto a la analgesia se recomiendan el uso de AINE (tipo diclofenaco) por su doble acción: aliviar el dolor y su efecto antiinflamatorio que altera la historia natural del cuadro. Dado que en el 50% de los casos conllevan infección secundaria de la bilis, se justifica el empleo de antibioterapia de forma empírica: cefalosporinas de tercera generación o quinolonas, fundamentalmente. Sólo en casos leves se podría optar por la observación y tratamiento con AINE.

La colecistectomía es el tratamiento de elección para la colecistitis aguda. Aunque casi el 50% de los casos se podrían resolver mediante tratamiento médico, un 20% de los pacientes reingresarían por episodios similares. En general, se prefiere el procedimiento por vía laparoscópica salvo en los siguientes casos: coagulopatía no tratada, cirrosis en grado Child C, sospecha de enfermerdad neoplásica de vesícula, historia previa de cirugía abdominal y gestación en 3º trimestre.

El abordaje terapéutico depende de la gravedad del cuadro (criterios de Tokyo 2013, ver Tabla 1).

Grado de gravedad	Actitud terapéutica
Leve (grado I): - Inflamación leve vesicular - No disfunción orgánica	Colecistectomía laparoscópica precoz
Moderada (grado II): - Leucocitosis > 18000/mm^3 - Masa palpable en HCD - Duración > 72 horas - Inflamación local marcada - Peritonitis biliar - Absceso pericolecístico - Absceso hepático - Colecistitis gangrenosa Colecistitis enfisematosa	Colecistectomía precoz (en centros experimentados) Si inflamación local marcada: - Drenaje biliar precoz - Colecistectomía diferida
Grave (grado III): Disfunción orgánica basada en: - Hipotensión subsidiaria de aminas - Disminución de nivel de conciencia - Saturación oxígeno < 90% - Oliguria / Crea plasm > 2 mg/dl - INR > 1.5 - Plaquetopenia < 100000/mm3	- Drenaje biliar urgente - Colecistectomía diferida (si indicada)

OTRAS FORMAS DE COLECISTITIS AGUDA

La colecistitis aguda alitiásica debe sospecharse en cualquier paciente crítico (principalmente en relación con politraumatismos, cirugía, grandes quemados, shock, sepsis y nutrición parenteral total) en el que se desarrolla un cuadro clínico compatible con sepsis sin otra causa aparente que la justifique. Sin embargo, también se ha descrito en pacientes ambulatorios asociada a diabetes mellitus, insuficiencia cardíaca congestiva, insuficiencia renal terminal o sida. En este caso, la colecistectomía no está indicada porque rara vez produce recurrencias.

La colecistitis enfisematosa es una entidad poco frecuente, con una mortalidad en torno al 15%. Su prevalencia es superior en varones y en pacientes con diabetes mellitus. La ecografía es menos sensible que la radiografía simple o la TC, que es el método diagnóstico de elección para confirmar la presencia de gas en la luz o en la pared vesicular. Clostridium y E. coli son los gérmenes aislados con mayor frecuencia. La colecistectomía inmediata es el tratamiento de elección.

COLEDOCOLITIASIS AGUDA

La coledocolitiasis se define como la presencia de cálculos en la vía biliar principal. Lo más frecuente es que lleguen a través del conducto cístico. Es la causa más común de ictericia obstructiva y colangitis. Aproximadamente el 5-8% de los pacientes con colelitiasis sintomática presentan asociada la ocupación de la vía biliar por coledocolitiasis.

La litiasis en el colédoco puede ser asintomática, cursar como cólico biliar o complicarse con colangitis o pancreatitis aguda biliar. La obstrucción del conducto biliar principal ocasiona frecuentemente ictericia obstructiva. Se presenta como un cuadro de dolor abdominal localizado en epigastrio o hipocondrio derecho, intenso desde el inicio y que puede fluctuar con el tiempo. Es característica además de la ictericia, la coluria (orina oscura) y la acolia (heces blanquecinas) acompañados de náuseas/vómitos y fiebre.

Analíticamente, los niveles medios de bilirrubina oscilan entre 1,5 y 1,9mg/dl, y en menos del 30% de los casos superan los 4mg/dl. Es habitual encontrar patrón colestásico (aumento de FA y GGT). Si la obstrucción es brusca, podrían elevarse también la GOT y la GPT de forma transitoria.

Para su diagnóstico, se ha propuesto una estrategia de clasificación de los pacientes en función de su riesgo de padecerla, basada fundamentalmente en los hallazgos analíticos y ecográficos (ver Tabla 2).

Predictores de riesgo	Grado de riesgo	Actitud
Muy fuertes: - Ecografía: coledocolitiasis visible - Colangitis aguda - Bilirrubina total > 4 mg/dl Fuertes: - Ecografía: dilatación de la vía biliar - Bilirrubina total 1,8-4 mg/dl	Alto (> 50% probabilidad): - Cualquier predictor muy fuerte o ambos predictores fuertes	CPRE preoperatoria
Moderados: - Alteración del perfil hepático - Edad > 50 años - Pancreatitis aguda biliar	Intermedio (10-50% probabilidad)	ColangioRMN / Ecoendoscopia
Ningún predictor	Bajo (< 10% probabilidad)	Colecistectomía sin estudio previo

En pacientes con diagnóstico de certeza de coledocolitiasis asociada a litiasis vesicular, la colecistectomía profiláctica tras realización de esfinterotomía endoscópica es la técnica de elección. En pacientes con diagnóstico de certeza, tras realización de CPRE, se prefiere cirugía en un segundo tiempo dentro de las 2 semanas posteriores.

En ocasiones los cálculos son demasiado grandes (1-1,5 cm) para poder ser extraídos de la vía biliar por método convencional. En estos casos, la opción más sencilla consiste en la colocación de una prótesis plástica biliar que permite el drenaje de la vía biliar hasta la realización de un tratamiento definitivo. Su manejo médico también incluye el uso del ácido ursodesoxicólico oral, aunque su administración no contribuye a mejorar los síntomas.

El uso de antibióticos no está indicado en la mayor parte de los casos salvo sospecha de colangitis aguda, inmunosupresión o drenaje biliar incompleto.

Entre sus principales complicaciones encontramos la colecistitis aguda, colangitis aguda, pancreatitis aguda biliar y la cirrosis secundaria biliar.

Pancreatitis aguda biliar:

La pancreatitis aguda biliar es la principal causa de pancreatitis aguda. Se produce por la impactación de un cálculo en la Ampolla de Váter que dificulta el drenaje de la secreción pancreática.

Analíticamente destaca la presencia de hiperamilasemia e hiperlipasemia, así como ictericia y patrón colestásico. El tratamiento combina medidas de soporte y fluidoterapia intensiva. En caso de sospecha de coledocolitiasis persistente se debe realizar una CPRE precoz (primeras 72 horas desde la instauración de los síntomas). El tratamiento definitivo es la colecistectomía, que debe realizarse en las primeras 2 a 4 semanas desde el alta hospitalaria para prevenir recurrencias.

COLANGITIS AGUDA

La colangitis aguda define la inflamación e infección de los conductos biliares. Constituye la principal complicación de la coledocolitiasis (hasta un 30-70 % de los casos), aunque su etiología puede también responder a otros procesos: estenosis benignas de la vía biliar (post-quimioterapia, post-radioterapia, colangitis esclerosante primaria, coledococeles) estenosis malignas (colangiocarcinoma, ampuloma, carcinoma de cabeza de páncreas), anomalías biliares congénitas, obstrucción o migración de prótesis biliares, post-CPRE.

Son necesarias dos condiciones para que se que produzca la colangitis aguda: **1)** obstrucción de la vía biliar **2)** colonización bacteriana. La obstrucción de la vía biliar constituye un factor determinante y necesario, pues la colonización de la vía biliar por sí sola no es suficiente para causar síntomas sistémicos. Los gérmenes implicados más frecuentemente son: E. Coli, Klebsiella, Enterococo y Proteus. Muy importante tener en cuenta, en la anamnesis, los antecedentes de manipulación instrumental (CPRE, CTP o cirugía), pues aumentan el riesgo de gérmenes gram negativos resistentes a antibióticos como Pseudomonas y Enterobacter. La vía de colonización más frecuente de los gérmenes es la vía ascendente desde el duodeno.

La presentación clínica más frecuente de la colangitis aguda es la fiebre (90% de pacientes) y la ictericia (75% de pacientes). La llamada Triada de Charcot (fiebre, ictericia y dolor en hipocondrio derecho) está presenta en el 50% de los casos y constituye la manifestación clásica. Si a la tríada clásica de Charcot se añade hipotensión y alteración del nivel de conciencia, estaríamos ante la Pentada de Reynolds, presente en el 4-13% de los casos e indicativa de colangitis muy grave.

El diagnóstico de la colangitis aguda es clínico. La presencia de la tríada de Charcot permite establecer por sí misma un diagnóstico de certeza. En caso de que no estén presentes todos los componentes, será necesario realizar pruebas complementarias. En la analítica sanguínea: **1)** datos de respuesta inflamatoria (leucocitosis con desviación izquierda, elevación de PCR y VSG). **2)** datos de colestasis (aumento de bilirrubina, fosfatasa alcalina y GGT). La prueba de imagen inicial en todos los pacientes es la ecografía abdominal, si bien la prueba más determinante para evidenciar la obstrucción biliar es la Colangiopancreatografía Retrógrada (CPRE) útil, tanto para el diagnóstico como para el tratamiento.

Los guías de Tokio 2013 establecen los criterios diagnósticos de la colangitis aguda basándose en datos analíticos y pruebas de imagen. Además permiten determinar la gravedad del proceso y decidir la actitud a seguir (ver Tabla 3. Algoritmo terapéutico).

Grado III (severa) Datos de disfunción de cualquiera de los órganos y sistemas: - Hipotensión - Alteración del nivel de conciencia - PaO2/FiO2 ratio < 300 - Creatinina sérica >2 - INR >1,5 - Plaquetas <100000/mm3	- Piperacilina/Tazobactam - Cefalosporinas de 3-4ªG: Cefepime, Ceftazidima - Carbapenem (Imipenem, Ertapenem, Meropenem)	Drenaje biliar urgente
Grado II (moderada) - Leucocitos > 12.000 o < 4000 - Temperatura > 39ºC - Edad > 75 años - Bilirrubina total > 5 g/dl - Hipoalbuminemia - Mala respuesta a tratamiento médico	- Piperacilina/tazobactam - Cefalosporinas 3-4ª: Ceftriaxona, Cefotaxima, Cefepime o ceftazidima - Quinolonas: Cipro o Levofloxacino - Carbapenem: Ertapenem	Drenaje biliar diferido en 48-72 horas
Grado I (leve) - No signos de disfunción orgánica - Buena respuesta a tratamiento médico	- Cefalosporinas 2-3ªG: Cefuroxima, ceftriaxona, cefotaxima - Quinolonas: Cipro o Levofloxacino - Carbapenem: Ertapenem	Observación

La base del tratamiento de la colangitis aguda la componen: sueroterapia, analgésicos y antibioterapia. Ésta última debe ser lo más precoz posible a fin de evitar las potenciales complicaciones. Aunque la antibioterapia logra prevenir la sepsis, es insuficiente como tratamiento único, siendo necesario el tratamiento definitivo de la obstrucción. El procedimiento de elección para el drenaje biliar lo constituye la CPRE (tasas de mortalidad 5-10%) frente al drenaje quirúrgico (tasas de mortalidad 16-45%).

BIBLIOGRAFIA

1. Sartelli, M., Viale, P., Catena, F., Ansaloni, L., et al. World Society of Emergency Surgery (WSES) guidline of management of intra-abdominal infections can be found in World J Emerg Surg 2013 Jan 8;8(1):3 full-text.
2. Kimura, Y., Takada, T., Strasberg, S.M., et al. TG13 current terminology, etiology, and epidemiology of acute cholangitis and cholecystitis. J Hepatobiliary Pancreat Sci. 2013 Jan;20(1):8-23.
3. Kiriyama, S., Takada, T., Strasberg, S.M., et al. TG13 guidelines for diagnosis and severity grading of acute cholangitis (with videos). J Hepatobiliary Pancreat Sci. 2013 Jan;20(1):24-34.
4. Arias Amorin, I. Litiasis biliar. Guía Fisterra (5-3-14). Disponible en: http://www.fisterra.com
5. Costa Rivas, C., Louro González, A., Castiñeira Perez, C. Colecistitis aguda. Guía Fisterra (11-6-12). Disponible en: http://www.fisterra.com
6. Tejedor Bravo, M., Albillos Martínez, A. Enfermedad litiásica Biliar. Medicine 2012; 11 8):481-8.
7. Charles, M., Vollmer, Jr. M.D., Salam, F., Zakko, M.D., FACP, Nezam H. Afdhal, MD, FRCPI. Treatment of acute calculous cholecystitis. Uptodate (Julio 2015) Disponible en: www.uptodate.com
8. Salam, F., Zakko, M.D., FACP, Nezam H. Afdhal, M.D., FRCPI. Acute cholecystitis: Pathogenesis, clinical features, and diagnosis. Uptodate (Julio 2015). Disponible en: www.uptodate.com
9. Mustafa, A. Arain, M.D., Martin L Freeman, M.D. Choledocholithiasis: Clinical manifestations, diagnosis, and management. Uptodate (Julio 2015). Disponible en: www.uptodate.com

Cad Aten Primaria
Ano 2016
Volume 22 Extraordinario
Páx. 33 - 34

Guía de tratamiento empírico de las infecciones más habituales del adulto en Atención Primaria

Comité de infección. Equipo PROA: Aldecoa Landesa, S.; Formigo Rodríguez, M.; Pérez Rodríguez, M.; Pérez Landeiro, A.; Martínez Lamas, L.; Sousa Domínguez, A.

XERENCIA DE XESTIÓN INTEGRADA DE VIGO.

Introducción:

La resistencia a los antimicrobianos pone en peligro la eficacia de la prevención y el tratamiento de una serie cada vez mayor de infecciones. Una de las causas es el uso inadecuado de antibióticos, en torno al 50%. Se estima que en 2050 las bacterias multirresistentes causarán 10 millones de muertes al año, por encima del cáncer.

Los programas de optimización de antibióticos (PROA) surgieron a nivel hospitalario para mejorar el tratamiento de las infecciones. En la actualidad hay un importante movimiento a favor de su implantación en Atención Primaria, con el fin de disminuir la prescripción de tratamientos antimicrobianos innecesarios y reducir el uso de antibióticos de amplio espectro.

La Comisión de Infecciones y el equipo PROA de la XXI de Vigo, entre sus líneas de trabajo, desarrolló tres guías de tratamiento empírico de las infecciones más habituales, de Atención Hospitalaria, de Atención Primaria y de Pediatría.

Presentamos en este artículo la Guía de tratamiento empírico de las infecciones más habituales del adulto en Atención Primaria.

- Esta guía recoge el tratamiento empírico recomendado para las patologías infecciosas más prevalentes.
- Se deberá ajustar el tratamiento antibiótico según información microbiológica.
- Las dosis recogidas son las recomendadas para pacientes con función renal normal e IMC <40. Ajustar según sea preciso.

INFECCIÓN URINARIA

Bacteriuria asintomática.

No precisa. Excepciones: procedimiento urológico, previo a cirugía, trasplantados renales, según antibiograma.

Cistitis no complicada (mujeres).

Fosfomicina 3g dosis única vo.

Alergia: Ciprofloxacino 500/12 h vo 3d.

Profilaxis de la infección urinaria de origen postcoital.

Fosfomicicina 3 g vo, dosis única postcoital o 3 g cada 10 d, vo.

Profilaxis de las reinfecciones.

Fosfomicina 3g /10d, 6-12 meses.

Cistitis complicada (varones, inmunodeprimidos, pielonefritis en el último año, anomalías de las vías urinarias, instrumentación reciente, más de 7 d de evolución, recaídas).

Cefuroxima 500 mg/12 h, 5-7 d.

Alergia: Ciprofloxacino 500 mg/12 h vo, 5-7 d.

INFECCIONES RESPIRATORIAS

Bronquitis aguda.

No tratamiento antibiótico.

EPOC leve agudización.

No tratamiento antibiótico.

EPOC moderado o grave infección sobreañadida.

Amoxicilina-clavulánico 875/125 mg/8h vo, 7 d.

Alergia: Levofloxacino 500 mg/d vo, 7 d.

EPOC con bronquiectasias infección sobreañadida.

Ciprofloxacino 750 mg/12 h vo, 14 d. Realizar cultivo de esputo.

Neumonía adquirida en la comunidad.

Amoxicilina 1 g/8h vo, 7 d*.

Alergia: Levofloxacino 500 mg/d vo, 7 d.

*Neumonía atípica: asociar Azitromicina 500 mg/d vo, 5 d.

INFECCIONES GINECOLÓGICAS Y DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Vulvovaginitis por cándida.

· **Leve:** Clotrimazol 500 mg vaginal, dosis única.

· **Grave:** Fluconazol 150 mg/72 h, 2-3 dosis.

· **Recidivante:** Fluconazol 150 mg/72 h, 4 dosis. Continuar con Fluconazol 150 mg/7 d vo, 6 meses.

Vaginosis bacteriana.

Metronidazol 500 mg/12 h vo, 7d.

Alergia: Clindamicina en crema vaginal al 2% o Clindamicina 300 mg/12 h vo, 7 d.

Contacto de riesgo o agresión sexual (antes de cultivos).

Cefriaxona 250 mg im, dosis única + Doxiciclina 100/12 h vo.

7 d + Metronidazol 2g vo, dosis única.

Alergia: Azitromicina 1 g vo + Metronidazol 2g vo, dosis única.

Profilaxis VIH: Truvada® (Tenofovir+Emtricitabina) 1c/24h + Isentress® (Raltegravir) 1c/12h vo.

Remitir a Medicina Preventiva.

Sífilis primaria o secundaria.

Penicilina Benzatina 2.400.000 UI im, dosis única.

Alergia: Doxiciclina 100 mg/12 h vo, 14 d.

Sífilis latente tardía

Penicilina Benzatina 2.400.000 UI /semana im, 3 semanas.

Alergia: Doxiciclina 100 mg/12 h vo, 28 d.

Gonorrea (tratar simultáneamente Clamidia).

Cefriaxona 250 mg im, dosis única + Doxiciclina 100 mg/12 h vo, 7 d.

Herpes genital.

Valaciclovir 1 g/8 h vo, 7 d.

INFECCIÓN DE PIEL Y PARTES BLANDAS

Foliculitis, impétigo.

Mupirocina al 2%/8 h tópica, 10 d.

Celulitis, erisipela no complicada.

Amoxicilina 1g/8 h vo, 5-7 d.

Alergia: Clindamicina 600 mg/8 h vo, 5-7 d.

Celulitis, erisipela complicada (mordedura, comorbilidades...)

Amoxicilina-clavulánico 875/125mg/ 8 h vo, 14 d.

Alergia: Clindamicina 600 mg/8 h vo, 14 d.

INFECCIONES ORL

Infección dental (pericoronaritis, absceso periodontal, gingivoestomatis, alveolitis seca, pulpitis purulenta)*

Amoxicilina-clavulánico 875/125 mg/8h vo, 7d.

Alergia: Clindamicina 300 mg/8 h vo,7d.

Faringoamigdalitis aguda estreptocócica**

Fenoximetilpenicilina 500-800 mg/12 h vo, 8-10 d.

Alergia: Clindamicina 300 mg/8 h vo, 8-10 d.

Recurrente: Amoxicilina-clavulánico 875 mg/8 h vo, 8-10 d.

Otitis externa aguda

Neomicina/Polimixina B/Fluocinolona 5-10 got/4-6 h, 7-10 d

Si mala evolución: Ciprofloxacino 4-6 got/8 h + Ciprofloxacino 500-750 mg/12 h vo, 7-10 d.

Recurrencias: indicar profilácticamente gotas de ácido acético al 2% después del baño o piscina.

Otitis media aguda.

Sintomático.

Si no mejora en 48-72 h: Amoxicilina 1000 mg/8 h vo, 7 d.

Alergia: Levofloxacino 500 mg/d vo, 7d.

Fracaso amoxicilina tras 48 h: Amoxicilina-Clavulánico. 875/125 mg/8h vo, 8-10 d +/- Ciprofloxacino 4-6 got/8 h, 10 d.

Alergia: Levofloxacino 500 mg/d vo, 8-10 d.

Otitis media crónica simple.

Neomicina/Polimixina B 4 got /6 h, 10 d.

Alergia: Ciprofloxacino 4-6 got/8 h, 10 d.

Otitis serosa.

No precisa antibioterapia.

Sinusitis aguda, Rinitis mucopurulenta (>15 días).

Amoxicilina 1 g/8h vo, 8-10 d.

Alergia: Levofloxacino 500 mg/24 h, 8-10 d.

Si no mejora en 48 h: Amoxicilina-clavulánico 875/125 mg/ 8h, 8-10 d.

Alternativa: Cefuroxima 500 mg/12 h vo, 8-10 d.

Muguet

Leve: Nistatina 4-6 ml/6 h vo, 7-14 d.

Moderada-grave: Fluconazol 100-200 mg/d vo, 7-14 días.

* En el caso de gingivitis, fractura de esmalte, hipersensibilidad dentaria y caries que no lleguen a la pulpa (pulpitis no purulenta) no administrar antibiótico.

** Criterios de Centor (fiebre>38ºC, ausencia de coriza, odinofagia, exudado faringoamigdalar, adenitis regional).

- 4-5 criterios: tratamiento antibiótico.

-< 4 criterios: prueba antigénica rápida.

El rol de las redes sociales en el avance del liderazgo femenino en la medicina familiar

Kyle Hoedebecke, K.[1]; Colon-González, M.C.[2]; Monteiro, N.[3]; Germosen Almonte, Y.[4]; Mariani Borrero, Y.[5]; Hoedebecke, L[6].

1 MD MBA MS CKTP. PRESIDENTE, WONCA POLARIS. PROFESOR ASISTENTE DE MEDICINA FAMILIAR.
2 MD. PROFESORA ASISTENTE DE MEDICINA FAMILIAR. UNIVERSIDAD DE TEXAS-RIO GRANDE VALLEY.
3 MÉDICO DE FAMILIA. MIEMBRO DEL MOVIMIENTO VASCO DA GAMA.
4 MÉDICO DE FAMILIA. PROFESORA ASISTENTE EN LA PUCMM - PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA MADRE Y MAESTRA.
5 MÉDICO DE FAMILIA. MIEMBRO DEL MOVIMIENTO VASCO DE GAMA.
6 MAESTRA DE LENGUA CASTELLANA.

Cad Aten Primaria
Ano 2016
Volume 22 Extraordinario
Páx. 35 - 36

INTRODUCCIÓN

Desde la antigüedad, la medicina ha estado dominada por los hombres mientras que las mujeres se limitaban a posiciones subalternas y de cuidado, culturalmente aceptadas y socialmente convenientes. A pesar de los desafíos actuales, hoy en día existen más médicas que nunca antes en la historia[1]. El número de mujeres que eligen la medicina como carrera sigue creciendo. En 1960 las mujeres representaban solamente el 6% de todos los médicos y en el año 2000 constituían casi un tercio de esta población. Actualmente cerca de la mitad de los estudiantes de facultades de medicina son mujeres[1].

Existen diferencias en el estilo de práctica de las mujeres, quienes tienen una tendencia hacia los campos de atención primaria, la medicina preventiva, la educación sanitaria, el asesoramiento y las necesidades psicosociales de sus pacientes, en comparación a sus colegas del sexo masculino. A pesar de estar en un número cada vez mayor, las médicas ganan menos o están a menudo en posiciones asalariadas[1].

Podemos concluir que, aunque hoy en día hay una mayor participación femenina en roles médicos, todavía parece que las mujeres siguen enfrentándose a barreras laborales. A pesar de la importante representación de las mujeres en la fuerza de trabajo médico, en la actualidad pocos son los hospitales que tienen un jefe ejecutivo de sexo femenino o escuelas de medicina que tienen decanas.

En el nivel académico, la sub-representación de las médicas como profesoras asociadas persiste. A pesar de los avances, aún queda mucho trabajo para alcanzar los beneficios de la diversidad entre los estudiantes, profesores y líderes. La medicina académica debe permanecer enfocada en optimizar la participación plena y equitativa de ambos sexos[2].

Aumentar el número de médicas en puestos de liderazgo es fundamental para asegurar el éxito de la medicina académica en el futuro. Las mujeres quedan desplazadas de cargos de liderazgo no por opción propia - sino debido a múltiples barreras. Por ejemplo, el permiso de maternidad es considerado un problema o situaciones donde las mujeres asertivas son percibidas como una amenaza en lugar de ser vistas como alguien que trabaja bien en equipo.

De hecho, las médicas en general dan un alto valor al liderazgo como parte de su carrera. En un estudio reciente, de todas las participantes, el 88% dijo que asumir un papel de liderazgo en el lugar de trabajo es importante para su desarrollo profesional[3]. Existen distintos obstáculos para que las mujeres ejerzan funciones de liderazgo. Uno de éstos es la falta de mentores y modelos a imitar. En esta esfera, podemos considerar los medios sociales como una plataforma poderosa que puede ser utilizada para generar un cambio positivo para las mujeres en la medicina. La velocidad en la que las redes sociales conectan a los usuarios constituye una herramienta fundamental para movilizar a las médicas a crear estructuras de apoyo y desarrollo profesional.

Históricamente, las mujeres participaron activamente en internet. Entre diciembre de 2009 y diciembre de 2012, la participación femenina en las redes sociales fue significativamente más alta que la de los hombres. Durante este período, la proporción de mujeres que utilizaron estas plataformas digitales fue un 10% más numerosa que los hombres[4].

Las redes sociales hacen que sea fácil la conexión virtual con colegas, incluso cuando el encontrarse entre sí en la sala de médicos se torna difícil. Así se crean oportunidades de tutoría y búsqueda de nuevas oportunidades de carrera. Las redes sociales actúan como promotoras de la voz de las mujeres en los foros médicos. Las médicas han encontrado una voz común que nunca antes ha existido y han descubierto nuevas posibilidades de incrementar su influencia y acceder a puestos de liderazgo.

MÉTODOS

Con el objetivo de caracterizar por género, la población de cada uno de los siete grupos de médicos jóvenes (en inglés Young Doctors Movement o YDMs) de la Organización Mundial de Médicos Familiares (WONCA), fueron analizadas las cuentas registradas en las redes sociales de Facebook y sus miembros catalogados en tres grupos: hombres, mujeres y no identificados (refiriéndose éste último a grupos en los cuales no fue posible la identificación de género de todos los participantes). En este estudio también fueron evaluados los grupos de FM Changemakers y YDM Rural, así como los participantes de las iniciativas #1WordforFamilyMedicine y YDM #SoMe Ambassadors.

De igual manera, y con los mismos criterios, fueron evaluadas las quince cuentas más influyentes en Twitter de algunos de los recientes eventos de movimientos jóvenes de WONCA. Los resultados fueron reportados por el sitio web Symplur.

RESULTADOS

Tabla 1. La participación de médicos jóvenes en las redes sociales (Las estadísticas son referentes al 20 de enero de 2016).

YDM	HOMBRES	MUJERES	Nº ID	TOTAL
Polaris	670	993 (59,7%)	65	1728 (1663)
Vasco da Gama	742	903 (54,9%)	11	1656 (1645)
Waynakay	217	419 (64,9%)	10	646 (636)
Rajakumar	142	207 (58,8%)	3	352 (349)
Spice Route	154	140 (47,3%)	2	296 (294)
AfriWon Renaissance	132	76 (36,5%)	0	208 (208)
Al Razi	96	70 (42,2%)	2	168 (166)
YDM Initiatives				
FMChangemakers	97	137 (58,5%)	2	236 (234)
YDM Rural	29	34 (54,0%)	1	64 (63)
#1WordforFamilyMedicine	31	53 (63,1%)	1	85 (84)
YDM SoME Ambassadors	43	66 (60,6%)	0	109 (109)
Twitter Influencers (Top 15)				
#Polaris15	4	7 (63,4%)	4	15 (11)
#7CPMFC	2	9 (81,8%)	4	15 (11)
#Waynakay2015	2	13 (86,6%)	0	15 (15)
#VdGMForum	5	7 (58,3%)	3	15 (12)

DISCUSIÓN

Los resultados demuestran una mayor presencia de la población femenina en 4 de los 7 grupos de médicos jóvenes de la WONCA, lo que parece influenciar el éxito y el impacto de los mismos. Esta misma tendencia fue observada en cada una de las cuatro iniciativas (YDM Initiatives) y también en los cuatro eventos influyentes en Twitter. Vale destacar que por su difícil interpretación y poca relevancia en el resultado final, el grupo de los no identificados fue excluido de la caracterización.

Los resultados parecen estar en armonía con lo anteriormente descrito, demostrando la fuerza e importancia que las médicas han tomado en las redes sociales, motivando aún más la participación de otras y modificando el rumbo de estos grupos de interacción entre colegas.

CONCLUSIONES

Las redes sociales se han convertido en el medio de comunicación preferido para más de mil millones de usuarios, donde se comparte información que de otra manera sería imposible lograr[9]. Los profesionales de la salud utilizan los medios sociales para conectarse con colegas, educar, aprender e involucrarse en la abogacía[10]. Además, éstos proveen una herramienta para el desarrollo del liderazgo a través de la visibilidad y el acceso a modelos a seguir[11].

Un estudio de investigación estadounidense recientemente publicado demostró que no existen suficientes médicas liderando en los departamentos académicos de más de 50 escuelas de medicina en los Estados Unidos[6]. Los investigadores sugieren que la solución es la elección de criterios inteligentes de admisión laboral y la creación de oportunidades de innovación que pueden ser la clave para impulsar la participación femenina en esos cargos.

Así podemos concluir que esta representación importante de la fuerza femenina en los grupos de trabajo de los médicos jóvenes de la WONCA demuestra el interés cada vez mayor y las oportunidades crecientes que van siendo creadas por las médicas para fomentar el trabajo en equipo y motivar vigorosamente a otras que deseen formar parte de la red. Los autores sugieren que las redes sociales deben ser usadas para reclutar y desarrollar el liderazgo de otras médicas jóvenes.

Las mujeres que se han expuesto como líderes en su contexto social tienden a dejarse llevar menos por estereotipos de género que aquellas que no se han expuesto a tal experiencia[7]. Una mujer líder consigue inspirar al resto de las mujeres de su entorno, grupo o red social - rompiendo estereotipos, mejorando el funcionamiento del equipo y motivando en sus colegas la búsqueda del ejercicio del liderazgo[8].

Éste ha sido un trabajo inicial y pionero en esta área. Es primordial recolectar más datos acerca de la forma en la cual las mujeres ejercen su posición de liderazgo en los entornos médicos. Los siguientes estudios deben incluir información cualitativa y cuestionarios directos a estas médicas y a sus compañeros de trabajo.

Las redes sociales han cambiado la forma en la que los médicos interactúan con sus colegas y pacientes. Como las mujeres han comprobado ser los usuarios más activos en la población general, y también entre los médicos jóvenes, es indispensable el uso de esta plataforma para mejorar el reclutamiento, entrenamiento y empoderamiento femenino para romper barreras tradicionales y construir enlaces mundialmente.

REFERENCIAS

1. Mamta Gautam. Women in medicine: stresses and solutions. West J Med 2001; 174:37-41.
2. Association of American Medical College. The State of Women in Academic Medicine The Pipeline and Pathways to Leadership. 2013-14.
3. Stephanie Cajigal; Greg Weiss; Nelson Silva. Women as Physician Leaders. Medscape. September 17, 2015.
4. Maeve Duggan. It's a woman's (social media) world. Pew Research Center's. September 12, 2013.
5. Demographics Of Social Media By Gender. Business Insider. 2015.
6. Wehner Mackenzie, R., Nead Kevin, T., Linos Katerina, Linos Eleni. Plenty of moustaches but not enough women: cross sectional study of medical leaders BMJ 2015; 351:h6311.
7. Dasgupta, N., Asgari, S. Seeing is believing: exposure to counter stereotypic women leaders and its effect on the malleability of automatic gender stereotyping. J Exp Soc Psychol 2004; 40: 642-58.
8. Flores-Domínguez, Carmina.Feminización en medicina: liderazgo y academia. Educ. méd. [revista en la Internet]. 2012 Dic; 15(4): 191-195.
9. Pillow, M., Hopson, L., Bond, M., Cabrera, D., Patterson, L., Pearson, D., et al. Social Media Guidelines and Best Practices: Recommendations from the Council of Residency Directors Social Media Task Force. West J Emerg Med 2014;15(1):26-30.
10. Toney, B., Goff, D.A., Weber, R.J. Social Media As a Leadership Tool for Pharmacists. Hosp Pharm. 2015 Jul;50(7):644-8.
11. Moorley, C., Chinn, T. Developing nursing leadership in social media. J Adv Nurs. 2016 Mar;72(3):514-20.

Na hipertensión arterial (HTA) resistente, ¿cal debe ser o cuarto fármaco a empregar?

Muíño López-Álvarez, X.L.[1]; Conde Guede. L.[1]; Gestoso Lamazares, T.[1]; Gómez Sánchez, L.[1]

1 CENTRO DE SAÚDE MARIÑAMANSA. OURENSE.

Cad Aten Primaria
Ano 2016
Volume 22 Extraordinario
Páx. 37 - 38

O estudo que presentamos hoxe trata sobre que fármaco empregar cando non controlamos a HTA con tres fármacos: Spironolactone versus placebo, bisoprolol, and doxazosin to determine the optimal treatment for drug-resistant hypertension (PATHWAY-2): a randomised, double-blind, crossover trial. Bryan Williams, Thomas M. MacDonald, Steve Morant, David J. Webb, Peter Sever, Gordon McInnes, Ian Ford, J. Kennedy Cruickshank, Mark J. Caulfi eld, Jackie Salsbury, Isla Mackenzie, Sandosh Padmanabhan, Morris J. Brown, for The British Hypertension Society's PATHWAY Studies Group*. Lancet. 2015 Nov 21; 386(10008): 2059-2068

OBXECTIVO

Demostrar que a HTA resistente, definida como a presión arterial (PA) que permanece elevada a pesar do tratamento instaurado con IECA/ARAII, máis antagonistas do calcio e diurético tipo tiazídico, débese na súa maior parte á retención de sodio e que, polo tanto, a espironolactona sería o fármaco a engadir.

MATERIAL E MÉTODOS

Trátase dun estudo cruzado, controlado con placebo, doble cego, realizado durante 12 meses no Reino Unido en 12 centros de atención secundaria e 2 centros de atención primaria.

Incluíronse pacientes de entre 18 e 79 anos que presentaron cifras de PA sistólica (PAS) de 149 mm Hg ou maior (maior ou igual a 135 mm Hg no caso de pacientes diabéticos) a pesar de tratamento óptimo durante polo menos 3 meses. O tratamento óptimo defínese como as doses máximas toleradas dun inhibidor da enzima convertidora da anxiotensina ou antagonista dos receptores da anxiotensina II, un bloqueador dos canais de calcio e un diurético tipo tiazídico.

A maioría dos pacientes incluidos neste estudo eran homes: 230 fronte a 105 mulleres, cunha idade media de 61,4 anos. As cifras basais de PA ambulatoria foron de 147,6/84,2 mm Hg, e as cifras basais de PA medidas na clínica foron de 157,0/90,0 mm Hg. O filtrado glomerular medio foi de 91,1 ml/min.

Tras un mes de tratamento con placebo, os pacientes rotaron por catro ciclos aleatorizados de tratamento con espironolactona de 25-50 mg, doxazosina de 4-8 mg, bisoprolol de 5-10 mg e placebo. Cada ciclo durou 12 semanas de tratamento (as 6 primeiras coa dose máis baixa do fármaco e as 6 semanas seguintes coa dose máis alta). Non houbo período de lavado. A medida da PA realizouse de maneira ambulatoria para evitar o efecto bata branca e para reducir o efecto placebo.

Os obxectivos primarios que se estableceron no estudo foron valorar as diferenzas na PAS entre:

- espironolactona e placebo
- espironolactona e os outros dous fármacos activos xuntos (doxazosina e bisoprolol)
- espironolactona e cada un dos outros dous fármacos por separado

Ademais tamén se analizaron como obxectivos secundarios a resposta da PA aos tratamentos aleatorizados, as taxas de control da PA, as concentracións de renina plasmática e as taxas de eventos adversos durante cada ciclo de tratamento.

Foron aleatorizados 335 pacientes, dos cales 314 tiveron un seguimento por análise de intención de tratar con algún dos fármacos, e 230 completaron todos os ciclos de tratamento. A PA e as taxas de resposta aos tratamentos foron analizadas mediante modelos de regresión loxística.

RESULTADOS

A reducción da PAS tras o ciclo de tratamento con espironolactona foi superior ao tratamento con placebo (-8,70 mm Hg [IC 95%: -9,72 a -7,69]; p<0,0001), cos dous tratamentos activos doxazosina e bisoprolol (-4,26 [IC 95%: -5,13 a -3,38]; p<0,0001), co tratamento con doxazosina (-4,03 [IC 95%: -5,04 a -3,02]; p<0,0001) e co tratamento con bisoprolol (-4,48 [IC 95%: -5,50 a -3,46]; p<0,0001). Estas diferenzas foron aínda maiores ao empregar a dose máis alta de espironolactona. A espinorolactona mostrou a maior diferenza entre as doses altas e baixas, independentemente do tratamento asignado no ciclo previo.

A taxa de control da PAS con espironolactona foi do 58%, sendo superior ás taxas acadadas cos outros tratamentos. Houbo unha clara relación inversa entre a baixada da PAS con espironolactona e a renina plasmática, xa que a maior efecto hipotensor as concentracións de renina eran menores, e soamente en pacientes con cifras moi elevadas de renina, a espironolactona era só lixeiramente inferior a bisoprolol.

Tódolos tratamentos foron ben tolerados, con similares taxas de eventos adversos. Chamativamente, as interrupcións do tratamento debidas a dano renal, hiperkaliemia e xinecomastia non foron máis elevadas coa espironolactona en relación cos outros tratamentos. Soamente 6 pacientes do estudo acadaron niveis de potasio sérico por riba de 6 mmol/L, e en ningún caso tiveron repercusións clínicas.

DISCUSIÓN

O PATHWAY-2 demostra que a espironolactona foi o fármaco máis efectivo e seguro para o descenso da PA nos pacientes con HTA resistente, tanto na magnitude de resposta como na proporción de pacientes con PA controlada e na proporción nos que foi máis efectiva que os fármacos non diuréticos. Outros estudos con bases amplas de pacientes xa demostraran a seguridade da espironolacona no tratamento da HTA[1,2].

Estes achados suxiren que o mecanismo fisiopatolóxico da HTA resistente se debe á retención de sodio.

Como datos do bo deseño do estudo estarían:

- Tratamento directamente observado e análisis de orina que detectaban os niveis de fármacos, que demostraron moi altas taxas de adherencia aos tratamentos.
- PAS medida na casa para evitar o efecto bata blanca.
- O diseño cruzado do estudo permite observar como cada fármaco afecta nun mesmo paciente.

Entre as limitacións atopamos:

- Somente 3 meses de exposición a cada fármaco pode considerarse como unha duración curta o cal pode minimizar os efectos adversos.
- Levouse a cabo en pacientes caucásicos, polo que non está claro se os resultados son extrapolables a outros grupos étnicos.
- A ausencia de periodo de lavado.
- Non se inclúen datos de morbimortalidade.

CONCLUSIÓN

Polo tanto, podemos concluir que a espironolactona sería o fármaco a engadir nos pacientes con HTA resistente que permanecen con cifras elevadas a pesar do tratamento con tres fármacos. Deste xeito, poderiamos pasar a cambiar a definición de dita HTA resistente, e definila como aquela que non se controla a pesar do tratamento cos tres fármacos máis a espironolactona.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dahal, K., Kumwar, S., Rijal, J., Algatahni, F., Panta, R., Isha, K., et al. The effects of aldosterone antagonists in patients with resistent hypertension: A meta-analysis of randomized and nonrandomised studies. Am J Hypertens. 2015;28:1376-85. 2.
2. Liu, G., Zheng, X.X., Xu, Y.L., Lu, J., Hui, R.T., Huang, X.H. Effect of aldosterone antagonist on blood pressure in patients with resistant hyperternsion: A meta-analysis. J of Hum Hypertens. 2015;29:159-66.

Cad Aten Primaria
Ano 2016
Volume 22 Extraordinario
Páx. 39 - 40

Elemental, querido Watson

Sevillano Torrado, C.[1]; Rodríguez López, V.[2]; Casas Bouzas, A[1].

1 SERVICIO DE NEUROOFTALMOLOGÍA DE CLÍNICA EUROESPES (BERGONDO, A CORUÑA)

2 PUNTO DE ATENCIÓN CONTINUADA LALÍN

INTRODUCCIÓN

Las fenotiacinas son fármacos neurolépticos utilizados para las psicosis,[1-5]. Se ha relacionado su uso prolongado con hiperpigmentación de faneras y particularmente en diversas estructuras oculares[1,5], habitualmente sin repercusión clínica[1,5]. El fármaco paradigma de este trastorno, por ser el más conocido y utilizado, es la clorpromacina, pero puede ocurrir con cualquiera de sus derivados[1-5].

CASO CLÍNICO

Mujer de 30 años que acude sola mostrando síntomas de crisis esquizoparanoide. La ausencia de historial y de familiares dejaba incompleta la evolución de su patología (antigüedad, fármacos en uso…) hasta que una revisión en nuestro gabinete dio algo de luz que confirmara el diagnóstico.

Presentaba unos depósitos precapsulares, sin afectación de la visión (figura 1 y 2), de modo que pudimos concluir que llevaba una dosis acumulada de ciertos fármacos que ayudaban a completar sus antecedentes.

Fig. 1. Depósitos blanquecinos capsulares en ojo derecho.

Fig 2. Depósitos estrellados capsulares en ojo izquierdo.

PREGUNTA

¿De qué fármaco se trata?

- Amiodarona
- Fenotiacinas
- Isotretinoína
- Tamoxifeno
- Antiinflamatorios no esteroideos

Todos estos fármacos producen depósitos oculares (corneales, retinianos...) pero en este caso se trata de fenotiacinas y, al menos, según la bibliografía, sabemos que llevaba una dosis acumulada mínima de 300 gramos. Posteriormente se confirmó que la paciente llevaba al menos 7 años utilizando clorpromacina, tioridazina, pipotiazina, levomepromacina, y otros neurolépticos (clásicos como haloperidol, atípicos como la clotiapina o la risperidona), combinados de diferentes formas a lo largo de su vida, con una dosis acumulada resultante de más de 1200 gramos, si bien sabemos que la dosis tiene que ser mayor ya que refieren tratamiento desde la adolescencia y nosotros tenemos constancia de tratamiento sólo desde que acudió a nuestro centro. Esto permitió conocer que era una psicosis paranoide de largo tiempo de evolución.

El resto de la exploración era anodina, con una agudeza visual corregida de unidad en ambos ojos, y sin afectación de estroma corneal ni con depósitos retinianos objetivables.

DISCUSIÓN

La primera referencia que se obtiene de depósitos oculares debido a fenotiacinas la describió Greiner[5] en 1964. Además de la hiperpigmentación cutánea[1-5], que sí puede ser reversible retirando el fármaco[2,3], nos centraremos en la repercusión ocular.

Las cuatro estructuras en donde podemos visualizar dichos depósitos son la conjuntiva bulbar (24%), que se vuelve parduzca-amarillenta[1-5], la cápsula anterior del cristalino (24%), con depósitos habitualmente blanquecinos y centrados en área pupilar[1-5], el estroma corneal posterior[1-5] más raramente (1%), aunque realmente se afecta todo el espesor corneal[2] y hay descrito algún caso de afectación retiniana[1]. La afectación capsular es la más frecuente[1-5] y precede a la corneal[2].

Hay varias teorías de patogenia[4], pero en todas ellas interviene la luz: ello explica que siempre sean zonas expuestas a la radiación ultravioleta[1-5] (incluida la piel[1]) y explica, por ejemplo, que nunca haya depósitos en la periferia de la cápsula anterior[1-5].

También está bastante comprobado que dichos depósitos no regresan con la retirada de fármaco[1-4] y que son dosis dependiente[1-5], sin intervenir

ni sexo ni edad[1]. Dicha dosis de riesgo comienza al acumular más de 300 gramos[1,2,4,5], si bien los casos con mayor afectación superaban los 1500 gramos[1,4]. Como hemos explicado, nuestra paciente probablemente superase los 1500, aunque no podemos objetivar más de 1233.

Aunque hay casos con disminución de agudeza visual achacable a estos transtornos oculares[2,3,4], en general no suelen tener repercusión clínica[1,5]. Razeghinejad[4] observó pleomorfismo y polimegatismo en el endotelio corneal de estos pacientes.

No se ha hallado ningún tratamiento efectivo para ellos[2], por lo que ante la aparición de estos signos, es importante reducir la dosis cambiando la fenotiacina por otro neuroléptico de diferente familia[1-5], y medidas ambientales como protección solar[1-3].

También queremos hacer hincapié con este caso a la importancia de la oftalmología como herramienta para ayudar al diagnóstico y seguimiento de enfermedades sistémicas.

BiBLIOGRAFÍA

1. Pouget, R.; Blayac, J.P.; Largey, B.; et al. Corneal and lens deposits due to treatment by phenothiazine type neuroleptics. Ann Med Psychol (Paris). 1976 Mar;1(3):403-7.

2. Webber, S.K.; Domniz, Y.; Sutton, G.L. Corneal deposition after high-dose chlorpromazine hydrochloride therapy. Cornea. 2001 Mar;20(2):217-9. Huff, L.S.; Prado, R.; Pederson, J.F. Chlorpromazine-induced skin pigmentation with corneal and lens opacities. Cutis. 2014 May;93(5):247-50.

3. Razeghinejad, M.R., Nowroozzadeh, M.H., Zamani, M. In vivo observations of chlorpromazine ocular deposits in a patient on long-term chlorpromazine therapy. Clin Experiment Ophthalmol. 2008 Aug;36(6):560-3.

4. Greiner, A.C.; Nicolson, G.A. Pigment deposition in viscera associated with prolongad chlorpromazine therapy. Can Med Assoc J. 1964 Sep 19;91:627-35.

Cad Aten Primaria
Ano 2016
Volume 22 Extraordinario
Páx. 41 - 42

¿Y usted, está bien vacunado?

Vidal Orge, M.P.[1]; Regueira Vidal, P.P.[2]; Martínez Barrios, J.[3]

1 MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA.SANTIAGO DE COMPOSTELA.
2 FARMACÉUTICA COLEGIADA EN EL COLEGIO OFICIAL DE FARMACÉUTICOS DE A CORUÑA.
3 MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. EOXI VIGO. TUTOR DE MFYC DE LA UNIDAD CENTRO DE SALUD DE REDONDELA.

Palabras clave: vacunas, adulto, calendario vacunal.

INTRODUCCIÓN

Varón de 62 años, vacunado de la gripe a los 56 años, que acude a consulta para obtener información sobre la necesidad de vacunarse nuevamente. Como antecedentes personales, el paciente presentaba una esplenectomía secundaria a accidente de tráfico a los 14 años; dislipemia e IAMCEST inferior Killip I con implante de stent fármaco-activo. Ex fumador desde hace 12 años. No ha prestado Servicio Militar. Historial de vacunas: Inmunización de la gripe en 2009.

PREGUNTAS

¿Necesita vacunarse otra vez de la gripe?

1 Sí, todos los años.

1. Sí, cuando se encuentre mal.
2. No, no tiene edad para vacunarse de la gripe.
3. No, ya se encuentra inmunizado.

Considerando su sus antecedentes médicos y personales ¿Está bien vacunado?

1 No, ya que presenta factores de riesgo.

1. Si, según recomendaciones de vacunación por edad.
2. Si, su estado es asintomático.
3. Si, sus factores de riesgo no son prevenibles con vacunas.

DIAGNÓSTICO

Paciente con calendario vacunal incompleto por edad y condiciones especiales.

EXPLICACIÓN FINAL

Tras identificar factores de riesgo para enfermedades prevenibles por las vacunas, como el tétano-difteria, y en su caso de asplenia anatómica, donde el riesgo de infecciones por bacterias encapsuladas y su forma invasiva es mayor que en la población general, se realiza una búsqueda activa en la historia clínica (electrónica y papel) de su historial de vacunas, donde solamente se objetiva vacunación de la gripe en 2009. Se le pregunta al paciente por vacunaciones anteriores, y este refiere vacunación propia de la infancia.

En este momento se recomienda vacunación de la gripe, lo que el paciente acepta, al mismo tiempo que se hace consulta al "Programa Galego de Vacinación (PGV)" para elaborar pauta de vacunación individualizada, basado en sus factores de riesgo/edad (Tabla 1).

Recomendaciones por vacuna y condiciones especiales

VACUNA		*ASPLENIA	DOSIS
Gripe	✓		1 (en campaña anual)
Tétanos Difteria	✓		5
Neumocócica	✓		VNP 23: 2 VNC 13: 1
Haemophilus influenzae b	✓		1
Meningococo C	✓		1
Meningococo B	✓		1

Tabla 1 . Calendario vacunal del adulto. Recomendaciones por vacuna y por condiciones especiales.

El paciente cuestiona la necesidad de vacunarse, pues nunca ha enfermado, y nadie se lo había recomendado antes. Le explicamos que las recomendaciones de las vacunas cambian con los años y que además en el momento de su intervención quirúrgica no existían algunas de las vacunas. Acepta vacunarse del neumococo (1 dosis de VNP 13) y posponer el resto hasta consultarlo con su cardiólogo.

A pesar de las evidencias publicadas sobre el impacto en la salud de la vacunación, existen dificultades en la implantación y aceptación de programas de vacunación en adultos, traduciéndose en coberturas vacunales muy bajas.

Los adultos con vacunación incompleta o no vacunados en su infancia deberían completar el esquema vacunal de forma correcta. El calendario del adulto contempla recomendaciones de vacunación a partir de los 60/65 años y contiene las indicaciones de dosis de recuerdo para algunas vacunas como el tétanos (Tabla 2).

Recomendaciones por vacuna y grupo de edad

VACUNA		GRUPOS DE EDAD (AÑOS) 60 – 64 AÑOS	≥ 65 AÑOS	DOSIS
Gripe				1 (en campaña anual)
Tétanos Difteria				1
Tosferina				1
Neumocócica				1
Herpes Zoster				1

Tabla 2 Calendario vacunal del adulto. Recomendaciones por vacuna y grupo de edad.

Los equipos de atención primaria desempeñan un papel muy importante en la recomendación e información de las vacunas. Por tanto, desde nuestras consultas, debemos seleccionar, de forma sistemática, los pacientes con factores de riesgo y susceptibles de vacunación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Calendario vacunal del adulto. Vacunar: no solo es cosa de niños. Disponible en: http://vacunarnosoloparaninos.blogspot.com.es/p/calendario-vacunal-adultos.html
2. Fisterra.com, Atención Primaria en la Red [sede Web]. A Coruña: Fisterra.com; 1990-. Disponible en: https://www.fisterra.com/guias-clinicas/vacunas/
3. Grupo de vacunas de la SEGG. Recomendaciones de vacunación para adultos y mayores 2015-2016 [Internet]. Madrid Disponible en: http://www.segg.es/media/descargas/SEGG-VACUNACION-2015-2016.pdf
4. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Coberturas de Vacunación [Internet]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/coberturas.htm
5. Murcia Salud, Portal Sanitario de la Región de Murcia. [sede Web]. Murcia: Consejería de Sanidad. Programa de vacunaciones. Disponible en: http://www.murciasalud.es/pagina.php?id=594&idsec=85#
6. Recomendaciones de Vacunación Para Adultos mayores de 60 años. [revista en Internet] Junio 2011; Vol. 12. Núm. 02. Abril. Disponible en: http://www.elsevier.es/es-revista-vacunas-72-articulo-recomendaciones-vacunacion-adultos-mayores-60-X1576988711249994
7. Salud Madrid, Portal de Salud de la Comunidad de Madrid. [sede Web]. Madrid: Comunidad de Madrid; Salud pública. Inmunizaciones y Vacunas. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/e?cid=1142427371738&language=es&pagename=PortalSalud%2FPage%2FPTSA_pintarContenidoFinal&vest=1354548071386
8. Servizo Galego de Saúde. [sede Web]. Santiago de Compsotela: Concellería de Sanidade. PROGRAMA GALLEGO DE VACUNACIÓN (PGV). Disponible en: http://www.sergas.es/Saude-publica/Programa%20Galego%20de%20Vacinaci%C3%B3n%20(PGV)?idioma=es
9. Vodopivec-Jamsek, V., de Jongh, T., Gurol-Urganci, I,. Atun, R., Car, J. Mobile phone messaging for preventive health care. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 12. Art. No.: CD007457. DOI: 10.1002/14651858.CD007457.pub2. PMID 23235643.

Cad Aten Primaria
Ano 2016
Volume 22 Extraordinario
Páx. 43 - 44

Fractura de lámina papirácea etmoidal

Robles Fernández, J.

MIR III MFYC CENTRO DE SAÚDE SÁRDOMA. EOXI VIGO.

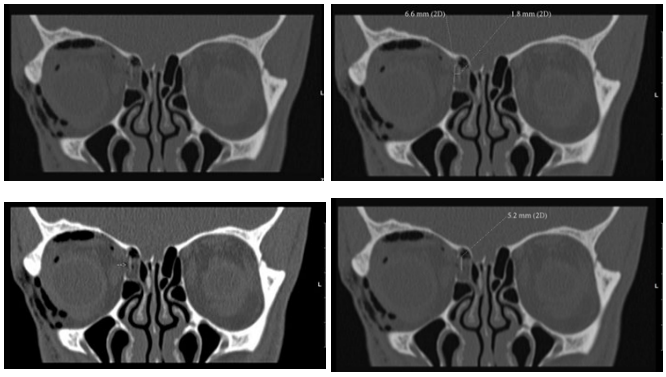
INTRODUCCIÓN

Varón de 31 años de edad, con alergia a ácaros, sin otros antecedentes médico-quirúrgicos de interés. El paciente practica kick-boxing de manera semiprofesional. Durante el entrenamiento de dicha práctica sufre impacto directo en zona ocular derecha. Permaneció durante todo el día asintomático, salvo epistaxis leve y autolimitada (una hora posterior al traumatismo), hasta que unas 8 horas después del proceso traumático, tras sonarse la nariz, súbitamente presentó edema palpebral derecho asociado a sensación de presión retroocular y dolor periocular. En ningún momento el paciente presentó vómitos, aunque sí refería náuseas. Negaba diplopia y disminución de la agudeza visual.

En la exploración física destacaba edema periocular en ojo derecho, crepitación periorbitaria inferior externa del mismo ojo y limitación leve para su supraducción. La PIO estaba en rango de normalidad, así como el resto de exploración ocular (Lámpara de hendidura y fondo de ojo). Así mismo las exploraciones sistémica y neurológica eran completamente normales.

Dados los hallazgos exploratorios se solicitó de manera Urgente un TC de órbita, informado como fractura de la lámina papirácea del etmoides (pared interna de la órbita derecha), con desplazamiento medial (2 mm) del fragmento óseo que mide aprox. 5,3 mm de diámetro craneocaudal, con presencia de aire intraorbitario y subcutáneo periorbitario.

Se instauraron medidas conservadoras tras comentar el caso con cirugía maxilofacial, pautando al alta amoxicilina-clavulánico 875/125 cada 8 horas (durante 10 días), deflazacort 30mg cada 12 horas (durante 10 días, en pauta descendente) e ibuprofeno 600mg cada 8 horas en caso de dolor, así como medidas generales (evitar maniobra de Valsalva, el ejercicio físico y los esfuerzos). Fue visto en consultas externas de cirugía maxilofacial a los 3 días del evento, desestimándose la opción quirúrgica por la buena evolución con tratamiento conservador.



DIAGNÓSTICO

En resumen, se trata de un varón de 31 años que sufre traumatismo directo sobre zona ocular y que permanece asintomático, hasta que 8 horas más tarde, tras Valsalva, debuta con edema periocular y crepitación periorbitaria, realizándose TC orbitario con el diagnóstico de fractura de la lámina papirácea etmoidal.

DISCUSIÓN

La presencia, tras traumatismo facial, o incluso en algunos casos, de manera espontánea tras maniobra de Valsalva, de enfisema orbitario y/o dolor debe hacernos sospechar la lesión de la lámina papirácea etmoidal, especialmente cuando esta se acompaña de epistaxis previa. Es frecuente que estos síntomas se retrasen hasta que se produzca el aumento de presión en la vía aérea superior.

Es importante en dicha sospecha clínica, realizar una exploración física detallada así como pruebas complementarias radiológicas para descartar complicaciones que serían subsidiarias de manejo quirúrgico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Muñoz, G. S., Ríos, B. R., Rodríguez, O. M., Palma, D. C., Zúñiga, G. P. Enfisema orbitario espontáneo tras la maniobra de Valsalva. Rev Med Chil [Internet]. Sociedad Médica de Santiago; 2015 Feb [cited 2016 Jun 6];143(2):257-61. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872015000200014&lng=en&nrm=iso&tlng=en
2. Alimehmeti, R., Gjika, A., Kruja, J., Tirana, A. Orbital emphysema after nose blowing. Neurology [Internet]. 2011 [cited 2016 Jun 6];76. Available from: http://www.neurology.org/content/76/14/1274.full.html
3. Mohan, B., Singh, K.P. Bilateral subcutaneous emphysema of the orbits following nose blowing. J Laryngol Otol [Internet]. 2001 Apr [cited 2016 Jun 6];115(4):319-20. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11276340
4. Taguchi, Y., Sakakibara, Y., Uchida, K., Kishi, H. Orbital emphysema following nose blowing as a sequel of a snowboard related head injury. Br J Sports Med [Internet]. 2004 Oct 1 [cited 2016 Jun 6];38(5):e28-e28. Available from: http://bjsm.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bjsm.2003.007112

AGAMFEC
estrea nova web

máis actualidade · máis información · máis participación

AGAMFEC
ASOCIACIÓN GALEGA DE MEDICINA FAMILIAR E COMUNITARIA

www.agamfec.com