SVMFIC

Revista Valenciana de Medicina de Familia

PUBLICACION OFICIAL DE LA SOCIEDAD VALENCIANA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

REVISTA N 19
OTOÑO 2005

EDITORIAL

La presión asistencial

NUESTRO TRABAJO DIA A DIA

Informática en Atención Primaria
Abucasis en zapatillas

GACETA

EL TRABAJO DE LOS GRUPOS

Encuesta sobre necesidades de formación de tutores de residentes.

RINCON DEL SOCIO

PRACTICA CLINICA

Alucinaciones visuales en anciano con enfermedad de Parkinson

PAGINA DEL RESIDENTE

Objetivos 2005-06 de la SVMFIC para los residentes
Apuntes de la Historia de la Medicina de la Comunidad Valenciana: Dr. Balmis

AGENDA

NO TODO ES CIENCIA

Nuevo diccionario terminológico de las ciencia médicas.

NORMAS DE PUBLICACION

SVMFIC

REVISTA VALENCIANA DE MEDICINA FAMILIAR

Publicación Oficial de la Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria

Santa Cruz de la Zarza 4, bajo. 46021 VALENCIA..Telf:96 3392756 - Fax 96 3619460.
E-mail: svmfyc@svmfyc.org URL:www.svmfyc.org

JUNTA DIRECTIVA

Presidente:
Domingo Orozco Beltrán
Vicepresidentes:
Jorge Navarro Pérez
Joan Puig Barberá
Secretario:
Jose Javier Blanquer Gregori
Tesorero:
Enrique Soler Bahilo
Vocal Organización Alicante:
Pilar Valencia Valencia
Vocal Organización Valencia:
Juan Carlos Campos González
Vocal Organización Castellón:
Mª Carmen Gallego García
Vocal de Pregrado:
Pilar Roca Navarro
Vocal de Residentes:
Juan V. Quintana Cerezal
Vocal de Grupos de Trabajo:
Vicente Gil Guillén
Vocal de Docencia:
Carmen Fernández Casalderrey
Vocal de Investigación:
Ines Montiel Higuero
Vocal de Prensa:
Mª Carmen Martínez León
Vocal de Empleo:
Vicente Pascual Martorell Adsuara

COMITE EDITORIAL

MªPilar Botija Yagüe
Victoria Gosalbes Soler
Cristela Lázaro Romero
MªCarmen Martínez León
Vicente Pascual Martorell Adsuara
Enrique Mascarós Balaguer
Juan Vicente Quintana Cerezal
Ángela Rodríguez Relucio
Cristina Romany Pastor
Cecilia Ruiz Jiménez
Amparo Iraola Lliso
Oscar Pérez Quintana
Heliodoro Ibáñez Bargues
Amparo Iraola Lliso
Oscar Pérez Quintana
Heliodoro Ibáñez Bargues

Revista Editada por:
Sociedad Valenciana de Medicina de Familia y Comunitaria.

ISSN 1575-4855

EL COMITÉ EDITORIAL NO SE HACE RESPONSABLE DE LOS CONTENIDOS DE LOS ARTÍCULOS DE OPINIÓN.

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida , transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, sin el permiso de los titulares del Copyright.

Imprime: GRAPHI- 1, S.L. Picassent. Diseño de portada y maquetación: Jose Maria López. (Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria)

SVMFIC
SOCIETAT VALENCIANA DE
MEDICINA FAMILIAR I COMUNITARIA

Revista N 19

Otoño 2005

SUMARIO

REVISTA N 19
Otoño 2005

4 EDITORIAL

La presión asistencial

5 NUESTRO TRABAJO DIA A DIA

Informática en Atención Primaria
Abucasis en zapatillas

14 GACETA

17 EL TRABAJO DE LOS GRUPOS

Encuesta sobre necesidades de formación de tutores de residentes.

23 RINCON DEL SOCIO

25 PRACTICA CLINICA

Alucinaciones visuales en anciano con enfermedad de Parkinson

27 PAGINA DEL RESIDENTE

Objetivos 2005-06 de la SVMFIC para los residentes
Apuntes de la Historia de la Medicina de la Comunidad Valenciana: Dr. Balmis

29 AGENDA

30 NO TODO ES CIENCIA

Nuevo diccionario terminológico de las ciencia médicas.

31 NORMAS DE PUBLICACION

La presión asistencial

Pasado ya el verano , para una gran cantidad de compañeros ha llegado el momento esperado de realizar la famosa entrevista, que ponga fin a las pruebas de selección de una muy cuestionada oposición a una plaza fija como Médico de Equipo de Atención Primaria .

Han sido muchos los motivos para desear que nunca más vuelva a realizarse una Oferta Pública de Empleo de estas características, tanto por la finalidad, consolidar un empleo después de años de interinidad, como por el método elegido de selección, que no ha garantizado una objetividad y transparencia.

Esperemos que las nuevas ofertas públicas de empleo se lleven a cabo según lo establecido en el R.D 7/2003 de la Consellería de Sanitat donde se dice que dicha normativa: " busca afirmar la estabilidad en el empleo, la planificación eficiente de los recursos humanos, la seguridad jurídica y la previsión de unos procedimientos selectivos asentados y transparentes desde el convencimiento de que la selección de los mejores profesionales redundará en la mejora de la calidad de los servicios públicos que prestan a los ciudadanos, y en concreto en la humanización de la asistencia sanitaria…."

La misma normativa dice "… desvincular los procesos Selectivos de los Concursos de traslados…" y "…serán convocados como mínimo cada dos años ".

Es evidente que todo esto de momento es un deseo más que una realidad. Por lo que a nosotros respecta, como Sociedad Científica debemos participar en el modelo de Selección de Personal de los Médicos de Familia. No olvidemos que es como se denomina legalmente a todos los Médicos de Atención Primaria.

Se están desarrollando nuevos modelos de gestión basados en Gestión por Competencias, donde se compara el perfil que un trabajo o rol profesional debe tener, con el perfil que la persona que lo ocupa presenta o debe presentar. La posibilidad de que tengamos bien establecido a nivel estatal el Mapa Competencial del Médico de Familia nos ayudará enormemente como base para la toma de decisiones a la hora de seleccionar profesionales, reconocimiento de sus méritos, promoción interna, incentivaciones, formación y planes de desarrollo individual o colectivo.

Desde semFYC se está trabajando para poder tener una herramienta (Portfolio) que permita evaluar de manera objetiva al profesional es toda su dimensión operativa y sea exportable a cualquier Dirección de Recursos Humanos que quiera hacer una selección de Médicos de Familia para su plantilla.

Queremos dar la enhorabuena a los que lograrán consolidar su empleo y nuestro apoyo incondicional a los que no lo han logrado. Esta ocasión también merece la pena utilizar la que se ha hecho célebre coletilla " NUNCA MAS " y decir que los responsables han sido políticos de una como de otra ideología. Es hora que los profesionales digamos algo.

Vicente P. Martorell Adsuara
Vocal de empleo SVMFIC

NUESTRO TRABAJO DIA A DIA

La informatización un elemento más para la variabilidad en la Atención Primaria

Blanquer J.J. Villagrasa F. Botija P. Montiel I. Valencia P. Alonso A.

La introducción de elementos informáticos en el entorno clínico de la atención primaria de nuestra comunidad no es ya un hecho aislado, sino que parece deberse cada vez más a un esfuerzo de planificación e inversión sistemática desde la administración. La informatización de nuestro entorno laboral, si bien puede aportar enormes beneficios y facilitar el abordaje de nuestra atención, no está exenta de problemas, de hecho, uno de los problemas que pueden producirse es la "variabilidad en la utilización de la herramienta por parte de los profesionales", siendo el propósito de este artículo el análisis de sus causas así como plantear las estrategias operativas que permitan su solución.

La informatización ha de aprovecharse como excusa para realizar o potenciar los cambios de modelo de organización sanitaria y sistemas de información, y elevar al máximo la productividad del mismo, siendo su meta la de contribuir a resolver los problemas sanitarios de la población con la máxima equidad y eficiencia. Por lo que ha de contemplarse integrada en un proyecto de mejora de la atención sanitaria que postule las ventajas que han de recibir todos los agentes implicados (ver tabla 1)1-3:

Los profesionales queremos que la informática solucione problemas acuciantes del día a día y relacionados con los pacientes a los que atendemos, pero también con nuestra organización interna (que muchas veces es fruto de la inercia), prestando su servicio a la labor sanitaria3-4: a) facilitando la formación continuada de los profesionales; b) posibilitando cambios organizativos mediante la desburocratización de las consultas, reorganización de las agendas de los profesionales; c) apoyando la toma de decisiones clínicas en la propia consulta, y d) sirviendo de soporte de los sistemas de información.

Tabla 1: Ventajas de la informatización en los agentes implicados:

- **La población**: contribuyendo a aumentar la calidad, la accesibilidad y la equidad de los servicios.
- **Los profesionales**: aumentando los conocimientos científicos y la efectividad.
- **La administración**: mostrando la eficiencia y rentabilidad social (relación de las necesidades sanitarias resueltas respecto a las existentes) de las acciones sanitarias emprendidas.

Disponer de una historia clínica electrónica de uso generalizado permite introducir herramientas de seguimiento de los procesos relacionados con la asistencia (procesos, guías clínicas, etc.), así como analizar indicadores de resultados en la práctica habitual de los distintos profesionales. Por tanto, los objetivos generales de la informatización, han de traducir las estrategias que conduzcan hacia esta meta, y que podríamos sintetizarlos en3-5:

- Generar circuitos eficientes de atención, identificando claramente los flujos de los procesos.
- Transformar de forma eficiente los datos (de los que, en realidad, en muchas ocasiones ya se dispone) en información (de la que, en general, carecemos).
- Utilizar la inversión tecnológica como estímulo al desarrollo, entendido éste tanto de incentivo como de reto y reflexión para la organización.

Las organizaciones sanitarias de atención primaria, los equipos de atención primaria (EAP) pertenecemos al grupo de organizaciones en los que nuestra razón de existir es la de satisfacer las necesidades de salud de la población. Existiendo numerosos condicionantes de nuestra actividad sanitaria que están dando lugar a la aparición de nuevas demandas y planteamientos en la organización de nuestros centros sanitarios6.

FACTORES CONDICIONANTES DE LA VARIABILIDAD EN EL USO DE LA INFORMATICA

Si pretendemos mejorar los resultados de nuestra práctica clínica, a la vez que exista una mayor participación e implicación de los profesionales en la gestión de los recursos que utilizamos en nuestra actividad asistencial, debemos abordar el problema de la variabilidad en el uso de la herramienta informática, así como un concepto estrechamente relacionado con ella, la "apropiabilidad" también definido como

Tabla 2: Factores implicados en la variabilidad en el uso de la informática:

Factores condicionantes de la variabilidad en el uso de la informática:
- La resistencia al cambio:
- Respuesta de las gerencias y direcciones de departamento:
- Los diferentes niveles de conocimiento,
- Las deficiencias previas a la informatización,
- Las reticencias propias al cambio:
- Responsabilidades añadidas
- El sistemas de formación
- La falta de resolución informática
- Niveles distintos en la implicación de los profesionales
- Ausencia de un planteamiento legal adecuado

Factores facilitadores en el uso de la informática:
- Su conceptualización
- Estrategia de formación
- Estrategia de trascripción de registros, paso de la historia papel a informatizada
- La Informatización como instrumento de gestión de la demanda

adecuación o pertinencia- de las decisiones que se toman ante las distintas situaciones planteadas en el clima organizacional de un equipo de salud. Sin lugar a dudas, definir desde el punto de vista de la medicina de familia y comunitaria si las condiciones de utilización de la herramienta informática son o no las "apropiadas" es tarea difícil. Pero, a partir de la experiencia de otros equipos de salud que están viviendo el proceso de la informatización, y las medidas que estos han puesto en marcha, podemos establecer estrategias para conseguir resolver estos condicionantes8-10 (ver tabla 2):

La resistencia al cambio:

Para que los profesionales y los usuarios, podamos pasar del conocimiento de los avances tecnológicos a la exigencia de su aplicación generalizada debemos superar el paso de dejarlo todo igual y vencer la resistencia normal ante cualquier nuevo cambio o modificación en nuestra actividad11.

Siendo sus principales factores:

la modificación de la relación con el cliente: Durante los primeros meses nuestra capacidad de interacción con el paciente puede verse resentía por la necesidad de adaptarnos al uso de un programa con el que no nos sentimos seguros". Tras un período de adaptación y aprendizaje que puede oscilar entre seis meses y un año, seremos capaces de que "el grado de seguridad y normalidad en el uso del programa informático sea equiparable al que teníamos antes con las "historias clínicas convencionales", y en menos de un mes para los profesionales de los puestos de admisión con las agendas "papel". Esta adaptación y sus resultados dependen de lo que cada uno esperemos de este cambio, sin que el nivel de satisfacción de los paciente en consulta se vea modificado por el uso de sistemas informáticos, ni con la experiencia previa de estos en el mundo de la informática4. En los estudios realizados hasta el momento, parece que el uso de los ordenadores en las consulta mejora la actuación clínica, aunque podría aumentar la duración de la consulta, sin que la relación médico-paciente se vea afectada12-15.
la percepción de una prolongación de los tiempos de consulta. El tiempo que podemos dedicar a cada paciente es, seguramente, el talón de Aquiles de la primera resistencia a la utilización de la informática. Algunos estudios publicados al respecto indican que la informatización ha tenido como consecuencia un aumento del tiempo de consulta de unos 90 segundos por paciente, y en algunos de ellos este tiempo no se dedicó a profundizar en los problemas del paciente o a establecer una mejor comunicación con él, sino que se debió a las necesidades de manejo del programa informático4.

Respuesta de las gerencias y direcciones de departamento:

Para que el proyecto sea exitoso, debe contar con la participación y apoyo de los líderes naturales de los centros y de un apoyo claro por parte de las gerencias de los departamentos, pues de ellos va a depender el satisfacer todas las necesidades de formación, mantenimiento, e inversiones en mejoras estructurales que permitan una buena ergonomía y que el "ordenador" parezca formar parte del mobiliario accesorio de la consulta y/o de las Unidades de Atención al Cliente4-16.

Siendo importantísimo para la motivación el papel de liderazgo de los gestores, el establecimiento de unos canales de comunicación e información adecuados entre todos los actores implicados, así como la creación de grupos de participación y formación en cascada en los que todos se vean participes16.

Los diferentes niveles de conocimiento,

La habilidad y capacidad en cuanto al uso de un programa informático, aplicación en Windows y/o Web de los trabajadores del Centro de salud se distribuye con una ley "normal", de manera que en cualquier equipo nos vamos a encontrar a una probabilidad ±2DE de tener compañeros con un nivel avanzado y otros con un nivel "nulo" o con dificultades en el manejo del ratón, de escritura con teclado, así como el uso de combinaciones de teclas de acción.

Las deficiencias previas a la informatización,

Si partimos de organizaciones que no han

incorporado, sistemas de mejora en la calidad de las agendas y en la gestión de las citas; que no han sido capaces de implantar medidas de organización de la demanda; desconocen los sistemas de información sanitaria; y en los que la orientación al usuario y la utilización de la historia clínica en papel, así como uso de los conceptos SOAP, etc… es prácticamente la excepción, el proceso de informatización no hará más que ponerlo en evidencia. La informatización puede mecanizar el caos o la más excelente de las organizaciones, pero ella, por sí misma, no sirve para cambiar la realidad16.

Las reticencias propias al cambio:

La informatización no resuelve problemas organizativos, y en todo caso, los ponen de manifiesto e impulsa otros nuevos, por lo que habremos de diseñar las estrategias operativas que permitan su solución. En demasiadas ocasiones, exigimos una adaptación localista de programas cuyos análisis generan circuitos correctos que evitamos aceptar, porque estamos acostumbrados a otra forma de actuar o porque nuestra organización interna prefiere cerrar los ojos en la creencia que ignorar el problema es superarlo1-17. Esto se debe, sobre todo, a la necesidad de modificar y reorganizar funciones y servicios que el equipo ya consideraba consolidadas, así como por el miedo a que te sobrecarguen las agendas desde las distintas unidades (admisión, médicos, enfermería,…) y a perder el poder de la misma.

En estas reticencias al cambio, también influye el nivel de implicación de la administración en el proceso de informatización (impulso de un determinado programa informático [Abucasis II], incumplimiento de expectativas, defectos de mantenimiento, falta de información en cuanto a cambio de políticas y de programas...), así como el deseo de cambios organizativo asistenciales en Atención Primaria a través de «demostrar lo que hacemos», priorizándose la informatización de la historia clínica en la consulta frente a otras posibles aplicaciones clínicas del ordenador. Que justifican por parte de los profesionales, la «no utilización de la herramienta» sobre todo en situaciones de alta demanda asistencial, la vivencia del programa como algo impuesto y no adaptado a la atención primaria, o la insuficiente repercusión en la práctica clínica17.

Responsabilidades añadidas

La informatización de un centro de salud supone un esfuerzo añadido a la actividad de gestión propia de los coordinadores médico, de enfermería y responsable de admisión. Esfuerzo que ha de ser reconocido, garantizando una dedicación exclusiva al proceso durante los primeras dos semanas de su implantación. Para evitar que la utilización de la aplicación informática se verá mermada por simple desconocimiento y falta de adaptación, es necesario que los coordinadores realicen una evaluación meditada del proceso, que en la práctica se traducirá en una reordenación y adecuación de las agendas, circuitos de citación, y procedimientos a las posibilidades reales que ofrece la informática, y que esta se trasmita de forma adecuada y con la participación del resto del equipo.

El sistemas de formación

La estrategia de formación ha de responder a necesidades de los profesionales, y no a unas necesidades políticas o de compromisos económicos de "contratas" para un plazo definido, pues esto último, condicionaría un pobre conocimiento de la aplicación y del programa, con una utilización incompleta y una desmotivación secundaria. La falta de formación, es completa si no se establece un plan de formación en el uso de la aplicación a todos los profesionales sanitarios y no sanitarios incluidos en la plantillas de los centros de salud, centros de especialidades, consultas externas hospitalarias, servicios de urgencias de atención continuada, puntos de atención sanitaria y urgencias hospitalarias, unidades de apoyo, unidades de hospitalización a domicilio, gerentes y responsables intermedios de los departamentos, así como a los profesionales en bolsa para el caso de sustituciones.

La falta de resolución informática

Uno de los principales problemas en la utilización de las herramientas informáticas, se plantea cuando su desarrollo no ha sido orientado a satisfacer las necesidades de uso de los usuarios a los que debe ir dirigida. Esta falta de resolución y orientación al cliente intermedio (profesionales del centro sanitario) se evidencia cuando no están resueltos en el momento de su implantación, lo que supondrían apoyos fundamentales al trabajo de los profesionales y permitirían agilizar los procesos de diagnóstico y tratamiento de los pacientes5-18: a) la petición informatizada de pruebas diagnósticas, así como la recepción de resultados e informes de forma electrónica, y la consolidación de los circuitos de procesos administrativos repetidos y su gestión en áreas unidades de admisión; b) la inclusión de

protocolos autodefinidos, pautas automatizadas de actividades preventivas y promoción de la salud , así como perfiles de monitorización de las variables del paciente autodefinibles; c) la gestión de las visitas conjuntas (médico- enfermería- Trabajador social- Fisioterapeuta), incluyendo en la gestión de agendas las actividades comunes y sesiones de equipo; d) permitir el funcionamiento de la unidad de atención al cliente (UCA) bajo el modelo de "ventanilla única"; e) que en el ámbito operativo, el sistema pueda presentar toda la información necesaria para el usuario en el entorno de trabajo en el que se encuentre, pues las necesidades no son las mismas en las diferentes situaciones que se producen en un centro (consultas, urgencias, domicilio, docencia, investigación, etc.) ni para todos los roles (facultativo, enfermería, higienista dental, trabajador social, matrona, etc.); f) la disponibilidad de los datos, pues para el usuario clínico su principal herramienta de trabajo la obtiene en la forma de conocimiento. En general los ordenadores aparecen para el profesional como absurdas devoradoras de información en las que, una vez introducida ésta, es complejo o imposible obtener utilidad posterior que justifique su uso.

Niveles distintos en la implicación de los profesionales

La forma y el momento en el que los profesionales del equipo se implican en la utilización de la informática y/o sus herramientas aplicativas, es el elemento condicionante principal de que los plazos previstos en cuanto a la informatización no se cumplan, con la consiguiente desigualdad y rendimiento insuficiente de los esfuerzos. En el proceso de informatización es fundamental consensuar en el equipo las fechas en las que han de garantizarse la implicación de todos los profesionales: a) fecha en la que todo se cita desde el ordenador (incluyendo citas concertadas desde las consultas); b) el momento en el que todos los contactos de atención continuada se realizan con la aplicación informática; c) la fecha en la que se deja de sacar historias papel y todo se registra electrónicamente hasta el volante "P-10"; d) el periodo a partir del cual el 100% de los facultativos utilizan los circuitos administrativos repetidos y estos están ubicados en áreas administrativas dentro de los procesos clave de la unidad de atención al cliente. Cuando esto no se consensua y se produce un desfase superior a seis meses en estas fechas, entre los que lo utilizan y los que no, se crea un problema de equidad de forma que los primeros no ven rentabilizado su esfuerzo y los profesionales de admisión no mejoran en su actividad al tener que seguir trabajando en papel y con el ordenador.

Ausencia de un planteamiento legal adecuado

Mientras que con los profesionales sanitarios no se plantea este hecho, si ocurre en otros estamentos, en los que se debería realizar un planteamiento legal que evitase la discusión en el ámbito de los equipos de si tienen o no la obligación de conocerla y utilizarla dado su categoría profesional.

El desconocimiento de las implicaciones legales que la incorporación informática establece, condiciona una utilización inadecuada de la historia informatizada, cuando el profesional solo realizar "la captura de actividad" y no registra el contacto en la historia clínica. Así como el desconocimiento del deber ético de custodia de la información relacionada con la salud (información sensible), cuando no existe una política de seguridad bien consolidada por los equipos, con claves de acceso compartidas, ordenadores encendidos con tarjetas de firma digital no bien custodiadas, etc…

La confidencialidad se refiere a los límites que rodean estas informaciones sensibles compartidas (ya sean secretas, privadas, íntimas o públicas) y a cómo guardar y preservar estos límites20. No podemos perder de vista en qué consisten hoy en día los marcos ético, legal y deontológico, dónde se interrelacionan entre sí y dónde se diferencian con las maneras de fundamentar el tradicional secreto médico, ni olvidar la creciente y sólida regulación de la protección de datos personales e informatizados, que afecta a la información clínica recogida en el contexto de la asistencia, considerada como especialmente protegida20.

FACTORES FACILITADORES EN EL USO DE LA INFORMATICA

La informatización de la historia clínica y del proceso asistencial y organizacional de la Atención Primaria, ha demostrado la potencia y el bajo coste de enfoques en los que se integran la gestión clínica, la gestión de la organización y la gestión de la información con el respeto exquisito a la confidencialidad y secreto de la información sanitaria21

Su conceptualización:

La informática aplicada al campo de la Atención Primaria precisa de una reflexión basada en un análisis conceptual previo de nuestro campo de trabajo, posibilitando que la herramienta informática que hoy vemos como solución no se convierta en un obstáculo para abordar reformas, sino en una excusa para

incorporar modificaciones estructurales y de proceso que puedan aportar calidad a nuestro producto. Si esta reflexión no se produce tal vez consigamos un programa útil al médico, a la enfermera, al administrativo o a la organización sanitaria a la que pertenezcamos, pero difícilmente para todos ellos o para quien realmente tiene que ser útil la informatización, "a nuestros pacientes", aspecto que suele olvidarse con frecuencia22. Esta ha de basarse en los siguientes conceptos:

- La orientación de la historia clínica electrónica por episodios como la base de la información.
- La utilización de las clasificaciones diagnósticas que permitan, con su uso informatizado, extraer las potencialidades de nuestro entorno con la máxima sencillez, comparabilidad entre prácticas y países y aprovechamiento de la prevalencia de los problemas cotidianos. Garantizando un amplio vocabulario de términos sinónimos que faciliten la operativa clínica1. Evitando que los profesionales sanitarios se convierta en un documentalista interpretando miles de códigos, o aceptando que en un tercio de los contactos se incluyan diagnósticos mal codificados por desconocimiento o utilización de una clasificación no adecuada a la atención primaria.
- Los actos en los que se basa la estructuración de las agendas de los profesionales, necesarios para una correcta instrumentalización de la gestión de la demanda.

Estrategia de formación:

Es importante resaltar el enorme valor que tiene la docencia en la adaptación de los profesionales a la nueva herramienta, precisando incluir entre sus elementos de formación las siguientes áreas4-16:

1. Los conceptos. En primer lugar los profesionales deben recibir formación suficiente en lo referente a los conceptos que definen el programa informático, indicados en el apartado anterior.
2. El programa informático. Una vez que los conceptos están claros los profesionales deben recibir docencia en el propio manejo del programa informático. Durante este período se les mostrarán las técnicas de registro de los procesos y la búsqueda de la información registrada.
3. Las habilidades de entrevista clínica. En una tercera fase, los profesionales pueden ser asesorados acerca de las habilidades necesarias para que el uso de los ordenadores provoque el menor impacto posible en la relación médico-paciente.

En la política de formación del departamento se ha de transmitir a los gerentes y directivos de atención primaria la necesidad de realizar la selección del personal formador para cada uno de los colectivos, siendo recomendable que el formador docente sea del mismo estamento de los discentes (médico para formar médicos, administrativo para administrativos...). Así como el establecimiento de un «núcleo duro» de profesionales que agregarán las sugerencias, en ocasiones contradictorias, de los profesionales de los distintos centros sanitarios y puestos de atención. Estructurando los cursos de formación para todos los niveles, creándolos de entrada y previamente al uso de la herramienta (tabla 5???????????)16:

Estrategia de trascripción de registros, paso de la historia papel a informatizada:

Si bien el proceso de sustitución parece conllevar un trabajo sobreañadido de trasvase de datos y de posible enlentecimiento en la consulta, al menos al comienzo, resultando especialmente costoso en condiciones de mucha demanda y en particular en aquellos que tienen menor experiencia17. Todo el proceso productivo debería ponerse al servicio de superar esta limitación, es decir en cada momento todo el centro debe comprometerse con el problema. En la mayoría de los centros la principal limitación es la consulta médica, y para su solución es imprescindible junto con una adecuada gestión de agendas y organización del centro, la llamada desburocratización, que nos permitirá sacar tiempo para esta trascripción de registros23.

En el vaciado de la historia clínica, cada profesional se responsabiliza de sus pacientes, al ritmo que él mismo se imponga. Entre los condicionantes del ritmo de vaciado tenemos los siguientes: a) presión asistencial; b) información previa existente; c) existencia de residentes; d) voluntad del profesional; e) constatación paulatina de la mejora9-24.

Un vaciado completo de la historia antigua de un paciente crónico, multipatológico y polimedicado, puede consumir, entre abstraer el resumen y transcribir los datos de 15-20 minutos. Hay otro tipo de pacientes con patologías de interés que precisan para su informatización entre 5 a 10 minutos. Si suponemos, un cupo máximo de unos 1500 enfermos con un 20% de población crónica (300 pacientes) y 2 pacientes transcritos diariamente (entre 30-40 minutos), se consumirán aproximadamente 8 meses en esta transcripción, al final de la cual, un médico podría estimar que una de cada 2,5 consultas la historia del paciente estaría transcrita24. Si además se introducen

pacientes, sobre todo jóvenes con pocos antecedentes, que acuden por problemas banales, llegaríamos en este tiempo a disponer de la historia informatizada en algo más del 50% de los contactos. La moda entre los centros informatizados con otras aplicaciones es alrededor de 16 meses para eliminar por completo el papel, siendo el máximo periodo en 24 meses24.

La prudencia aconseja vaciar los antecedentes familiares relevantes, los antecedentes personales que puedan condicionar la atención, como alergias e intolerancias, intervenciones quirúrgicas y procedimientos previos, medicaciones de interés pautadas con anterioridad y episodios crónicos; deberían volcarse también los episodios activos y la medicación activa (crónica y aguda) y aquellos datos objetivos (analíticos, antropométricos, etc.) que puedan influir en la futura asistencia (cribado). Es recomendable vaciar interconsultas de interés y referenciar informes y otra documentación24. Para ayudarnos en esta fase, sería recomendable que seleccionemos los diagnósticos y procedimientos más comunes en nuestra actividad, con el fin de codificar estos episodios activos e inactivos cuando traspasemos la historia de una forma más ágil, así como el seleccionar los fármacos "favoritos" que nos facilitara el traspaso de las prescripciones repetidas.

Para dar el paso al "no sacar historias", podemos sugerir tres modelos o experiencias que sin ser excluyentes entre sí pueden utilizarse de forma unívoca o secuencial, basadas todas ellas en la constatación de que la decisión a tomar en consulta médica requiere (o depende) en un 10% de la consulta de datos de la historia23 (ver tabla 4). En todo caso lo imprescindible es el definir una fecha de "no sacar historias", y la constatación del avance en el objetivo, cualquiera que sea la combinación de métodos usada23. Por tanto, consideramos que mientras dure la etapa de duplicidad de registros en formato papel o informatizados, deberíamos tener en cuenta los problemas de concordancia entre ellos a la hora de analizar los datos en las evaluaciones de los servicios de salud, para que los resultados sean fiables y no se vean comprometidos en su validez25.

La Informatización como instrumento de gestión de la demanda:

La informatización puede facilitar el desarrollo e implantación de algunos circuitos organizativos o de modelos de agenda más fáciles y potentes, pero no viene a resolver los problemas de centros mal organizados. El primer punto a informatizar son los circuitos burocráticos (sobretodo la prescripción crónica), el valor añadido que implica su informatización es muy grande y con un coste muy bajo. Probablemente la citación sea el segundo elemento de mayor peso en cuanto a la informatización. Cuando ya disponemos de consulta informatizada podremos optimizar la citación de todos las visitas previsibles antes de que se marchen de la consulta, citando desde el contacto las visitas concertadas. Es preferible hacerlo dentro de la consulta evitando que el paciente efectúe una nueva cola en el mostrador, y descongestionando así este "cuello de botella" habitual10.

La utilización de bases de datos provenientes agendas e historias de salud informatizadas permite un análisis más completo de la frecuentación26. Es necesario distinguir si una alta frecuentación se debe a una mayor proporción de usuarios que acuden a las consultas o a una mayor tasa de frecuentación de los pacientes habituales. La informatización permite conocer cómo se comporta la población a nivel individua y, por tanto, extraer conclusiones que ayuden a caracterizar grupos de pacientes en lo referente a su comportamiento en la utilización de los servicios sanitarios26.

CONCLUSIONES

Las nuevas tecnologías pueden llegar a afectar a nuestra práctica, y cómo estos cambios que se van a producir no dependen exclusivamente de la tecnología, que ya está disponible, sino sobre todo, de la capacidad de los profesionales de mantener una posición activa a la búsqueda de nuevas fronteras, en defensa de sus intereses y los de sus pacientes27. La informática puede aportarnos ventajas importantes para nuestra práctica asistencial, pero para que estas ventajas no queden oscurecidas por la propia herramienta, el modelo de información integrado, deberá estar basado en una información clínica global y fácilmente accesible que favorezca la atención compartida entre todos los actores sanitarios. El futuro de la informatización en atención primaria es compartir la información que necesitamos para adoptar nuestras decisiones como primer asistencial y compartir la información que otros profesionales de la salud necesitan para tomar decisiones; comunicarse requiere compartir el contenido de la información6.

La mejora del entorno profesional y personal que podemos conseguir, con ser loable, no es el fin último de esta revolución tecnológica, sino que debe traducirse en la consecución de resultados óptimos globales en salud para los pacientes. Los pilares básicos en los que debe apoyarse la introducción informática en nuestra práctica son: el aseguramiento estructural y

formativo, la reflexión del proceso previa a la introducción de nuevas fases, para llevar hasta máximas consecuencias las posibilidades reales de la informatización, el establecimiento de circuitos interprofesionales estables que garanticen la minimización de problemas del día a día, la incorporación por etapas condicionada por el planteamiento interno que el propio centro realice y el respeto de las características individuales de los estamentos implicados, de forma que el ritmo se adapte a la circunstancia concreta de cada práctica24.

BIBLIOGRAFIA:

1. Alonso López FA. El desafío de la informatización en atención primaria. Atención Primaria. 2100; 26(7): 437-8.
2. Alonso López FA, Cristos CJ, Brugos A, García F, Sánchez L, Guijano A, et al. Informatización en Atención Primaria I. Documentos semFYC. Aten Primaria 2000; 26: 488-507.
3. Alonso López FA. Gancedo González Z. Informatización integral de la atención primaria. Formación Médica Continuada.. 1999; 6(5): 282-93.
4. Aldanondo Gabilondo JA. Oyarzabal Camio JI. Arboniés Ortiz JC. ¿Cómo modifican la relación médico-paciente los ordenadores en la consulta?. Formación Médica Continuada. 1999; 6(9): 571-575.
5. Carretero L. Sistemas de información en el ámbito sanitario. ¿Retos o realidades?. Rev Calidad Asistencial 2002;17(3):136-7.
6. Daniel i Díez J. El futuro de la informatización en atención primaria. Cuadernos de Gestión. 2000; 6(4): 161-6.
7. Pérez JJ. García J. Tejedor M. Gestión clínica: conceptos y metodología de implantación. Rev Calidad Asistencial. 2002;17(5):305-11.
8. Guijarro et. al. Sistemas de información en AP: hacia la incorporación de la informática en la práctica cotidiana Centro de Salud 1995; 3 / 9: 657 660.
9. Blanquer Gregori JJ. Rivera J. Blanes D. Tortajada JL. La informatización, un elemento más en la formación del médico de familia Revista Valenciana Medicina Familiar 1999; 5: 34-44.
10. Alonso López FA. Cristos CJ. Burgos A. et. Al. La informatización de Atención Primaria. Documentos semFyC (nº 13).Disponible en http:/
11. Matesanz R. Gestión clínica: ¿por qué y para qué?. Med Clin (Barc) 2001; 117(6): 222-226.
12. Sullivan F. Mitchell E. Has general practitioner computing made a difference to patient care? A systematic review of published reports. General Practice 1995; 311: 848-852.
13. Legler JD. Oates R. Patients' reactions to physician use of a computerized medical record system during clinical encounters. J Fam Pract 1993; 37: 241-244.
14. Garrido T. Jamieson L. Zhou Y. Wiesenthal A. Liang L. Effect of electronic health records in ambulatory care: retrospective, serial, cross sectional Study. BMJ. 2005;330:581-4.
15. Wears RL. Berg M. Computer Technology and Clinical work. JAMA. 2005;293:1261-1263.
16. Ruiz Téllez A. Informatización del proceso asistencial de la Atención Primaria. En: Alonso López FA, Cristos CJ, Brugos A, García F, Sánchez L, Guijano A, et al. Informatización en Atención Primaria II. Documentos semFYC. Aten Primaria 2000; 26(8): 559-76.
17. Calderón C. Rotaeche R. Carrera C. Larrañaga M. Merino J. Aproximación cualitativa a las actitudes y expectativas de los médicos en el proceso de informatización de la atención primaria. Atención Primaria. 2001; 27(6): 380-7.
18. Turabián Fernándeza JL. Pérez Franco B. La historia clínica electrónica: ¿comer sopa con tenedor?. Cuadernos de Gestión. 2004;10(4):175-88.
19. Reigosa L. Castilla V. Blanco A. Desde la informática clínica hasta el soporte del proceso asistencial. Rev Calidad Asistencial 2002;17(3):183-90.
20. Júdez J. Nicolás P. Delgado MT. Hernando P. Zarco J. Granollers S. La confidencialidad en la práctica clínica: historia clínica y gestión de la información. Med Clin (Barc) 2002;118(1):18-37.
21. Ruiz Téllez A. Alonso López F. Sistemas de información maduros para una Atención Primaria adulta. El proyecto GESHIP. MEDIFARM. 2001; 11(5): 247-52.
22. Alonso López FA. Ruiz Téllez A. Guijarro Eguskizaga A. De la informática como obstáculo a la informática como excusa: mirando hacia el futuro. Atención Primaria. 1995;11(10):579-82.
23. Oyarzabal JI. Organización del área administrativa. EN: Curso a distancia Gestión del día a día en el EAP; módulo 1: la organización funcional del EAP. Barcelona 2002; semFyC: 33-46.
24. Alonso López FA. Transición de registros manuales a mecánicos: experiencia en informatización del País Vasco. Cuadernos de Gestión. 1998;4(2):86-93.
25. M. Quesada Sabaté M. Prat Gil N. Cardús Gómezb V. Caula Ros J. Masllorens Vilà G. ¿Ganamos o perdemos información con la informatización?. Atención Primaria. 2001; 27(9): 649-53.
26. Díaz Berenguer JA., López-Cabañas A. Estupiñán Ramírez M. Cabeza Mora A. La informatización de la atención primaria. Un nuevo sistema de información de la actividad asistencial para el apoyo a la gestión de la demanda. Cuadernos de Gestión. 2003; 9(3): 135-45.
27. Alonso López FA. Nuevas tecnologías: búsqueda activa de nuevas fronteras desde la defensa de los intereses de nuestros pacientes. SEMERGEN 2002;28(11):639-40.

ABUCASSIS EN ZAPATILLAS

Consejos útiles de andar por casa y manejarnos con el Abucasis.

- No te agobies. El ordenador constituye una indudable fuente de stress en la consulta, pero nadie se lo va a llevar de ahí. No pasa nada si no rellenamos todos los ítems en la primera visita, nuestros pacientes suelen acudir en múltiples ocasiones.

- Ergonomízate. En muchas de nuestras consultas no tenemos un mobiliario adecuado lo que nos obliga a adoptar posturas extrañas en nuestro puesto de trabajo. Intenta situar en teclado y la pantalla encima de la mesa, de tal forma que la pantalla no te impida el contacto visual con el paciente.

- Cita todo lo citable. Una de las grandes ventajas de esta herramienta es que podemos controlar un porcentaje significativo del flujo de pacientes, lo que nos permitirá una mejor gestión de nuestro bien más preciado: el tiempo de consulta. Si dejamos la cita es manos del cliente o del personal de cita previa exclusivamente serán sus preferencias y no las nuestras las que determinaran el día y la hora de la cita.

- Agendas flexibles. Una buena agenda ("agenda de calidad" dicen los expertos) debe permitirnos citar cualquier tipo de consulta (a demanda, concertada, administrativas) en cualquier tramo horario. También debe incluir tiempos muertos para amortiguar el más que posible retraso en la consulta.

- Teclas rápidas: Cambiar de teclado a ratón y viceversa puede hacernos ir más lentos. Las teclas de acceso rápido nos permiten manejarnos solo con el teclado iy sin tener que memorizarlas! Empleando la tecla ALT + la primera letra del epígrafe nos abre el mismo. Por ejemplo: ALT + M abre Motivo de Consulta, ALT + P: abre plan, y así sucesivamente.

- Diagnóstico: Codificar un diagnóstico puede convertirse en una autentica tortura, y sin embargo

es fundamental para poder acceder a todas las prestaciones del programa. Una buena lista de los "40 principales" nos facilitará mucho la codificación.

- "Los 40 principales": Actualiza de forma periódica la lista de diagnósticos favoritos. El cuadro de mantenimiento se encuentra en la página de la agenda. Sustituye aquellos que ya te has aprendido por otros. Este proceso te servirá además para familiarizarte con el buscador y con el lenguaje de la CIE. Obtendrás un mayor beneficio si el tiempo que empleas en rellenar post-it con los códigos para pegarlos en el monitor lo empleas en acostumbrarte a navegar por el buscador.

- SIERE. En caso de enfermedades poco frecuentes puedes buscar el código CIE en la página del instituto Carlos III (SIERE): http://iier.isciii.es/er/. (además de información útil sobre la enfermedad).

- Prescripción: En el módulo de prescripción vas mucho más rápido utilizando las teclas que el ratón. El tabulador (la tecla con dos flechas enfadadas situada en la parte izquierda del teclado) te permite ir cambiando entre las diferentes ventanas, las flechas de dirección movernos dentro del contenido de las ventanas y la combinación de teclas ALT + M (otro medicamento) y ALT + P (prescribir) nos permiten evitar la utilización del ratón por completo.

- ¡Ojo PELIGRO! Si haces "clic" más de una vez en el botón prescribir perderás toda la información almacenada y tendrás que volver a empezar. Teniendo en cuenta que esta parte es la más lenta del proceso (por encima de 30 segundos) no es raro que perdamos la paciencia y apretemos más de una vez dicho botón y ide vuelta a empezar!

- Dichoso RAS: Uno de los problemas que nos estamos encontrando con mucha frecuencia es que no consta el régimen de aseguramiento del usuario (RAS) en los datos del sip, lo que nos impide poder darle de baja. El problema se agrava además porque la aplicación te permite rellenar todo el formulario, y solo cuando aceptas te sale un mensaje extraño y te impide continuar. Una forma fácil de evitar este embrollo es fijarnos en la esquina superior izquierda del formulario del parte de baja de la IT, allí debe figurar el RAS del usuario. De no ser así no continúes, dale el parte a la antigua usanza (papel y boli) y comunica la incidencia al CATS.

- Favoritos de Prescripción: Resulta impresionante la variedad de presentaciones que tienen algunas cosas que recetamos y que no son fármacos como las gasas, las incontinencias, las medias ortopédicas etc. Esta variedad nos puede complicar la vida en más de una ocasión. La forma más sencilla de obviar esta dificultad consiste en buscar la presentación que habitualmente utilizamos y añadirla a "favoritos". Para añadir un objeto a esta lista solo tienes que hacer clik en el botón F que aparece a la izquierda de la presentación en el buscador de GAIA.

- Guarda las cosas en su sitio. Resulta impresionante la cantidad de información que podemos acumular en los historiales de los pacientes. Guardarla en el sitio adecuado nos facilitará en gran manera el poder localizar la información a posteriori. Tanto el módulo de analíticas, el de otras pruebas y el de interconsulta nos permiten ya guardar esta información de forma ordenada y fácilmente accesible.

Antonio Fornos Garrigós
Especialista en Medicina de Familia.
Consultor de la Unidad de Análisis y desarrollo del sistema de información ambulatoria.
Departamento 9- Agència Valenciana de Salut

GACETA

RELACIÓN DE PREMIOS OTORGADOS EN EL XVII CONGRESO DE LA SVMFIC. OLIVA, 20 DE MAYO DE 2005

Premio a la Mejor Comunicación del Congreso

TÍTULO: HIPERFRECUENTACIÓN ¿UNA PATOLOGÍA MÁS O UN HÁBITO?
AUTORES: C. De Tiedra Chinchilla. C. Castelló Carbonell. A.Tevar Terol.
Centro de Salud Florida (Alicante)

Premio a la Mejor Experiencia del Congreso

TÍTULO: BIOÉTICA Y ATENCIÓN PRIMARIA: FORMACIÓN CONTINUADA.
AUTORES: S. Jover Perez, E. Oliver LLoret, C.Rico Navarro.
Centro de Salud Santa Faz- Ayuntamiento (Alicante)

Premio al Mejor Caso Clínico de Congreso

TÍTULO: ALUCINACIONES EN LA ENFERMEDAD DE PARKINSON.
AUTORES: C. Pons Giner, T. Izquierdo Nuñez, M. Sanchis Plasencia, E. Sempere Verdú.
Centro de Salud de Paterna (Valencia)

Premios PAPPS

Primer Premio a la Mejor Comunicación sobre actividades preventivas.
TÍTULO: CRIBADO DE FACRORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR, SEGÚN RECOMENDACIONES DEL PAPPS, EN UN CENTRO DE SALUD.
AUTORES: JV. Solanas Prats, A. Hervás Plá, T.Gil Montagud, V. Gallego Tarrazón, F.Parra Godoy, M. Martínez Vila.
Centro de Salud de Alzira (Valencia)

Accésit

TÍTULO: GRADO DE CUMPLIMIENTO DEL NÚMERO DE TOMAS DE TENSIÓN ARTERIAL EN UN PROGRAMA DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS DE LA COMUNIDAD VALENCIANA.
AUTORES: JJ. Maestre Gil, MG Parro Muñoz, OM Silva Aguiar, A.Pelaez Chillon, R. Saéz Fernández, N. González Pujol.
Centro de Salud de Acacias (Alicante)

Premio al mejor proyecto de investigación sobre Práctica Clínica en Atención Primaria de Salud

TRABAJO GANADOR: PATRÓN DE CONSUMO DE ANTIDEPRESIVOS Y GRADO DE ADECUACIÓN DE SU PRESCRIPCIÓN EN EL CENTRO DE SALUD DE PATERNA.
INVESTIGADORES: Investigador principal: E. Sempere. Investigadores colaboradores: J. Salazar, C. Pons, M. Sanchis, T. Izquierdo, V. Martí, B. Nogués, M. Bel, J. Cervera.
Centro de Salud de Paterna (Valencia)

Premio a la mejor Tesis Doctoral relacionada con Atención Primaria de Salud

TESIS GANADORA: ESTUDIO DE LOS FACTORES DE RIESGO EN BACTERIURIA ASINTOMÁTICA Y SU RELACIÓN CON LA INCIDENCIA DE INFECCIÓN URINARIA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN ATENCIÓN PRIMARIA.
AUTORA: MC. Ribera Montés.
Centro de Salud de Novelda (Valencia)

EL FUTURO DE LA MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

El pasado 2 de Junio tuvo lugar en el Colegio de Médicos de Valencia la conferencia "El futuro de la Medicina Familiar", dentro del ciclo de conferencias programadas para " los Jueves del Colegio ". En la conferencia participaron los máximos representantes en nuestra Comunidad de las tres sociedades científicas que representan a la mayoría de los profesionales médicos de la Atención Primaria: Domingo Orozco presidente de la SVMFIC, Ramón García-Noblejas presidente de SEMERGEN y Camilo Fuster, vicepresidente de la SEMG. Como ponente de excepción asistió el Dr.Stephen J.Spann, Jefe y Profesor del Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria del Baylor Collage of Medicine de Houston (Texas).

Como idea ampliamente generalizada se puso de manifiesto el papel fundamental que tenemos los Médicos de Atención Primaria dentro del Sistema nacional de Salud así como nuestra necesaria participación en la toma de decisiones. Se habló de la importancia de alcanzar un consenso intersociedades, de invertir en Docencia e Investigación, de mejorar la relación con el nivel hospitalario y con la Universidad y de la importancia de la introducción de las nuevas tecnologías. El Dr Spann elogió el funcionamiento y diseño de la Atención Primaria en España por el ámbito global de actuación y la accesibilidad del sistema.

LA semFYC ENVÍA A SANIDAD SU PROPUESTA PARA UN NUEVO MODELO DE RECETA MÉDICA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

Los médicos de familia desempeñan un papel clave en el gasto farmacéutico como responsables directos del 70-80% de la prescripción farmacéutica. El compromiso de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) por participar en una mejor prescripción de los fármacos, así como en corregir las actuales deficiencias de la receta médica se ha traducido en el envío al Ministerio de Sanidad y Consumo de una Propuesta para un nuevo modelo de receta médica.

El documento subraya la necesidad de actualizar un modelo, que lleva vigente 20 años, y que se complete con la imprescindible implantación de una receta electrónica que sustituya la emisión en papel.

La semFYC considera que el modelo de receta actual no cumple su papel esencial como instrumento de ayuda para el paciente a la hora de comprender el uso de los medicamentos prescritos.

La propuesta enviada al Ministerio de Sanidad y a los 17 servicios de salud autonómicos, recuerda que si bien el reciente Plan Estratégico de Política Farmacéutica alude a la receta médica, en ningún momento se acaba de definir la información que el paciente debe recibir. Entre los elementos que semFYC considera fundamentales para el nuevo modelo de receta, tanto en la futura receta electrónica como en la actual en papel (siempre tendrá que existir un modelo en papel para imprevistos), figuran los siguientes:

Elementos necesarios de la receta médica:

1. Elementos administrativos: Filiación del paciente, del médico, etc.
2. Relativos al medicamento:
    a. Nombre del medicamento
    b. Dosis
    c. Forma farmacéutica
    d. Tamaño del envase
    e. Posología
    f. Duración del tratamiento
    g. Advertencias: Comentarios apropiados para un correcto uso.
3. Relativos a la Oficina de Farmacia:
    a. Espacio para el Código de Barras de los medicamentos
    b. Filiación de la Oficina de Farmacia
    c. Otros aspectos relacionados con la gestión e información de la Oficina de Farmacia

Para el presidente de la semFYC, el doctor Luis Aguilera, el diseño del nuevo modelo de receta debería permitir aunar los datos administrativos y de filiación con las instrucciones de uso. "La idea es que sea posible incluir varios medicamentos, entre uno y seis, agrupando la prescripción y la información que precisa el paciente en una copia completa, y al mismo tiempo obviando los datos de gestión por parte de la Oficina de Farmacia.

Esta propuesta pretende corregir algunas de las deficiencias actuales del modelo de receta, como: evitar que los enfermos cometan errores en la toma de los medicamentos, aumentar la información que reciben sobre los tratamientos, facilitar el acceso a los tratamientos crónicos, disminuir la burocracia innecesaria que soportan los médicos y liberar tiempo a los profesionales para que pueda dedicarse a mejorar la atención de los pacientes.

Esta es una de las propuestas que desde semFYC se están preparando para favorecer el desarrollo del Plan Estratégico de Política Farmacéutica. En las próximas semanas se irán dando a conocer nuevas iniciativas orientadas a mejorar la información independiente que reciben los médicos de familia acerca de los medicamentos; un modelo de formación y actualización continuada sobre terapéutica; una propuesta que transforme y racionalice la visita médica; y una iniciativa para comenzar a desarrollar actuaciones conjuntas entre los médicos de familia y las farmacias comunitarias, entre otras.

En el sector privado

En el sector privado, actualmente no existe un modelo unificado y obligatorio para la prescripción de medicamentos fuera del SNS. En este sentido, semFYC considera que tanto la actividad prescriptora fuera del SNS o de los medicamentos que no financia el SNS deberían ser prescritos en un modelo general de receta médica que fuera distribuido de forma controlada solamente a los profesionales sanitarios. De esta forma se evitaría un posible fraude.

MEJOREMOS LA SALUD A TODAS LAS EDADES. UN MANUAL PARA EL CAMBIO DE COMPORTAMIENTO

Mejoremos la salud a todas las edades. Un manual para el cambio de comportamiento, es una guía publicada por la OPS (Organización Panamericana de la Salud) en 2005 que fue premiada en el concurso anual de libros de 2004 de la Asociación Médica Británica. Es una guía práctica para ayudar a las comunidades y a los tomadores de decisión en su lucha por reducir las enfermedades, las discapacidades y la muerte prematura a través de todo el ciclo vital. El libro combina estrategias de prevención con principios y métodos de la ciencia del comportamiento, lo cual hace un manual único para planificar y poner en marcha programas de salud locales y regionales. El autor, C. David Jenkins, es un trabajador de salud, investigador y profesor de medicina preventiva y salud comunitaria, epidemiología y psiquiatría de renombre internacional.

Para más información sobre la publicación: http://publications.paho.org

NUEVA PUBLICACIÓN DE LA semFYC.

AMF, Actualización en Medicina de Familia, es la nueva publicación de la semFYC. Tiene como objetivo proporcionar a los médicos de familia una herramienta de formación continuada, basada en el nuevo programa de la especialidad, diseñada y elaborada por médicos de familia. AMF combinará el formato revista con las nuevas posibilidades electrónicas. Dispondrá de un sistema de evaluación periódica (cada 6 meses) personalizado. AMF publicará 5 números en 2005. A partir de 2006, su periodicidad será de 10 números al año, de los cuales dos serán monográficos y revisarán temas concretos: radiología, neoplasias, piel.

Para más información: www.AMF-semFYC.com

DOCTORADO ON LINE EN MEDICINA DE FAMILIA 2005-2007.

La segunda quincena de septiembre de 2005 se abre el plazo de inscripción al doctorado on line en Medicina de Familia organizado por la Cátedra de Medicina de Familia de la Universidad Miguel Hernández de Elche. Se trata del único doctorado a distancia en España relacionado con esta especialidad.

Las características son las de cualquier programa de Doctorado: 2 años de duración. Todas las actividades son a distancia salvo el examen final de suficiencia investigadora que es presencial.

Para más información sobre los contenidos, créditos, plazos... podéis consultar las siguientes páginas web: www.umh.es y www.catedramf.org.

Aquellas personas que estéis interesadas podéis enviar un e-mail con vuestros datos y un breve curriculum (máximo 2 páginas) a atencion.primaria@umh.es

EL TRABAJO DE LOS GRUPOS

GRUPOS DE TRABAJO DE LA SVMFiC

ABORDAJE AL TABAQUISMO
Javier Mataix Sancho *mataix_jav@gva.es*
ATENCION A LA FAMILIA
Carmen Fernández Casalderrey *fernandez_car@gva.es*
ATENCION A LA MUJER
Rosa González Candelas *rgonzcandelas@ono.es*
ATENCION DOMICILIARIA
Lorenzo Pascual López *lpascual1@telefonica.net*
BIOETICA
Ana María Costa Alcaraz *anamc@ono.com*
CARDIOVASCULAR
Antonio Fornos Garrigós *med001964@saludalia.com*
CIRUGIA MENOR
Francisco Beneyto Castelló *pacobeneyto@hotmail.com*
DIABETES
Jorge Navarro Pérez *navarro_jorper@gva.es*
EDUCACION MEDICA Y DESARROLLO DOCENTE
Marta Álvarez Martínez *martaalvarezmartinez@hotmail.com*
ENTREVISTA CLINICA
Carmen Fernández Casalderrey *fernandez_car@gva.es*
GESTION
Victor Pedrera *pedrera_vic@gva.es*
INFECCIOSAS
MªJosé Monedero Mira *mjosem@ono.com*
MEDICAMENTO
Ermengol Sempere Verdu *MERESEMPERE@terra.es*
MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA
Joan Puig Barberá *joanpuigb@terra.es*
OBESIDAD
Adelina Corbacho Godes *adelinacorbacho@hotmail.com*
RESPIRATORIO
José Ignacio Sánchez González *sanchez_jig@gva.es*
REUMATOLOGIA
Vicente Giner Ruiz *giner_vic@gva.es*
SISTEMAS INFORMACION
Manuel Pascual De La Torre *pascual_man@gva.es*
URGENCIAS
Manuel Carbonell Soriano *manocar@ono.com*
UROLOGIA
Miguel Prosper Sierra *mprospers@papps.org*
VACUNAS
Joan Puig Barberá *joanpuigb@terra.es*

GRUPO DE EDUCACION MEDICA Y DESARROLLO DOCENTE

En el desarrollo profesional del médico de familia, la docencia y la formación son una de la áreas más importantes. Iniciamos este camino de la educación médica en la Universidad, durante los años de pregrado, y posteriormente, con el posgrado en medicina familiar y comunitaria (MIR) y la Formación Médica Continuada.

De nuestra educación médica (tanto la que damos como la que recibimos) dependerá la calidad asistencial que daremos a nuestros pacientes durante el largo recorrido de nuestra vida profesional.

La sociedad exige profesionales cada vez mejor preparados para el desempeño de la especialidad, de ahí la importancia de la formación de los futuros especialistas que son los que responderán a esta demanda.

Los profesores y tutores responsables de esta formación deberían disponer de una metodología educativa adecuada, contando con herramientas y conocimientos básicos para la enseñanza.

Consideramos que en los últimos tiempos, la Educación Medica dentro de nuestra especialidad no ha recibido la atención o el impulso suficiente, sobre todo si tenemos en cuenta la gran repercusión que tiene una buena formación en los estudiantes, residentes y médicos de familia.

Actualmente la Medicina Familiar y Comunitaria no cuenta con un espacio propio dentro de la Universidad Española, no gozando de la consideración de área de conocimiento, por ello es fundamental impulsar nuestra especialidad desde los cimientos, desde la Educación Médica, para así conseguir la integración de nuestra especialidad en el ámbito Académico.

Por todo ello, la creación de un grupo de trabajo en Educación Médica y Desarrollo Docente dentro de la SVMFC podría promover esta área desde

Marta Álvarez Martínez
Coordinadora

la solidez y el trabajo continuado, persiguiendo una mejoría tanto en nuestra educación como en los métodos educativos utilizados.

Nuestro principal objetivo como grupo es impulsar el campo de la educación médica (docencia, formación e investigación) dentro de nuestra especialidad, tanto en pregrado como en posgrado.

Otros objetivos específicos son:

1- Reconocimiento del área de conocimiento de Medicina de Familia en la universidad.

2- Desarrollar habilidades académicas básicas en el área de la educación médica.

3- Impulsar el campo de la investigación en la educación médica.

4- Proporcionar a los médicos de familia los instrumentos necesarios para desarrollar, implementar y evaluar programas educacionales en Medicina Familiar.

5- Potenciar la formación de formadores, (tutores de residentes...etc) con la finalidad de establecer en nuestros centros de trabajo, una metodología educativa actualizada y eficaz que mejore la enseñanza clínica.

6- Promover métodos de aprendizaje que faciliten al médico de familia la formación continuada.

7- Enseñar la metodología que permita planificar e implementar individualmente un programa de desarrollo profesional continuo.

8- Apoyar y participar en las actividades docentes llevadas a cabo por la comisión nacional de la especialidad.

ACTIVIDADES DEL GRUPO

Para iniciar nuestro trabajo como grupo, realizamos una valoración de las necesidades de formación de los tutores de residentes de nuestra comunidad en el área de la educación médica.

Elaboramos una encuesta de 11 items a valorar mediante una escala de Likert. Se distribuyó en las Jornadas de tutores del pasado mes de Noviembre con una participación de 37 tutores en la contestación del cuestionario.

En el mes de Marzo tuvo lugar la primera actividad docente del grupo con el CURSO DE TÉCNICAS DOCENTES EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA, dentro del marco de Aula Abierta.

Otras Actividades propuestas para este curso académico (en desarrollo actualmente):

- Taller: Como mantener una buena práctica clínica. Plan de desarrollo personal. Congreso XVII de la SVMFIC.

- Taller: Bases para la realización una sesión: elección de un tema, exposición del mismo (herramientas informáticas), presentación en público.

- Taller de Nuevas Tecnologías: utilidad de los PDA en nuestro medio profesional.

Desde nuestro grupo os animamos a todos los socios de la SVMFIC a participar en las actividades propuesta y a colaborar activamente en la mejora de nuestra educación médica.

ACTIVIDAD GRUPO EDUCACION MEDICA Y DESARROLLO DOCENTE: ENCUESTA SOBRE NECESIDADES DE FORMACION DE TUTORES DE RESIDENTES.

Uno de los primeros objetivos que se planteó el grupo de Educación Médica y Desarrollo Docente tras su creación, fue conocer las necesidades de formación de nuestros tutores de residentes en las distintas áreas de la Educación Médica.

Con esta finalidad diseñamos una sencilla encuesta que fue presentada en las II Jornadas Técnicas de Unidades Docentes de Medicina Familiar y Comunitaria el pasado noviembre en la localidad de Denia.

Para el diseño de la encuesta, los miembros del grupo consensuamos 11 áreas de la Educación Médica interesantes para valorar y una pregunta abierta donde pudieran exponer áreas de su interés no incluidas en las anteriores.

La Áreas a valorar fueron las siguientes:

a- Estilos de Aprendizaje-Instrucción.
b- Técnicas de Instrucción.
c- Nuevos Métodos de Enseñanza.
d- Técnicas Evaluativos.

e- Planificación Curricular.
f- Desarrollo Profesional y Planificación Estratégica.
g- Liderazgo.
h- Investigación en el área de la Educación Médica.
i- Evaluación de la Educación Médica.
j- Educación Médica basada en la evidencia.
k- Nuevas Tecnologías: informática médica, historia clínica informatizada, telemedicina.

-Otras áreas de Interés….

Cada item se valoró en cuanto a necesidad de formación mediante una escala de Likert del 1 al 5.

> 1- totalmente innecesario, 2- innecesario, 3- indiferente, 4- útil, 5- muy útil

Redactamos una nota aclaratoria junto a cada área para orientar sobre los contenidos de esa parte concreta de la Educación Médica. No fuimos demasiado exhaustivos ya que uno de los principios a seguir en el diseño de la encuesta era la sencillez y la brevedad para así obtener el mayor número de encuestas cumplimentadas y proceder al análisis de las mismas.

Obtuvimos un total de 37 encuestas, 36 correctamente cumplimentadas y 1 parcialmente contestada.

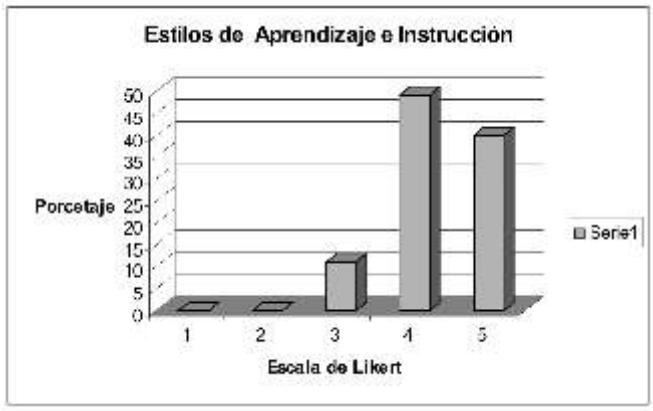
Realizamos un análisis descriptivo de las necesidades de formación de los tutores de residentes de cada área individualmente y posteriormente una comparación entre ellas.

Los resultados obtenidos para cada área valorada se describieron mediante el número total de contestaciones obtenidas para cada rango de la escala de Likert y su posterior conversión en porcentajes.

A -ESTILOS DE APRENDIZAJE-INSTRUCCIÓN

1-0 respuestas.0%
2-0 respuestas.0%
3-4 respuestas.10.8%
4-18 respuestas.48.6%
5-15 respuestas.40.5%

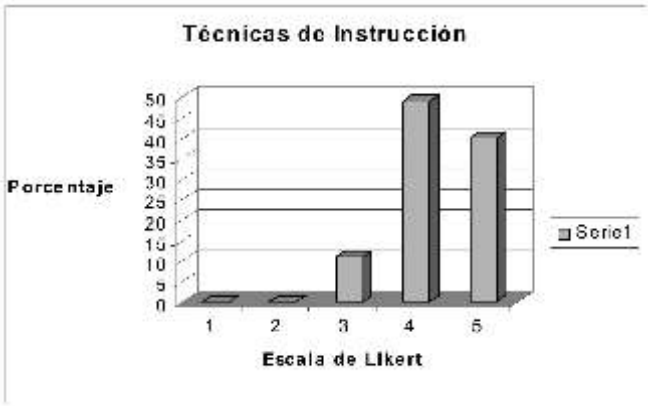
- El 89.1% de las respuestas consideran útil-muy útil la formación en esta área.
- El 10.8% lo consideran indiferente.



B: TÉCNICAS DE INSTRUCCIÓN

1-0 respuestas.0%
2-0 respuestas.0%
3-4 respuestas.10.8%
4-18 respuestas.48.6%
5-15 respuestas.40.5%

- El 89.1% de las respuestas consideran útil-muy útil la formación en esta área.
- El 10.8% lo consideran indiferente.

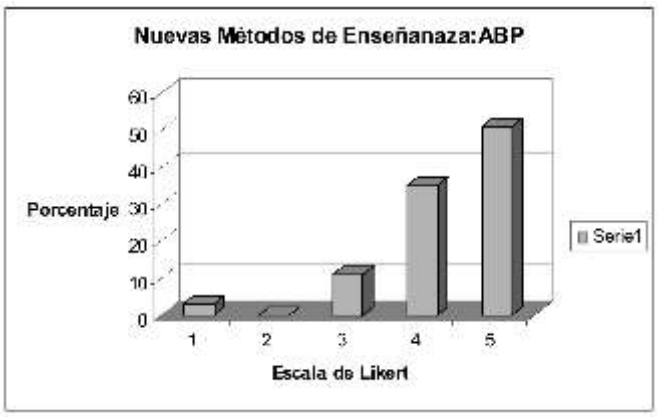


C: NUEVOS METODOS DE ENSEÑANZA: ABP

1-1 respuestas.2.7%
2-0 respuestas.0%
3-4 respuestas.10.8%
4-13 respuestas.35.1%
5-19 respuestas.51.3%

- El 86.4% de las respuestas consideran útil-muy útil la formación en esta área.
- El 10.8% lo consideran indiferente.
- El 2.7% lo consideran totalmente innecesario.

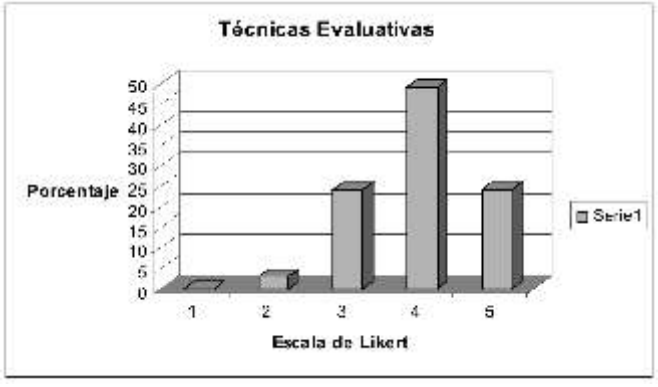
Marta Álvarez Martínez
Coordinadora



D: TECNICAS EVALUATIVOS

1-0 respuestas.0%
2-1 respuestas.2.7%
3-9 respuestas.24.3%
4-18 respuestas.48.6%
5-9 respuestas.24.3%

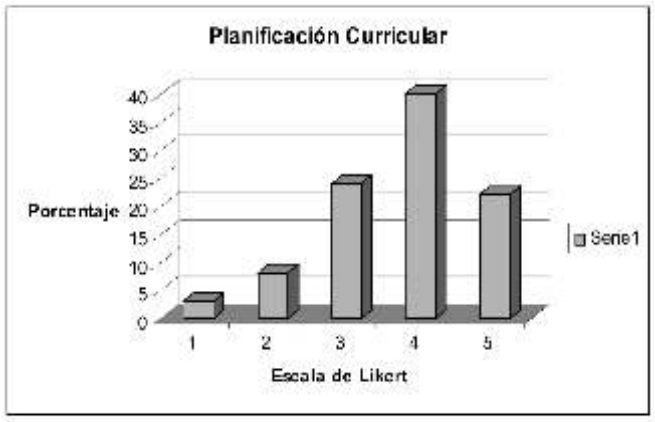
- El 24.3 % consideran indiferente la formación en técnicas evaluativas.
- El 72.9% útil-muy útil



E: PLANIFICACIÓN CURRICULAR

1-1 respuestas.2.7%
2-3 respuestas.8.1%
3-9 respuestas.24.3%
4-15 respuestas.40.5%
5-8 respuestas.21.6%

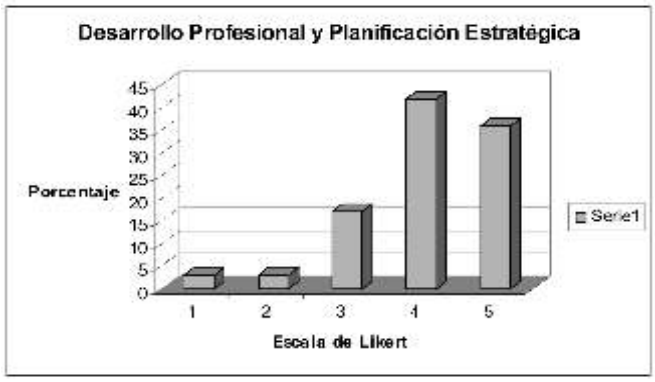
- El 62.1% consideran útil-muy útil la formación en Planificación Curricular.
- El 24.3% lo consideran indiferente.
- El 8.1% lo consideran innecesario.
- El 2.7% lo consideran totalmente innecesario.



F: DESARROLLO PROFESIONAL Y PLANIFICACION ESTRATEGICA (una encuesta sin contestación)

1-1 respuestas.2.7%
2-1 respuestas.2.7%
3-6 respuestas.16.6%
4-15 respuestas.41.7%
5-13 respuestas.36.1%

- El 77.8% consideran útil-muy útil la formación en Desarrollo profesional.
- El 16.6% lo consideran indiferente.
- El 2.7% lo consideran innecesario.
- El 2.7% lo consideran totalmente innecesario.



G: LIDERAZGO (una encuesta sin contestación)

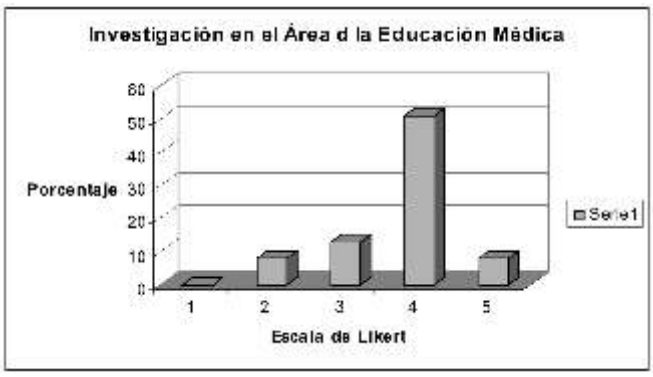
1-0 respuestas.0%
2-4 respuestas.11.1%
3-13 respuestas.36.1%
4-15 respuestas.41.7%
5-4 respuestas.11.1%

- El 52.8% consideran útil-muy útil la formación en el área de Liderazgo.
- El 36.1% lo consideran indiferente.
- El 11.1% lo consideran innecesario.

H: INVESTIGACION EN EL AREA DE LA EDUCACION MEDICA

1-0 respuestas.0%
2-3 respuestas.8.1%
3-5 respuestas.13.5%
4-19 respuestas.51.3%
5-10 respuestas.8.1%

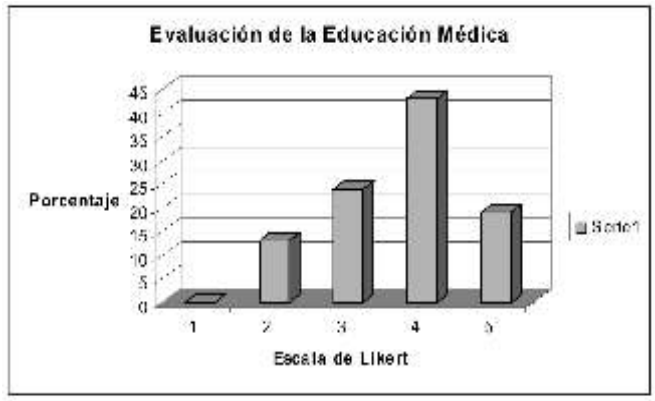
- El 59.4% consideran útil-muy útil la formación en Investigación.
- El 13.5% lo consideran indiferente.
- El 8.1% lo consideran innecesario.



I: EVALUACION DE LA EDUCACION MEDICA

1-0 respuestas.0%
2-5 respuestas.13.5%
3-9 respuestas.24.3%
4-16 respuestas.43.2%
5-7 respuestas.18.9%

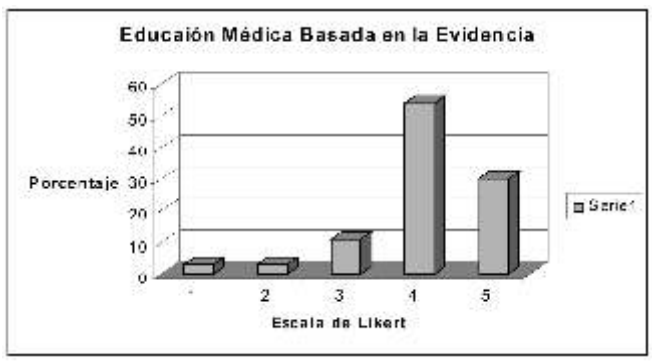
- El 62.1% consideran útil-muy útil la formación Evaluación de la E.M
- El 24.3% lo consideran indiferente.
- El 13.5% lo consideran innecesario.



J: EDUCACIÓN MÉDICA BASADA EN LA EVIDENCIA

1-1 respuestas.2.7%
2-1 respuestas.2.7%
3-4 respuestas.10.8%
4-20 respuestas.54%
5-11 respuestas.29.7%

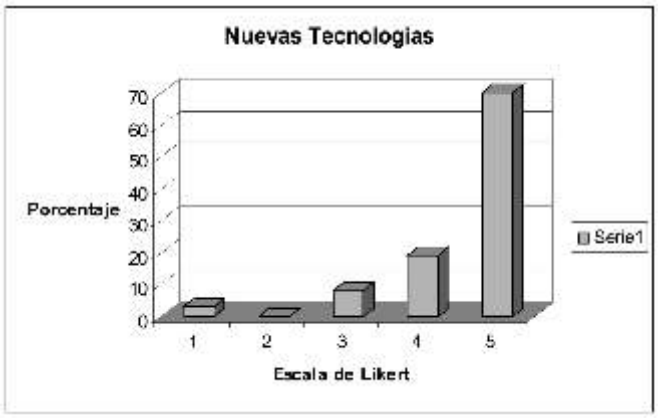
- El 83.7% consideran útil-muy útil la formación en E.M basada en la Evidencia..
- El 10.8% lo consideran indiferente.
- El 2.7% lo consideran innecesario.
- El 2.7% lo consideran totalmente innecesario.



K: NUEVAS TECNOLOGÍAS: INFORMÁTICA MÉDICA, HISTORIA CLÍNICA INFORMATIZADA, TELEMEDICINA.

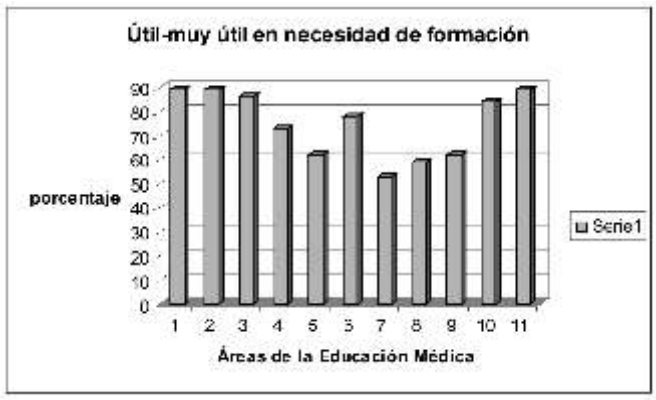
1-1 respuestas.2.7%
2-0 respuestas.0%
3-3 respuestas.8.1%
4-7 respuestas.18.9%
5-26 respuestas.70.3%

- El 89.2% consideran útil-muy útil la formación en Nuevas Tecnologías.
- El 8.1% lo consideran indiferente.
- El 2.7% lo consideran totalmente innecesario.



Tras describir cada área individualmente planteamos la comparación entre las distintas Áreas. Realizamos el sumatorio de los porcentajes de las categorías útil y muy útil para cada área de formación.

En todas las Áreas la necesidad de formación se consideró útil o muy útil en más de un 50% de las contestaciones, llegando hasta un 89% en áreas como Estilos de Aprendizaje-Instrucción, Técnicas de Instrucción y Nuevas Tecnologías.



1. Estilos de Aprendizaje-Instrucción.
2. Técnicas de Instrucción.
3. Nuevos Métodos de Enseñanza.
4. Técnicas Evaluativos.
5. Planificación Curricular.
6. Desarrollo Profesional y Planificación Estratégica.
7. Liderazgo.
8. Investigación en el área de la Educación Médica.
9. Evaluación de la Educación Médica.
10. Educación Médica basada en la evidencia.
11 .Nuevas Tecnologías: informática médica, historia clínica informatizada, telemedicina.

No hubo ninguna aportación en la pregunta abierta sobre otras áreas de interés.

Con este estudio descriptivo concluimos que nuestros tutores de residentes en medicina familiar y comunitaria consideran necesaria la formación en todas las áreas de la educación médica planteadas por el grupo de trabajo.

Los altos porcentajes obtenidos en las categorías útiles y muy útiles nos hacen pensar en la alta percepción de necesidad de formación específica que tienen nuestros tutores.

Desde nuestro grupo de trabajo intentaremos responder a las distintas necesidades de formación mediante la elaboración de cursos, talleres ,seminarios y otras actividades docentes que aporten a los tutotes una formación sólida y específica para desarrollar su labor como docentes.

Marta Álvarez Martínez
Coordinadora del GdT Educación Médica y Desarrollo Docente

RINCON DEL SOCIO

Recuerda que para hacernos llegar vuestras cartas podéis hacerlo bien por e-mail o por correo especificando siempre RINCON DEL SOCIO a las siguientes direcciones:

- **Por e-mail:** *svmfyc@svmfyc.org*
- **Por correo:** manda tu carta en un diskette dirigido a Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria. C/ Santa Cruz de la Zarza n º 4. Valencia 46021.

En los originales enviados a la revista hacer constar vuestro nombre, dirección y teléfono.

LA TEMPORALITAT A L'ATENCIÓ PRIMÀRIA

Una imatge del trist- panorama laboral actual del metge de familia, quant a nomenaments TEMPORALS :

1.- INTERINITATS en plaça vacant.

Places de plantilla. Els interins només poden ser desplaçats per un propietari que aprove una oposició o si s'amortitza la plaça. Una nova vacant sempre s'hauria d'oferir per Borsa de Contractació. S'hauria de crear una vacant quan un dels metges de plantilla tinga assignats més de 1500 TIS (+20%). Molts metges ténen cupos majors o atenen un número més elevat de pacients perquè hi ha errades al SIP (usuaris sense assignació) i a pesar d'això la Conselleria no en crea. Altres vacants, resultat de Jubilacions o Reserves de plaça de metges que ocupen càrrecs de gestió, també haurien de ser oferides per la Borsa però ....Segons la nostra opinió es creen poques vacants: - a l'antiga Àrea 2 que te més de 430.000 TIS només es varen crear durant un any 4 (a pesar d'haver se inaugurat amb gran publicitat un Centre de Salut nou, es va fer amb majoria d'eventuals fora de plantilla). Com a mostra de les irregularitats direm què només una d'elles va ser oferida per Borsa i aprofitant un periode vacacional, quan tots els metges eventuals treballaven fent substitucions (mecanisme habitual dels Directors d'Àrea per assegurar-se el suport legal) .

2.- EVENTUALS:

Son els més freqüents i són responsables de la gran precarització laboral dels metges, perquè son places fora de plantilla què l'Administració pot fer desaparèixer quan vulga. De millors a pitjors:

2.a) PER A LA PRESTACIÓ DE SERVEIS DETERMINATS (a temps total o parcial).

Legalment només poden ser signats per un màxim de 6 mesos a la mateixa persona. Dins d'aquests :

2.a.1) ACUMULS DE TASQUES :Teòricament són de reforç i no haurien de tenir assignat un cupo. Renovables cada cada un, tres, quatre o sis mesos, segons Àrees. Legalment haurien de ser renovats fins un màxim d'un any (l'Estatut Marc obliga a plantejar l'estructuralitat d'aquestes places després), però ho son habitualment per anys. Són una manera pràctica (i il.legal) de tenir al treballador "enganxat".També haurien de ser oferides per Borsa- fins i tot les renovacions - com tots els nomenaments majors d'un més- però... Efectes col.laterals: Si no ténen assignat un cupo, com ténen 0 cartilles no cobren productivitat

variable.

2.a.2)"CORRETURNOS": Contractats inicialment per a cobrir les lliurances de guàrdies quan es va fer necessari aplicar la sentència de l'assumpte SIMAP de 2001 del Tribunal de Luxemburg legislada autonòmicament al Decret d'Atenció Continuada en Atenció Primària de 6 Abril de 2002 . Encara què la tendència actual es a contractar als "correturnos" per mesos, encara hi ha Àrees, com a Sagunt, on els metges son contractats dia a dia, encara què fan un treball continuat.

2.b)NOMENAMENTS D'ATENCIÓ CONTINUADA.

A diferència dels anteriors són indefinits, amb la contradicció que suposa tenir un treballador eventual indefinit. Només fan guàrdies, cobren per hores i per trams, un mínim de 126 hores i un màxim de 12 guàrdies al mes, segons l'ultim acord de 10 de Març de 2005, què també permet que pugan ser desplaçats en un radi de 25 km des del Centre on han sigut contractats (per la qual cosa bona part de l'augment retributiu concedit haurà de ser destinat al combustible i al cotxe, ja què utilitzen el seu propi) Són practicament els únics oferits a través de la Borsa. Segons la normativa actual d'aquesta els metges de Atenció Continuada estaràn en una situació de "disponible especial" i podràn ser cridats per ocupar vacants, però segons la Conselleria açò no passarà fins què les dades d'aquesta s'actualitzen, no sabem quan.

3.-SUBSTITUCIONS:

Es pot ser substitut d'un fixe, d'un interí o d'un eventual i es cobra el sou base i complements de la persona substituïda. Les majors o iguals a un mes haurien de ser oferides per Borsa .

En resum: una gran eventualitat, poca creació de vacants i nul.la transparencia de la Borsa de Contractació. Malauradament, un trist panorama.

Estel Ortells.
Delegada del SIMAP
(Sindicat de Metges d'Assistència Pública).
Castelló.

PRACTICA CLINICA

ALUCINACIONES VISUALES EN UN ANCIANO CON ENFERMEDAD DE PARKINSON

Premio al mejor Caso Clínico del XVII Congreso de la Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria (Oliva, 2005).

Clara Pons Giner[*], María Sanchis Plasencia[*], Trinidad Izquierdo Núñez[*], Ermengol Sempere Verdú[**].
[*]Residentes de tercer año de Medicina Familiar y Comunitaria [**]Médico de Familia. Centro de Salud de Paterna-Valencia [Plaza Clot de Joan s/n, 46980, Paterna].

La incidencia de alteraciones mentales en el curso de la Enfermedad de Parkinson (EP) ha aumentado considerablemente tras la introducción de fármacos dopaminérgicos, siendo una de las principales limitaciones para su uso. Dentro de las complicaciones psicóticas, las alucinaciones monosintomáticas son el trastorno más frecuente. Son predominantemente visuales y, una vez acontecen, en la mayoría de los casos es necesaria la reducción de la dosis o supresión temporal del fármaco, con el consiguiente empeoramiento de la situación funcional motora.

Presentamos el caso de un hombre de 69 años que consultó por alucinaciones visuales de dos meses de evolución que llegaban a provocarle crisis de pánico, las cuales ocasionaban un grave trastorno familiar, con varias demandas de atención urgente a domicilio y al servicio de urgencias del hospital de referencia. Las alucinaciones se desarrollaban sobre todo en el domicilio del paciente y eran de contenido desagradable (personas descuartizadas, monstruos, un hombre ahorcado). Estas imágenes le creaban gran ansiedad porque las vivía como reales y al ir a acercarse a ellas desaparecían.

Como antecedentes personales tenía EP de 6 años de evolución y con buen control sintomático hasta 4 meses antes de la consulta, hipertensión arterial, glaucoma de ojo izquierdo, amaurosis en ojo derecho, accidente isquémico transitorio dos años antes, trombosis venosa profunda, hiperuricemia y depresión reactiva. El paciente no tenía antecedentes psicóticos previos salvo un episodio de cuadro delirante que cursó con agitación y alguna alucinación en el contexto de un ingreso hospitalario.

Para su EP tomaba L-Dopa (600/150 mg/24 h) y mianserina (30mg/24 h) desde hacía años y cabergolina (2mg/24 h), introducida cuatro meses antes por empeoramiento de la clínica motora. Tomaba también desde hacía años alopurinol, torasemida, losartan, acenocumarol y dorzolamida oftálmica.

En la exploración destacaba amimia facial, labilidad emocional, marcha festinante y rigidez en rueda dentada. No presentaba otros signos de focalidad neurológica y el resto de la exploración física era normal. Se realizó un Minimental Test durante el episodio con una puntuación de 23 y una analítica general donde sólo destacaba una vitamina B12 de 269 pg/ml (normal: 270-2.000 pg/ml). No se realizaron pruebas de imagen porque no lo consideramos pertinente dada la sospecha diagnóstica que ya barajábamos a esas alturas.

Llegados a este punto nos planteamos cuatro posibles diagnósticos: demencia por cuerpos de Lewy, Síndrome de Charles-Bonnet, otras psicosis o un efecto secundario del tratamiento recientemente introducido para la EP.

La demencia por cuerpos de Lewy se caracteriza por tener un curso progresivo y fluctuante, con variación del nivel de atención y alerta. En este tipo de demencia las alucinaciones visuales son característicamente recurrentes y bien formadas y aparecen rasgos espontáneos de parkinsonismo.

La posibilidad de que se tratara de

alucinaciones visuales secundarias a la pérdida de visión en el anciano o Síndrome de Charles-Bonnet (recordemos que el paciente tenía amaurosis de ojo derecho y glaucoma crónico en ojo izquierdo) se descartó pues en estos casos suelen ser de contenido agradable y el paciente no las vive como reales.

Entre otros cuadros psiquiátricos que cursan con alucinaciones está la esquizofrenia, que se descartó porque debuta en edades más tempranas y las alucinaciones son característicamente auditivas, la depresión delirante, que se descartó pues nuestro paciente no había empeorado de la clínica depresiva y la Enfermedad de Alzheimer, que se descartó también porque las alucinaciones suelen aparecer en estadíos muy evolucionados de la enfermedad.

Así pues se descartaron todas las causas excepto la demencia por cuerpos de Lewy y el efecto secundario a la medicación, aunque la primera posibilidad nos parecía poco probable por el curso evolutivo de la enfermedad. Con la sospecha de que las alucinaciones se debieran a la cabergolina nos pusimos en contacto con el neurólogo que controlaba al paciente, quien tras realizar una nueva visita recomendó la retirada progresiva de la cabergolina, a razón de 0,5 mg/48 h a lo largo de ocho días. A la semana de la supresión completa el paciente estaba asintomático de la clínica psicótica, pero empeoró significativamente de la clínica motora secundaria a su EP. Trascurridos 6 meses desde la retirada de la cabergolina las alucinaciones no han vuelto ha presentarse y el Minimental Test ha mejorado de forma significativa, dando un resultado de 28. El debut de las alucinaciones tras años de clínica parkinsoniana y, sobretodo, la clara mejoría de la sintomatología tras la retirada de la cabergolina nos confirmó el diagnóstico de alucinaciones visuales secundarias a cabergolina.

La cabergolina es un potente agonista de los receptores D2 de la dopamina que, añadida a levodopa/carbidopa, mejora el déficit motor permitiendo una reducción sustancial de la dosis de este último fármaco. Hasta el 75% de pacientes presenta algún efecto adverso, requiriendo abandono del tratamiento el 15%. Entre los efectos adversos frecuentes (1-10%) debidos a cabergolina se encuentran las alucinaciones.

La incidencia de alteraciones mentales en el curso de la EP ha aumentado considerablemente tras la introducción de fármacos dopaminérgicos. Las más frecuentes son las alteraciones del sueño, alucinaciones, ilusiones, cuadros confusionales y ataques de pánico. Dentro de las complicaciones psicóticas, las alucinaciones monosintomáticas son el trastorno más frecuente, con una incidencia muy variable (5-35%). Son predominantemente visuales, y una vez acontecen, en la mayoría de los casos es necesaria la reducción de la dosis o supresión temporal del fármaco, con el consiguiente empeoramiento de la situación funcional motora.

Como conclusión queremos destacar la importancia de plantear el diagnóstico diferencial en cualquier paciente y ante cualquier síntoma y recordar que cualquier medicamento para la EP puede producir alucinaciones, sobretodo las dosis altas de L-dopa cuando se administran durante un periodo prolongado y los agonistas dopaminérgicos. En ocasiones es difícil el equilibrio en el tratamiento de la EP, que obliga a encontrar la dosis exacta que disminuya la clínica parkinsoniana sin desencadenar síntomas psicóticos. Por último, recordar la importancia de conocer los efectos secundarios de los medicamentos con la finalidad de detectarlos precozmente y evitar así el sufrimiento añadido del paciente y de la familia y la realización de intervenciones médicas inútiles.

BIBLIOGRAFIA

García Escrig M, Bermejo Pareja F, Fernández Ponsatí JT. Psicosis por levodopa en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopática. Medicina Clínica (Barcelona) 1999; 112:245-250.

Jiménez-Jiménez FJ. Tratamiento de la enfermedad de Parkinson. Medicina Clínica (Barcelona) 1999; 112:257-258.

Herrera Tejedor J. Alucinaciones visuales en el anciano. Medicina Clínica (Barcelona) 2002; 118 (9):353-6.

PAGINA DEL RESIDENTE

OBJETIVOS 2005-2006 DE LA SVMFYC PARA LOS RESIDENTES

Juan V. Quintana

X Jornadas de Residentes semFYC.

En la última Junta Directiva de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, a la que perteneces por pertenecer a SVMFiC, se consiguió la elección de la ciudad de Alicante como sede de las próximas Jornadas Nacionales de Residentes, que se celebrarán en mayo de 2006. Allí se realizarán talleres, mesas redondas y presentación de trabajos de investigación de residentes de todas las provincias españolas. Os animamos a los residentes y sus tutores a preparar casos, proyectos de investigación y experiencias para esta cita. El año pasado en Salamanca se presentaron 3 trabajos desde la Comunidad Valenciana frente a los cerca de 50 de otras. Eso hay que mejorarlo.

Además, en noviembre de 2006 se celebrará el congreso nacional de semFYC en la ciudad de Valencia. Tenemos que dar ejemplo.

Talleres para residentes.

Para no saturaros a congresos y jornadas, este 2006 no habrá Jornadas de Residentes SVMFiC. En su lugar estamos preparando sesiones de talleres presenciales exclusivos para nosotros los médicos-residentes. Éstos procuraremos impartirlos en cada provincia para evitar excesivos desplazamientos y hacerlos más accesibles a todos vosotros.

Extensión de contenidos de la web.

Ya podéis ver los resultados: noticias varias, documentos oficiales (estatutos, programa de la especialidad, unidades docentes, foro de debate…). También queremos ampliar la oferta de legislación y preparar un foro más informal de libre acceso y gestión por vuestra parte, que tendrá enlace desde la página de la Sociedad.

Ampliación de miembros y relevo del vocal.

Aprovechando la renovación de los Estatutos de la Sociedad (no, no entraremos en si somos nación o no) hemos elaborado el borrador del reglamento de la vocalía de residentes. Lo podéis consultar en la página web y aportar vuestras opiniones para que sea lo más plural posible.

Este 2006 termino el periodo de residencia, confío. Hay que elegir nuevo vocal. Es por eso que esperamos una mayor participación en las tareas de la vocalía en aras de continuar el trabajo que desde hace 8 años realizan los residentes dentro del seno de la SVMFiC.

Mayor participación de los residentes en actos científicos, publicaciones y actividades de la SVMFiC.

La especialidad de MFyC es, con mucho, una de las que más dedican a investigación clínica dentro de nuestro país y la que más presencia tiene en la ciudadanía. No tenéis más que ver los medios de comunicación: prevención del SIDA, ola de calor, campaña antitabaco, malos tratos, hipertensión…Y Casi todos los proyectos de investigación y comunicaciones que se presentan a congresos están realizados en gran parte por médicos-residentes. Quiero haceros caer en la cuenta de este aspecto para recordaros que la Sociedad tiene más de veinte grupos de trabajo en los que podéis participar. En un principio para aprender, sí. Nadie nace con todos los conocimientos sobre diabetes, gestion, cirugía menor, etc. Pero en un futuro podéis ser los especialistas de referencia en esos temas. Los Grupos de Trabajo y sus talleres impartidos en Aula Abierta están a vuestra disposición. Mantened el motor de vuestra Especialidad con vuestra participación.

APUNTES DE HISTORIA DE LA MEDICINA DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

Francisco Xavier de Balmis y Berenguer, nació en Alicante el 2 de Diciembre de 1753.

Trabajó en el Hospital Real Militar de Alicante y obtuvo el título de Cirugía y Álgebra en 1778 por la Universidad de Valencia. Ingresó en el ejército, y en 1781 es ascendido a cirujano de dicho cuerpo, realizando diversas expediciones por África y América.

La viruela fue introducida en el Nuevo Continente por los conquistadores españoles a principios del siglo XVI. A finales del XVIII, Edward Jenner, médico rural inglés, consiguió aislar la vacuna y el Dr. Balmis fue uno de los principales estudiosos de la misma. Ante la situación de epidemia que había en los territorios de Ultramar, el Rey Carlos IV ordena en 1803 la expedición para transportar la vacuna de la viruela, bajo la dirección de Balmis. Para transportar viva la vacuna, en el barco viajaban niños abandonados que no hubieran pasado la enfermedad; la vacuna se inoculaba en unos, y de las vesículas formadas a los días, se extraía el suero y se inoculaba a otro sano y así sucesivamente hasta llegar a tierra. La expedición recorrió la actual Colombia, Perú, Chile, Venezuela, Guatemala, México, Cuba, Texas, Macao, Filipinas, Santa Elena y volvió a Lisboa en 1806.

En sus últimos años fue Cirujano de Cámara del Rey Fernando VIII. Murió el 12 de febrero de 1819 en Madrid. Se le dedica una plaza del casco histórico en la ciudad de Alicante y la avenida donde se sitúa el Hospital General de México lleva su nombre.

JVQ

NOTAS Y COMUNICADOS

Si no has recibido ningún correo electrónico nuestro en los últimos meses es porque tenemos equivocada tu dirección o no disponemos de ella; actualiza tus datos enviándonos un correo con los mismos a svmfyc@svmfyc.org

En la página de la Sociedad, www.svmfyc.org, sección “Residentes y Empleo”, hay novedades (enlaces, foro, documentos...) y en la de www.semfyc.es, también. Visítalas cuando quieras, son de la Sociedad de tu Especialidad.

La revista Atención Primaria la reciben todos los socios de SVMFiC a partir de 2 o 3 meses desde su inscripción como socio. Si no la recibes, ponte en contacto con la Secretaría de la Sociedad (96 339 27 56 svmfyc@svmfyc.org) o directamente con la editorial Doyma 900345345)

Para cualquier duda, colaboración o tema que quieras proponer a tu Vocalía de Residentes, escribe a residentes@svmfyc.org,
C/Santa Cruz de la Zarza, 4, bajo. 46021 VALENCIA
Tlf.: 96 339 27 56 - Fax: 96 361 94 60.

AGENDA

OCTUBRE 2005

Días 5-8
XXVII CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA RURAL Y GENERALISTA
- Lugar: Bilbao
- Información: ***www.semergen.es***

Día 14
I JORNADAS DE INVESTIGACIÓN Y ACTUALIZACIÓN
- Lugar: Colegio de Médicos de Valencia
- Información: Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria
  www.svmfyc.org
  Tef: 96 3392756
  Fax: 963619460

Días 20-21
- Información: ***www.svmfyc.org***

Días 21-22
II CONGRESO VALENCIANO DE MEDICINA GENERAL
- Lugar: Alicante
- Información: ***alicantecongresos@viajeseci.es.***
  www.semg.es

Día 27
3ª JORNADA SOBRE PATOLOGIA DEL APARATO LOCOMOTOR ENTRE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA
- Lugar: Palau de la Música
  Avda. Paseo de la Alameda 30, 46023 Valencia
  Organizado por la SVMFIC
  Secretaría técnica: Calabria 273-275 Entlo. 1ª. 08029 Barcelona
  Tef. 934108646. Fax 934303263
  e-mail: ***msd@reunionsciencia.es***

CONFERENCIA : "PAPEL DE LA AGENCIA ESPAÑOLA DEL MEDICAMENTO PARA MEJORAR EL USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS"

Ramón Palop Baixauli. Subdirector General Adjunto de la Agencia Española del Medicamento.
- Lugar: Salón de Actos del Hospital de La Ribera. Alzira (Valencia).

NOVIEMBRE 2005

Días 11-12
- Organizado por: Sociedad Valenciana de HTA y RV y Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria.
- Secretaría: Bisval
  C/ Ministro Luis Mayans, 50-2º pta 3. 46009 Valencia
  Tef 963386111 Fax 963386112
  bisval@europa3.com y ***bisval@wanadoo.es***

Días 15-17
2º CURSO DE RESISTENCIA A LA INSULINA Y SINDROME METABOLICO
- Lugar: Colegio de Médicos de Valencia.
- Organiza: Colegio de Médicos de Valencia y Sociedad Valenciana de Endocrinología, Diabetes y Nutrición.
- Información: ***http://www.comv.es***

Días 23-26
XXV CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
- Lugar: Palacio de Congresos y Exposiciones . Santiago de Compostela. La Coruña.
- Información: ***www.semfyc.es/santiago2005***
  Secretaría técnica: semFYC congresos. Carrer del Pi, 11, Pl.2ª, Of 13. 08002 Barcelona
  Tef 933177129 Fax 933186902

Días 24-25
XVI CURSO DE REUMATOLOGÍA: LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO.

(Inscripción gratuita hasta 30 octubre 2005 llamando 961972145 y 961972146 de 12-14:30 h o en ***calvocatala@reuma-osteoporosis.com***).
- Lugar: Salón de actos de Hospital General Universitario de Valencia
  Avda Tres Cruces s/n Valencia 46014.

DICIEMBRE 2005

Días 13-14
XXII REUNIO DE LA SOCIETAT CATALANA D'HIPERTENSIO ARTERIAL I XVIII JORNADES CATALANES SOBRE HIPERTENSIO ARTERIAL
- Lugar: Palau de Congresos de Barcelona. Barcelona.
- Información: ***schta@reunionsciencia.es***

NUEVO DICCIONARIO TERMINOLOGICO DE LA CIENCIAS MEDICAS

Queridos compañeros es de todos conocido que el leguaje, inclusive el lenguaje médico y por ende científico, es un instrumento de comunicación social en constante evolución y cambio. Todos hemos sentido alguna vez en nuestras consultas la necesidad de adaptar nuestro idioma profesional al nivel del que utilizan nuestros pacientes a fin de hacernos entender, y por otro lado también habremos oído vocablos que intentan acercar a quien los pronuncian al arrimo de la ciencia, desconcertándonos en mas de una ocasión.

Es por esto que iniciamos en este número, una intrépida búsqueda de expresiones o términos usados por nuestros pacientes, a fin de elaborar un nuevo diccionario científico-social que nos sirva de herramienta de comunicación con ellos. Si quieres contribuir a su redacción, puedes hacernos llegar tus experiencias a través de nuestra página Web. Intentaremos en cada número ampliar este "otro conocimiento", tan desconocido como sufrido. Si es algo en lo que no te has parado a pensar, simplemente querido amigo, lee y disfruta. Es tan real como la vida misma…

Anataxista: dícese del especialista o perito médico que practica la anestesia, aunque esta acepción podría también atribuirse al especialista médico que te "lleva de viaje tras la aplicación de diferentes inyecciones" . Sinónimo: anestesista.

Asteriles: órgano rojizo situado en la parte anterior e inferior de la laringe que constituye una glándula de secreción interna. Habitualmente para la mayoría de la población resulta ser la única responsable de todas y cada una de las formas de obesidad o gordura teniéndose que revisar compulsivamente antes del verano y posteriormente a las Navidades para detectar indicios de perezosidad glandular responsables del sobrepeso. Similes: Esteroides. Sinónimo: Tiroides.

Anzuelo: forúnculo en el borde palpebral pudiendo ser externo o interno. Ante la insistencia de nuestra colega de corregir la expresión por su nombre real: orzuelo, el paciente solventó el error con una frase: "bueno, así es como lo llaman ustedes…"

Diabetis: trastorno del metabolismo de los hidratos de carbono caracterizado por hiperglucemia. Desconocemos el porqué de la asociación o relación con la asociación deportiva del mismo nombre. Sinónimo: diabetes.

Diarrera: evacuación intestinal frecuente, líquida y abundante. Símiles: cagaleras. Sinónimo: diarrea.

Fimosis pulmonar: formación de tejido fibroso en el parénquima pulmonar. El compañero tuvo que explicar a la paciente la diferencia nosológica clara entre su fibrosis pulmonar y la fimosis que padecía su hijo. Sinónimo: fibrosis pulmonar.

Hernia fiscal: dislocación total o parcial de un disco intervertebral. Por el momento no desgrava, pese a los múltiples intentos que realizan nuestros pacientes. Eso si, real o imaginaria, es uno de los diagnósticos del top-ten como motivo de baja laboral. Sinónimo: hernia discal.

Indicción: acción de introducir, bajo presión y por medio de un instrumento adecuado, un líquido en una parte, órgano o cavidad con objeto terapéutico. Este es un vocablo extraído del mundo chiti-tunning del barrio de La Coma. Sinónimo: inyección.

Principio: base, origen, razón fundamental. Coletilla antepuesta a numerosas entidades nosológicas para restarles importancia o para explicarlas. De todos es conocido el principio de infarto, principio de úlcera, principio de neumonía , principio de trombosis, etc.

Salir pa fuera: Descarga de materias fecales del intestino por el ano. Qué queridos colegas, cómo os habéis quedado? De piedra, no?. Pues imaginaros la cara del compañero que escuchó esto por primera vez y sin traductor: "Doctor, que no salgo pa fuera!", contestación: "¿afuera de dónde?", "De donde va a ser, pues fuera de mi!", "ein?". Sinónimo: defecación.

TAS: Tomografía axial computerizada, con acento del sur de España y el seseo correspondiente. Hay quien podría pensar que su pronunciación se limitaría a las regiones de Andalucía, Extremadura y Canarias, pero os aseguramos que su uso está bastante más extendido, jayyy!.Sinónimo: TAC (aunque dicho sea de paso, habría que someter su género a un referemdum entre la opinión científica, el o la?, esa es la cuestión).

Ponerse de memoria: Actitud del cuerpo en estado de reposo sobre un plano horizontal sobre el que descansa la región dorsal. Vamos, boca arriba. Aunque desde luego el cerebro mirando al techo, piensa y recuerda mucho mejor. Sinónimo: decúbito supino .

Verticales: Siete huesos cortos que enlazados entre si forman la columna vertebral cervical. Sin duda algo es cierto: están situados en posición vertical! Sinónimo: cervicales.

DICCIONARIO TERAPEUTICO:

Aspirina "bullidora": dícese de la forma de ácido acetilsalicílico que se toma disuelta en agua. Desde la redacción nos preguntamos si la casa Bayer no estaría interesada en adoptar la expresión valenciana de su forma efervescente… Os mantendremos informados.

Días de pan: ansiolítico utilizado desde décadas para combatir la ansiedad y el insomnio. Sinónimo: diacepam.

Dolotil: metamizol para los dolores. Sobran comentarios… Bueno, no, ¿cómo no se les ha ocurrido todavía cambiarle el nombre?. Sinónimo: Nolotil.

La mitad de cien: Diréis: cincuenta! . Pues no. Éste es un conocido anticonvulsivante, la lamotrigina, con su dosis incluida en el vocablo. Nuestra intrépida compañera llegó a recetar estas palabras ante la imposibilidad de traducir las palabras del obstinado paciente. Acertó, en la farmacia consiguieron resolver el enigma. Sinónimo: Lamictal "de" 100.

Sexoral: antidepresivo de nueva generación ampliamente utilizado en ancianos por su seguridad de uso. Ante la afirmación rotunda del paciente al compañero de que tomaba esta medicación porque "me relaja mucho, oiga", nuestro intrépido compañero sólo pudo responder anonadado:" y a quién no?". Sinónimo: Seroxat.

Sitroen: anticoagulante dicumarínico que precisa de estrictos controles analíticos por el riesgo de hemorragias que conlleva. Sinónimo: Sintrom.

Trompocid: Conocida crema antitodo, que al estilo del bálsamo de tigre igual sirve para aplicar sobre hematomas, articulaciones artrósicas, quemaduras solares, picaduras de insectos, o piernas cansadas y varices. Lleva una expresión o coletilla, típicamente valenciana, que acompaña a la petición de su receta, a saber : " vullc trompocid… pa les trompaes". Elemental, querido Watson, si hasta su nombre lo indica!. Sinónimo: Trombocid.

NORMAS DE PUBLICACION

Las normas para la publicación en la revista de la SVMFIC se exponen a continuación. Los trabajos y otras aportaciones se remitirán a :

SOCIEDAD VALENCIANA DE MEDICINA DE FAMILIA (REVISTA)
C/ Santa Cruz de la Zarza, 4 bajo.
46021 VALENCIA
o por e-mail: svmfyc@svmfyc.org , asunto: revista.

A) ORIGINALES

CASO CLINICO

Descripción de un caso que suponga una aportación interesante y sea de ayuda al clínico. Deberá contener los siguientes apartados:

- Introducción: Muy breve, enmarcando y explicando los aspectos de interés del caso que se va a describir.
- Descripción del caso clínico: deberá incluir la siguiente información: Motivo principal de consulta, antecedentes médicos y enfermedad actual, incluyendo los clásicos elementos de la historia clínica diferenciando los datos subjetivos (anamnesis) de los objetivos (exploración física, analítica, otras pruebas complementarias...)
- Diagnóstico diferencial: Incluir posibilidades que permitan al lector trabajar su actitud a seguir/juicio diagnóstico con los datos aportados, pudiendo ser tanto de derivación/interconsulta como diagnósticas.
- Discusión: Incluirá un breve comentario del cual sería la actitud correcta ante ese paciente y cuál fue el diagnóstico final.

Se admitirán un máximo de seis autores, un máximo de 10 referencias bibliográficas y hasta dos figuras y dos tablas.

REDACCION

La extensión máxima del texto será de 1´5 hojas formato DIN-A4, mecanografiadas en Times New Roman, 12 puntos y a simple espacio. Márgenes: izquierdo 3 cm, derecho 3 cm, superior 2´5 cm, inferior 2´5 cm

Los trabajos deben incluir: título, autores, cargos, centro y dirección de contacto con los autores seguido del resumen y posteriormente comenzará el texto con los diferentes apartados.

La bibliografía debe comenzar en una nueva página y se presentará según el orden de aparición en el texto. Se redactarán según las normas de Vancouver.

Las figuras o tablas, cada una debe ir en una hoja aparte indicando la numeración y el título de la misma.

La numeración de las páginas debe comenzar en la del título y se incluirá en la esquina superior derecha.

EXPERIENCIAS

Se podrán remitir aquellas actividades docentes u organizativas que se estén realizando en los Centros y que puedan servir para compartir experiencias entre los profesionales de Atención Primaria.

Debe presentar de manera estructurada, como mínimo, los siguientes apartados:

- Fundamentos: (incluirá: introducción y objetivos)
- Métodos: (incluirá: planificación de la actividad y los métodos de evaluación)
- Resultados: (incluirá: descripción de la actividad realizada y los resultados de la evaluación)
- Conclusiones.

Se admitirán un máximo de seis autores, un máximo de 20 referencias bibliográficas y hasta cuatro figuras y cuatro tablas.

REDACCION

La extensión máxima del texto será de 2 hojas formato DIN-A4, mecanografiadas en Times New Roman, 12 puntos y a simple espacio. Márgenes: izquierdo 3 cm, derecho 3 cm, superior 2´5 cm, inferior 2´5 cm.

Los trabajos deben incluir: primera página con el título, autores, y dirección de contacto con los autores.

En la segunda página irá el resumen.

En la tercera página comenzará el texto con los diferentes apartados.

La bibliografía debe comenzar en una nueva página y se presentará según el orden de aparición en el texto. Se redactarán según las normas de Vancouver. Las figuras o tablas, cada una debe ir en una hoja aparte indicando la numeración y el título de la misma.

La numeración de las páginas debe comenzar en la del título y se incluirá en la esquina superior derecha.

REVISIONES DE TEMAS

Se podrán remitir aquellas revisiones clínicas sobre temas de interés en Atención Primaria.

Debe presentar de manera estructurada, como mínimo, los siguientes apartados:

- Introducción: Incluirá:
  - Justificación.
  - Objetivos.
  - Métodos: que deberá incluir como mínimo: aspectos clínicos que se van a abordar, fuentes de información (periodo de búsqueda, criterios de búsqueda, fuentes utilizadas). Se recomienda que las recomendaciones que se realicen sean clasificadas utilizando criterios explícitos.

- -Revisión: Incluirá la revisión propiamente dicha.
- -Conclusiones.
- -Bibliografía.

REDACCION

La extensión máxima del texto será de 7 hojas formato DIN-A4, mecanografiadas en Times New Roman, 12 puntos y a simple espacio. Márgenes: izquierdo 3 cm, derecho 3 cm, superior 2,5 cm, inferior 2,5 cm

Los trabajos deben incluir: el título, grupo de trabajo y autores. En caso que los autores no pertenezcan a ningún grupo de trabajo deberán indicar la dirección de contacto.

Seguirá el texto con los diferentes apartados y la bibliografía se presentará según el orden de aparición en el texto. Se redactarán según las normas de Vancouver.

Las figuras o tablas, cada una debe ir en una hoja aparte indicando la numeración y el título de la misma.

La numeración de las páginas debe comenzar en la del título y se incluirá en la esquina superior derecha.

UPDATES

Se podrán remitir resúmenes de los artículos más relevantes, publicados sobre un mismo tema en el último año y que supongan implicaciones importantes para la práctica clínica.

Deberá incluir los siguientes apartados:

- Título: Describirá el tema sobre el que traten los artículos.
- Artículos: Referencia bibliográfica del artículo (según normas de Vancouver), resumen estructurado de los artículos (cada resumen no deberá tener más de una hoja DIN-A4, mecanografiadas a con Times New Roman, 12 puntos y a simple espacio).
- Comentario: Incluirá la discusión de los artículos y las implicaciones para la práctica clínica de los mismos.

REDACCION

La extensión máxima del texto será de 7 hojas formato DIN-A4, mecanografiadas en Times New Roman, 12 puntos y a simple espacio. Márgenes: izquierdo 3 cm, derecho 3 cm, superior 2 ´5 cm, inferior 2 ´5 cm.

Los trabajos deben incluir: primera página con el título, grupo de trabajo y autores. En caso que los autores no pertenezcan a ningún grupo de trabajo deberán indicar la dirección de contacto seguida del texto y la bibliografía. Se redactarán según las normas de Vancouver.

Las figuras o tablas, cada una debe ir en una hoja aparte indicando la numeración y el título de la misma.

La numeración de las páginas debe comenzar en la del título y se incluirá en la esquina superior derecha.

B) RINCON DEL SOCIO

En este apartado se incluyen artículos de opinión, propuestas, e ideas que quieras hacer. La extensión máxima será de 1 hoja formato DIN-A4, mecanografiadas en Times New Roman, 12 puntos y a simple espacio.

C) OTRAS SECCIONES

La revista dispone de otras secciones (editorial, gaceta, entrevista, ...), de las que se encarga el comité editorial , estando abierto a la colaboración de l@s soci@s que espontáneamente quieran participar .

PUBLICIDAD

PUBLICIDAD