SVMFIC

Revista Valenciana de Medicina de Familia

PUBLICACIÓN OFICIAL DE LA SOCIEDAD VALENCIANA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

REVISTA N 21
PRIMAVERA 2006

4 EDITORIAL
Necesidades de Médicos de Familia en la Comunidad Valenciana en la actualidad.

5 NUESTRO TRABAJO DÍA A DÍA
Frecuentación y grado de control del paciente diabético tipo 2

10 GACETA

13 PRÁCTICA CLÍNICA
Síndrome de Cowden (a propósito de un caso)
I Jornada de Fibromialgia del Departamento 11 de Salud. Un día para la reflexión.

19 RINCÓN DEL SOCIO

20 TRABAJO DE LOS GRUPOS
Sesiones de entrevista clínica basadas en incidentes críticos

24 EN COLABORACIÓN CON.
Fibromialgia

25 PÁGINA DEL RESIDENTE
Actualidad sobre el estatuto de los residentes
X Jornadas de residentes semFYC

27 AGENDA

29 NO TODO ES CIENCIA
Diccionario terminológico de las ciencias médicas
Imagenes de la Costa Blanca

32 NORMAS DE PUBLICACIÓN

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 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

COMITÉ EDITORIAL

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

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 21

PRIMAVERA 2006

SUMARIO

REVISTA N 21
Primavera 2006

4 EDITORIAL
Necesidades de Médicos de Familia en la Comunidad Valenciana en la actualidad.

5 NUESTRO TRABAJO DÍA A DÍA
Frecuentación y grado de control del paciente diabético tipo 2

10 GACETA

13 PRÁCTICA CLÍNICA
Síndrome de Cowden (a propósito de un caso)
I Jornada de Fibromialgia del Departamento 11 de Salud. Un día para la reflexión.

19 RINCÓN DEL SOCIO

20 TRABAJO DE LOS GRUPOS
Sesiones de entrevista clínica basadas en incidentes críticos

24 EN COLABORACIÓN CON.
Fibromialgia

25 PÁGINA DEL RESIDENTE
Actualidad sobre el estatuto de los residentes
X Jornadas de residentes semFYC

27 AGENDA

29 NO TODO ES CIENCIA
Diccionario terminológico de las ciencias médicas
Imagenes de la Costa Blanca

32 NORMAS DE PUBLICACIÓN

NECESIDADES DE MÉDICOS DE FAMILIA EN LA COMUNIDAD VALENCIANA EN LA ACTUALIDAD

Tras el golpe de efecto que supone el proceso de consolidación de empleo de la OPE extraordinaria, mediante el cual se reduce el porcentaje de interinidad en nuestra Comunidad, hay que volver a analizar objetivamente en que situación nos encontramos respecto a la calidad del servicio sanitario ofrecido a la población, en comparación con con el volumen de población real existente, el número de plazas existentes de Medicina Familiar (EAP y Cupo), las encubiertas como "contratos de acúmulos de tareas" y los ratios de calidad aceptados médico/pacientes asignados propuestos por la comunidad científíca y los pactados/aceptados por nuestra administración (recordemos que por cada 1500 lo ideal sería un Médico de Familia y la administración fijó 1500 de base que pueden llegar incrementarse hasta un 20% más de pacientes asignados sin aumentar la retribución).

El sindicato CESM nos ha presentado un estudio con los datos reales actuales respecto a la situación de la población atendida en la Comunidad Valenciana y la plantilla existente de Médicos en Atención Primaria, cuyos resultados deberían hacernos reflexionar a todos y especialmente a la administración, si quiere cumplir con los objetivos de calidad asistencial en Atención Primaria a la que todos aspiramos.

Con el título Necesidades de Médicos de Familia y Pediatras de Atención Primaria en la Comunidad Valenciana, evidencian los autores que para cumplir el objetivo de 1500 pacientes por Médico de Familia y con la previsión del crecimiento actual de la población en nuestra Comunidad se necesitan crear 733 plazas nuevas de Medicina Familiar sin contar con los 292 +/-10% contratos existentes como acúmulos de tareas que están atendiendo prácticamente la mayoría un cupo más, con lo que las plazas estructurales que faltarían por crear de Medicina Familiar son 1025 hasta el 2007.

Evidentemente todavía estamos lejos de llegar al ratio ideal médico/paciente sin entrar en la cuestión de porcentaje de interinidad. Las 50 plazas de Medicina Familiar que saldrán este año en la OPE Ordinaria que próximamente se convocará dista mucho de las necesidades reales . Hablemos de calidad que tanto gusta a los políticos pero también de cantidad si queremos ponderar las cosas.

Comite Editorial

"Frecuentación y grado de control del paciente diabético tipo 2"

INTRODUCCIÓN

El sistema sanitario debe conseguir que la atención al paciente con diabetes sea accesible, integral, de buena calidad, eficaz y a un coste razonable. Conseguir este objetivo precisa el aprovechamiento de todos los recursos sanitarios disponibles, su racionalización y una coordinación efectiva y eficiente entre los distintos niveles sanitarios. La calidad asistencial al enfermo diabético en el ámbito de la Atención Primaria debe basarse en la elaboración y seguimiento de un programa estructurado, realizando un protocolo consensuado que establezca, entre otros, los criterios de valoración inicial y control evolutivo, incluyendo una monitorización y registro de las distintas actividades destinadas al buen control y seguimiento del paciente diabético [1,2,3,4,6,10].

En 1999 se describe para España una frecuentación en Atención Primaria de 7.7 visitas/año originando un coste de 78 euros/paciente lo que supuso el 23.4% del coste ambulatorio [2]. En el año 2000 España presentaba un número de visitas que parece ser el más elevado de Europa [6] con 7 visitas año por diabetes y 11.5 por total de causas; bastante más elevado que el referido en las guías (1-4). En un estudio en el 2002 de López Bastida et al [5] se señalan datos de frecuentación en Atención Primaria de 11/visitas al año para los pacientes tratados con insulina, 9 para los tratados con antidiabéticos orales y 9 para los de tratamiento exclusivo con dieta y un coste medio por consulta de 12-15 euros. Teniendo en cuenta estos datos, los costes anuales estimados serían 271,86 millones de euros (prevalencia 6%; coste medio de consulta 15 euros). Esto supone un 8-10 % del coste total del paciente diabético.

La frecuencia de las visitas recomendadas para una buena atención es uno de los aspectos más controvertidos [7], siendo discrepantes las recomendaciones de las diferentes guías de práctica clínica y basándose dichas recomendaciones más en opiniones de consenso que en estudios objetivos que aporten evidencia científica (1-3).

Existen pocos estudios que evalúen la frecuentación de los pacientes diabéticos en Atención Primaria, y de éstos ninguno evalúa la relación entre la frecuentación y el grado de control [8,9]. Es un tema relevante para la práctica clínica diaria, que permitiría una mayor eficiencia en la gestión de esta patología, ayudando así a la correcta priorización de los recursos sanitarios.

El objetivo del presente estudio fue analizar si el número de visitas programadas al médico y enfermero, del paciente diabético tipo 2, estaba asociado al grado de control de su enfermedad. También se analizó dicha asociación en función de ciertas características del paciente y de la enfermedad y de la frecuentación total del paciente diabético al centro de salud.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio observacional restrospectivo en dos Centros de Salud docentes de la red pública, de la localidad de Petrer (Alicante) (CS Petrer 1 y Petrer 2). Los datos se obtuvieron de las historias clínicas informatizadas y por entrevista directa con el paciente. Los pacientes pertenecían a dos cupos médicos, con características profesionales homogéneas: tutores docentes, con residente de MFyC, que seguían la guía de práctica clínica de la ADA [4], con tamaños de cupos similares de 1654 y 1676 tarjetas sanitarias.

La recogida de datos se realizó en el mes de septiembre de 2004. Durante los meses previos se confeccionó la planilla de recogida de datos, y en el mes de octubre de 2004 se realizó el análisis y discusión de los datos obtenidos.

La población de estudio incluyó a todos los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 diagnosticada antes de Enero de 2003, con criterios clínicos por su médico y registrada como tal en las historias clínicas informatizadas e incluidos en el programa de diabetes del Centro de Salud. Se excluyeron todos los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 1, tolerancia alterada a la glucosa, glucosa basal alterada, pacientes que no acuden de forma regular a los programas de salud del diabético, pacientes con enfermedades oncológicas, pacientes en tratamientos continuo con corticoides orales y diabetes gestacional.

El tamaño muestral se calculó para una media de visitas de 15 visitas/año y desviación típica de 7.1,

con un alfa de 0.02 y precisión de 2. Se obtuvo un tamaño de 86 sujetos. Ante una posible falta de datos que incluyeran todas las variables del estudio se estimó una proporción de pérdidas de 10% y se incluyeron un total de 96 sujetos.

Se seleccionaron mediante muestreo aleatorio simple del listado de pacientes en programa de diabetes, a 96 pacientes. Dado que no hubo pérdidas por falta de datos, se realizó con los primeros 86 pacientes recogidos.

En el protocolo de recogida de datos se incluyeron las siguientes variables:

- Características de los pacientes: Sexo, edad, factores de riesgo CVS.
- Características de la enfermedad: años de evolución de la diabetes, tipo de tratamiento (medidas higiénico dietéticas, antidiabéticos orales, antidiabéticos orales e insulina o insulina). Realización de autocontroles. Número de cambios de tratamiento.
- Complicaciones vasculares: retinopatía diabética, nefropatía diabética, pie diabético, insuficiencia venosa, claudicación intermitente, ACVA, cardiopatía isquémica.
- Factores de riesgo asociados: obesidad (IMC $\geq$ 30), tabaquismo, HTA (>130/80), dislipemia (triglicéridos $\geq$ a 150 mg/dl, colesterol LDL $\geq$ a 100 mg/dl), sedentarismo.
- Valor de la primera y última Hemoglobina glicosilada A1C (HbA1c) realizadas en el período de seguimiento (enero-marzo 2003 – junio-agosto 2004).
- Número de visitas:
    - Totales (suma de consultas administrativas, médicas por motivos de su diabetes, médicas por otros motivos médicos y a enfermería por motivo de su diabetes).
    - Visitas médicas administrativas.
    - Visitas médicas por motivos distintos a la diabetes.
    - Visitas médicas y a enfermería para control de diabetes (el análisis se hace de forma solapada ya que en muchas ocasiones la visita a enfermería incluye una consulta al médico).

Para el estudio estadístico se utilizó el programa SPSS (versión 9.0). Las variables cualitativas fueron evaluadas mediante prueba de la Xi-cuadrado y las cuantitativas mediante la prueba de la t de Student. Se realizó un estudio descriptivo con cálculo de proporciones y porcentajes, medias e intervalos de confianza. Se realizó un análisis multivariante mediante regresión lineal para estudiar la influencia de la frecuentación sobre el grado de control de la HbA1c teniendo en cuenta el resto de variables.

RESULTADOS

Las características de los pacientes de la muestra, distribución por sexo, edad, factores de riesgo y complicaciones quedan recogidas en la tabla 1. El factor de riesgo más prevalente fue la HTA (80%) y la complicación más frecuente la cardiopatía isquémica (10,4 %) y la insuficiencia venosa (11,6 %). Los datos obtenidos respecto a las características de la diabetes mellitus tipo 2 de nuestra población (años de evolución de la enfermedad, tipo de tratamiento, número de cambios en el tratamiento en el período estudiado y cifras de la hemoglobina glicosilada al principio y al final del registro), quedan reflejados en la tabla 2.

Tabla 1.- Características de los pacientes

	N		*IC95%*
Sexo (%)	86		
- Mujer	37	57%	47-67
- Varón	49	43%	33-53
Edad (media)		65,5	63,5-67,5
Factores de riesgo			
- Dislipemia	41	47,7%	37-58
- Sedentarismo	30	34,9%	25-45
- Tabaco	6	7%	2-12
- Obesidad	51	59,3%	49-70
- HTA	69	80,2%	72-89
Complicaciones			
- Nefropatía	6	6,9%	2-12
- Pie diabético	2	2,3%	0-5
- Insuf. Venosa	10	11,6%	5-18
- C. isquémica	9	10,4%	4-17
- ACVA	1	1,2%	0-4
- Neuropatía	3	3,5%	0-7
- Retinopatía	6	6,9%	2-12
- C. intermitente	1	1,2%	0-4

Se registraron todos los tipos de consultas realizadas al centro de salud, se cuantificaron el número de visitas administrativas, visitas por motivos médicos ajenos a la diabetes y el número de visitas al programa

Tabla 2. Características de la diabetes tipo 2 de la muestra.

	N (%)	*Media +/- de*	*IC 95%*
Años de evolución		7,07 +/- 6,98 años	5,6-8,5
Tipo de tratamiento:			
- Dieta	11 (12,8%)		6-20
- ADO	53 (61,6%)		51-71
- Insulina + ADO	15 (17,4%)		9-25
- Insulina	7 (8,1%)		2-14
Cambios tratamiento		1,73 +/- 1,78cambios	1,3-2,1
- Ninguno	28 (32,6%)		23-43
- 1-3	47 (54,6%)		44-65
- 4-5	8 (9,3%)		3-15
- 6-9	3 (3,4%)		0-7
Hb A 1c 1ª		7 +/- 1,51	6,6-7,3
Hb A 1c 1ª < 6	22 (25,6)		16-35
Hb A 1c 1ª 6-6,9	25 (29,1)		19-39
Hb A 1c 1ª 7-7,9	19 (22,1)		13-31
Hb A 1c 1ª > = 8	20 (23,3)		14-32
Hb A 1c 2ª		6,9 +/- 1,17	6,7-7,1

*Hb A 1c 1ª: hemoglobina glicosilada inicial.
*Hb A 1c 2ª: hemoglobina glicosilada final.

de diabetes médicas y a enfermería (tabla 3). El 60,5 % de los pacientes habían realizado entre 10 y 19 visitas al programa de diabetes (suma de visitas médicas y a enfermería) en el período analizado, un 15,1 % realizaron menos de 10 visitas y un 24,4 %, 20 o más visitas.

En el análisis bivariante al comparar el número de visitas al programa de diabetes con las cifras de hemoglobina glicosilada mediante un análisis de correlación, ésta era débil y no significativa con la

Tabla 3.- Frecuentación de los pacientes con diabetes tipo 2.

	Visitas totales	Visitas administrativas	Visitas Médicas	Visitas Médicas PD	Visitas Enfermería PD
Media	28,8	6,1	6,9	4,7	11
D.E.	10,9	5,1	5,1	2,6	5,4
IC 95 %	26,5-31,2	5,1-7,2	5,8-7,9	4,1-5,2	9,9-12,1

Periodo de estudio = 20meses. PD = Programa de diabetes.

HbA1c inicial (r = 0,070, p = 0,521) ni con la diferencia de Hemoglobinas inicial y final (r = 0,150, p = 0,168). Aunque si se encuentra una correlación directa significativa (r = 0.239, p = 0.027) con la HbA1c final de forma que a más visitas mayor nivel de HbA1c. Al realizar el análisis considerando 3 categorías de frecuentación, baja (< 10 visitas), media (10-19) y alta (20 ó mas) los pacientes de frecuentación media presentan de forma significativa niveles más bajos de HbA1c tanto previos (6.7%) como finales (6.5%) que los de alta (7.4% y 7.7%) y baja frecuentación (7.7% y 7.1%); sin embargo no existen diferencias significativas en el descenso de la HbA1c durante el periodo de estudio entre los distintos grupos de frecuentación (p = 0,096).

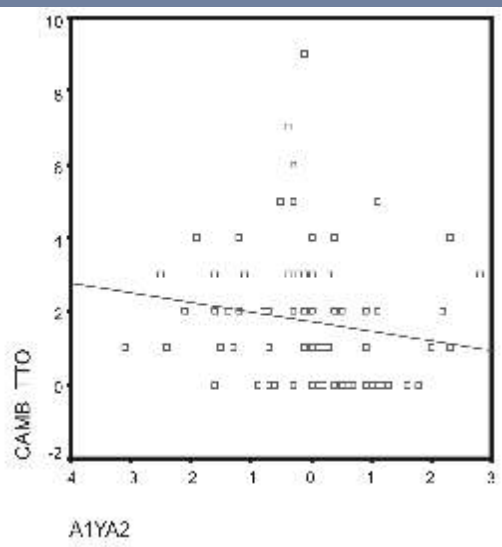
En cuanto a la relación entre el número de visitas que realizaron los pacientes según la HbA1c inicial, se observa una tendencia de asociación directa muy débil (r = 0.041), y sin significación estadística (p = 0.70).

Existe una relación directa muy débil (r = 0.036), entre el número de visitas al programa de diabetes y la modificación en los valores de hemoglobina glicosilada, de tal manera que a mayor número de visitas existe mayor ascenso en los valores de la hemoglobina glicosilada pero no es significativa (p = 0,11). Es así que el grupo que mejores cifras de descenso presenta en la hemoglobina glicosilada es el que menos visitas realiza.

La modificación en la HbA1c según el número de cambios en el tratamiento realizados queda reflejada en la figura 1. Se puede apreciar un aumento en las cifras de la HbA1c a medida que disminuye el número de cambios en el tratamiento.

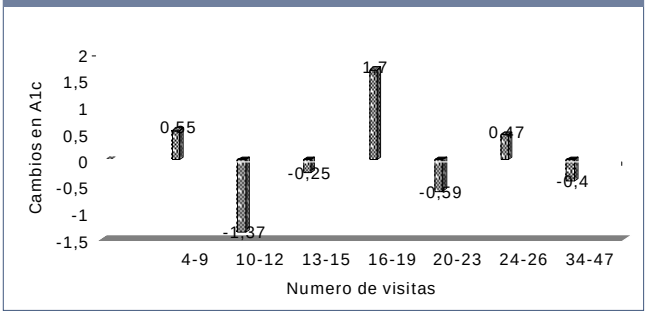
En la figura 2, en la que se ha estratificado la frecuentación en 7 grupos, se observan tanto ascensos como descensos en la hemoglobina glicosilada independientemente del número de visitas.

Figura 1. Descenso de HbA1c según número de cambios en el tratamiento.



Al realizar un análisis multivariante sólo el número de cambios en el tratamiento fue variable estadísticamente asociada al descenso en las cifras de HbA1c (tabla 4). Es decir que la mejoría del control de HbA1c respecto a la HbA1c inicial se relacionó con los cambios de tratamiento y no con las visitas realizadas.

Figura 2. Cambios en la HbA1c según número de visitas.



DISCUSIÓN

Se trata de un estudio de casos y controles proclive a la introducción de sesgos. Por ello hemos intentado minimizarlos al máximo. Podría producirse sesgo de información si no se utilizasen correctamente los criterios diagnósticos y de seguimiento del paciente diabético por parte de los profesionales médicos. Se ha intentado minimizar comprobando que los profesionales seleccionados sean bastante homogéneos y exista un protocolo de atención a la diabetes consensuado y común para el centro. Se ha comprobado también que el registro de las visitas fue sistemático de forma que es obligado el uso del ordenador para atender al paciente. El tipo de visita puede ser también un sesgo en el sentido de que hubiese consultas por otros motivos (administrativos u otros) en las que se evalúa el control glucémico del paciente, pero el profesional médico no lo registra. Por ello analizamos tanto las visitas por motivo de su diabetes como las totales. En cuanto al sesgo de selección, podría producirse si no se incluyera una muestra representativa de los pacientes con DM2 de Atención Primaria. Se ha intentado evitar recogiendo todos los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 pertenecientes a dos cupos médicos, registrados como tal en el fichero del programa de diabetes del centro. Es cierto que no se estudiaron pacientes no incluidos en programa. Ello podría ocasionar una falta de pacientes menos comprometidos con su patología que no han querido incluirse en programa, o de edades mas jóvenes que tienen problemas para acudir en los horarios de consulta. Los resultados serian aplicables sólo a pacientes incluidos en programas de diabetes. En un segundo estudio podría incluirse a estos pacientes y observar si aparecen diferencias en los efectos observados. Al observar las características de los pacientes de edad, sexo, años de evolución, grado de control, complicaciones, puede observarse que la tasa de complicaciones en la muestra es baja y el tiempo de evolución media de 7 años algo menor del descrito por otros autores, por lo que se trata quizá de una población relativamente joven, pero podría traducir un infraregistro de las complicaciones, dado que el dato se basaba en lo registrado en la historia, pero no era éste el objetivo central del estudio.

Tabla 4.- Influencia de las variables sobre el descenso de Hb A1c. Análisis multivariante.

Variable dependiente: Diferencia de HbA1c (final-inicial)	Beta	P
Constante	-1,193	,214
SEXO	-,060	,581
EDAD	,092	,377
Tipo de tratamiento	,083	,510
Autocontrol	-,097	,440
HTA	-,215	,346
OBESIDAD	-,305	,067
TABACO	,064	,686
SEDENTARISMO	-,202	,052
DISLIPEMIA	-,085	,747
Número de factores de riesgo	,364	,356
Visitas programa (médicas y enfermería)	,273	,215
Años de evolución	,060	,558
Número de cambios de tratamiento	-,430	,007

Los pacientes de nuestro estudio que mayor número de visitas realizaron al programa de diabetes, no presentaron mejor control glucémico. Por otro lado los pacientes con baja frecuentación también presentaban peor control. En nuestra muestra de estudio no existen diferencias significativas en el control glucémico en los pacientes que presentan complicaciones de la diabetes o que presentan otros factores de riesgo cardiovasculares.

El número de visitas totales fue de 28,89. El número de visitas realizadas al programa de diabetes fue de 15,8 es decir casi 1 por mes, muy por encima de las recomendaciones de las guías . Seria importante revisar los motivos de esta hiperfrecuentación con el fin de conseguir una mejor adecuación de los recursos sanitarios.

En el análisis multivariante la frecuentación no fue un determinante del grado de control sino el número de cambio de tratamientos realizados. Es decir que lo que condiciona un buen control es más un correcto tratamiento que un numero elevado de visitas. Se deberían revisar los objetivos de la consulta médica y de enfermería de los programas de diabetes, con el fin de conseguir un mejor control en los pacientes diabéticos con menor número de visitas. Procurar realizar siempre visitas de “alto rendimiento” más que de complacencia o de retraso en la toma de decisiones.

Se dice que llegamos tarde al tratamiento porque se espera demasiado a realizar cambios terapéuticos. Se ha acuñado el término de "inercia clínica" para ilustrar este fenómeno aplicable a varias patologías crónicas (diabetes, hipertensión, dislipemia). Los resultados de nuestro estudio confirmarían esta hipótesis.

Probablemente la suma de una buena educación sanitaria, un autocontrol adecuado por parte de los pacientes y una buena coordinación entre niveles asistenciales, sería la opción que presentara mejores ratios coste efectividad y coste utilidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Federación Española de Asociaciones de Educadores en Diabetes (FEAED). Ordenación de recursos para la atención sanitaria de las personas con diabetes. Ministerio de Sanidad y Consumo. Febrero 1996. http://www.feaed.org .
2. Mata M, Antonanzas F, Tafalla M, Sanz P. El coste de la diabetes tipo 2 en España. Estudio CODE-2. Gac Sanit. 2002 Nov-Dec;16(6):511-20.
3. American Diabetes Association. Position statements. Standards of Medical Care in Diabetes. Diabetes Care 28:S4-S36, 2005.
4. Donker GA, Fleming DM, Schellevis FG, Spreeuwenberg P. Differences in treatment regimes, consultation frequency and referral patterns of diabetes mellitus in general practice in five European countries. Fam Pract. 2004 Aug;21(4):364-9.
5. Lopez Bastida J, Serrano Aguilar P, Duque Gonzalez B. Los costes socioeconómicos de la diabetes mellitus. Aten Primaria. 2002 Feb 28;29(3):145-50.
6. Socias I, Rigo F., Campoamor F. et all. Guía clínica de diabetes de atención primaria de Mallorca, basada en la GedapS. Revisión 2004.
7. Hammond T, Clatworthy J, Horne R. Patients' use of GPs and community pharmacists in minor illness: a cross-sectional questionnaire-based study. Fam Pract. 2004 Apr;21(2):146-9.
8. Szydlowski JW. Patients who initiate frequent attendance in family practice Wiad Lek. 2002;55 Suppl 1:506-11.
9. Robson T, Blackwell D, Waine C, Kennedy RL. Factors affecting the use of dietetic services by patients with mellitus. Diabet Med. 2001 Apr, 18(4):295-300.
10. Carry M. Renders, Gerlof D et all. Interventions to improve the Management of Diabetes in Primary Care, Outpatient, and Community Settings. Diabetes Care, volume 24, number 10, October 2001.
11. Jacques CH, Jones RL Problems encountered by primary care physicians in the care patiens with diabetes. Arch Fam Med. 1993 Jul;2(7):739-41.
12. Hanninen J, Keinanen-Kiukaanniemi S, Takala J. Population-based audit. of non-insulin-dependent diabetic patient aged Ander 65 years in primary healt care. Scand J Prim Health Care. 1998 Dec; 16(4):227-32.
13. Wandell PE, Brorsson B, Aberg H. Diabetic patiens in primary health car-quality of care. Scand J Prim Health Care. 1998;16 (1):44-9.

GACETA

APROBACIÓN DE UN DOCUMENTO SOBRE EL POSICIONAMIENTO DE LA semFYC SOBRE LA GERENCIA ÚNICA

Este documento ha sido elaborado por Joan Pou Bordoy (Societat Balear de Medicina Familiar i Comunitària), Joan Gené Badía (Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària), Cristina Cámara González (Societat Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria), Iñaki Berraondo (Subdirector de Atención Primaria), Joan Puig Barberá (Societat Valenciana de Medicina Familiar i Comunitària).

Este grupo de expertos ha analizado la evolución de este modelo de gestión en las 13 comunidades autónomas donde se ha introducido. En este documento se analizan las oportunidades y las amenazas que supone el modelo de Gerencias Únicas para nuestro sistema sanitario en estos momentos, y si su forma de aplicación en las distintas Comunidades Autónomas permitirá resolver los principales problemas del mismo. Dicho análisis tiene la finalidad de poder realizar propuestas de mejora a las iniciativas desarrolladas.

Está previsto que este documento se entregue, en todas las Consejerías de Salud y en las gerencias de Atención Primaria.

El texto completo está disponible en www.svmfyc.org

NUEVA BAREMACIÓN DE LAS SUSTITUCIONES DE PEDIATRÍA REALIZADAS POR MÉDICOS DE FAMILIA

Se va a aprobar definitivamente la propuesta promovida por la SVMFIC a través del sindicato CESM en la mesa sectorial de bolsa de trabajo y secundada por el resto de sindicatos. La propuesta consiste en que las sustituciones de Pediatría realizadas por médicos de familia cuenten a la hora de baremación 0,3 puntos por mes trabajado, en lugar de 0,15 como hasta ahora. La nueva baremación en sustituciones de Pediatria permitirá obtener una puntuación similar a la obtenida haciendo una sustitución de Medicina Familiar. Esto es una forma de reconocer nuestra labor, dada la realidad actúal de carencia de pediatras para cubrir sustituciones, y dado que la mayoría de sustituciones de Pediatría las estamos cubriendo los médicos de familia.

"PRESENTE Y FUTURO DE LA CARRERA PROFESIONAL DE LOS MÉDICOS VALENCIANOS"

El pasado 25 de enero tuvo lugar una Mesa Redonda, "Presente y futuro de la Carrera Profesional de los médicos valencianos", con la participación de los principales sindicatos médicos de la Comunidad.

Todos valoraron positivamente el acuerdo firmado como un punto de partida, y en comparación con la situación en el resto de comunidades lo ven como un gran avance, a falta del desarrollo técnico que queda pendiente en aspectos como la acreditación de los méritos científicos, etc.

Respecto a si los interinos tienen derecho a entrar en la carrera profesional, cada uno tuvo un punto de vista, ya que el Estatuto Marco recoge que sí que tienen derecho, pero se puede interpretar desde varias prespectivas, así que posiblemente sea un tema que acabe en los tribunales.

Respecto a la duda planteada por muchos de si el tiempo trabajado como MIR contará para la carrera profesional, nadie discute que si lo hará, dado que el acuerdo habla de tiempo trabajado como médico para cualquier institución pública sanitaria, y el MIR ha trabajado como médico para una institución sanitaria pública, independientemente de su faceta formativa.

Con motivo de este acto, el sindicato CESM presentó un libro muy interesante con los resultados de un estudio con datos reales, sobre las necesidades de Médicos de Familia y Pediatras de Atención Primaria en relación a la población atendida en nuestra Comunidad, las plazas estructurales existentes y los compromisos

adquiridos por la Administración a este respecto acerca de la cantidad óptima de cupo máximo por facultativo en Primaria.

El libro se titula "Necesidades de Médicos de Familia y Pediatras de Atención Primaria en la Comunidad Valenciana-2005 ". Los resultados son sorprendentes: con los datos reales actuales, para que exista un cupo de 1500 pacientes por médico, de aquí al 2007 hacen falta 733 Médicos de Familia y 141 Pediatras de EAP con un cupo de 900 niños. Todo esto sin contar con que existen 292(+/-10%) Médicos de Familia con contrato de Acúmulo de Tareas (no estructural) y 65 (+/-10%) Pediatras en esta situación, con lo que la necesidad real de plazas estructurales que habría que crear serían 1025 plazas nuevas para Médicos de Familia y 296 para Pediatras de EAP para cumplir con los objetivos de calidad asistencial deseables.

A esto hay que añadir el hecho que los 248 médicos de cupo y zona y los 73 pediatras de cupo y zona no tienen un límite de Cupo, lo que distorsiona este concepto de calidad y el cálculo de las plantillas.

En torno a este tema los sindicatos se muestran escépticos en su resolución opinando que a veces hasta el própio médico es responsable porque prefiere estar con un contrato de acúmulo de tareas y así su plaza no sale a oposición y su puesto de trabajo se mantiene estable.

Podeis encontrar este estudio en la sede de la Sociedad o contactar con el sindicato CESM.

Vicente P. Martorell Adsuara
Vocal de Empleo SVMFiC

CARLOS ALMENDRO ES EL NUEVO DIRECTOR CIENTÍFICO DE LA NUEVA WEB DE semFYC

El Dr Carlos Almendro se ha incorporado al nuevo proyecto de renovación de la página web de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) como director científico de la nueva web de semFYC.

Carlos Almendro ha editado y desarrollado diferentes proyectos multimedia. Tiene experiencia en el desarrollo de entornos de e-larning (plataformas formativas) y ha participado en el proyecto del portfolio como coordinador logístico. Además, ha trabajado en varias webs publicadas en internet. Es especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y tutor de residentes desde 1993. Igualmente es miembro del Grupo Comunicación y Salud de Valencia (semFYC) y miembro del grupo de Educación médica y desarrollo docente de la SVMFIC.

BAREMACIÓN DE LA BOLSA DE TRABAJO EN LA COMUNIDAD DE MADRID

En Madrid están peleando nuestros compañeros de la Sociedad Madrileña de Medicina Familiar para se reconozca igual que lo conseguimos nosotros que se aplique el decreto 1753/98 en la Baremación de la Bolsa de trabajo. Por ahora no hay noticias de que se haya logrado. Aparentemente somos la única Comunidad del Estado donde hemos conseguido este reconocimiento justo por ley. Les hemos brindado todo nuestro apoyo porque la ley nos asiste.

Vicente Martorell Adsuara
Vocal de empleo SVMFIC

MÉDICOS DE FAMILIA, INTENSIVISTAS E INTERNISTAS NO VEN JUSTIFICADO LA CREACIÓN DE UNA ESPECIALIDAD DE URGENCIAS

La Sociedad Española de Medicina de Familia (semFYC), la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) y la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) manifestaron su disconformidad con la creación de una especialidad de urgencias. Estas sociedades apuestan por el área de capacitación, tal y como prevé la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias (LOPS).

Las sociedades consideran que la creación de una especialidad de urgencias entrañaría riesgos para el Sistema Nacional de Salud (SNS). Asimismo,

alertaron que la creación de la especialidad supondría una pérdida de continuidad en el cuidado de los pacientes y una peor gestión de los recursos sanitarios.

Las tres sociedades coincidieron en resaltar que la formación que reciben todos los profesionales que trabajan en urgencias es exhaustiva."Esta especialidad no aportaría ninguna ventaja en la mejora de la atención sanitaria que reciben los pacientes, puesto que hay especialistas cualificados para atender situaciones de urgencias", apuntaron.

LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA HA ELABORADO LA GUÍA PRÁCTICA DE LA SALUD.

Médicos de Familia de toda España elaboran una obra de consulta médica para el hogar.

Educar y formar a los pacientes es para los profesionales sanitarios uno de los deberes pendientes. Por eso, la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) reconoce haber acometido una de las obras más difíciles y ambiciosas de cuantas se han realizado hasta la fecha: la redacción de un manual de consulta en el hogar que sea atractivo y al mismo tiempo ofrezca información rigurosa e independiente al paciente y sus familiares.

La Guía consta de 237 hojas informativas o fichas elaboradas con los siguientes objetivos: mejorar la autonomía del paciente; recordar y reforzar consejos y actividades de prevención y promoción de la salud que se realizan en la consulta de atención primaria y apoyar el trabajo de los profesionales sanitarios. El objetivo es añadir a las pautas orales dadas en la consulta la información escrita en cada ficha.

Los contenidos se han repartidos en 24 bloques temáticos, manteniendo todos la misma estructura: información sobre el problema de salud, consejos prácticos, descripción de situaciones en las que el paciente debe acudir a la consulta del médico y direcciones fiables y contrastadas en Internet en las que recabar más información.

La Guía se acompaña de un CD-Rom para poder hacer las consultas en el ordenador. Además semFYC tiene previsto "colgar" toda la información en su página web (www.semfyc.es) para que pueda ser consultada de forma libre por cualquier persona.

La Guía Práctica de la Salud se puede adquirir en la sede de la SVMFIC.

VERSIÓN ESPAÑOLA DE LA GUÍA EUROPEA PARA EL MANEJO DE LA LUMBALGIA.

El 15 de Diciembre se presentó la versión española de la guía de práctica clínica del programa europeo COST B13, la Guía Europea para el manejo de la lumbalgia, una obra en cuya redacción han participado dos miembros de la semFYC, José Miguel Bueno y Juan José Antón.

Todas las versiones de esta guía ya están disponibles para ser descargadas libre y gratuitamente desde la web de la Red Española de Investigadores en Dolencias de la Espalda (www.REIDE.org).

Se ha publicado el listado definitivo de la Bolsa de Trabajo con fecha 1 de marzo de 2006, con lo que según la normativa acordada el próximo mes de Abril se abrirá un periodo extraordinario de un mes para nuevas inscripciones (y aportación de méritos),quedaría por ver hasta que fecha se pueden aportar méritos, os informaré .A todos se nos ha solicitado la disponibilidad especial pero solo será efectiva para quien cumpla los requisitos.

PRÁCTICA CLÍNICA

SÍNDROME DE COWDEN (A PROPÓSITO DE UN CASO)

Esperanza Martínez Ruiz; Mª José Moreno Vázquez*; Paloma Muñoz Jaramillo**.Servicio de Dermatología y Medicina de Familia* del Hospital Luís Alcañiz de Játiva y Centro de Salud de Canals** (Valencia).
CARGOS:
Esperanza Martínez Ruiz. Jefa de Servicio de Dermatología.
Mª José Moreno Vázquez. Residente de Familia de 2º año.
Paloma Muñoz Jaramillo. Adjunta de Medicina de Familia.

RESUMEN:

El Síndrome de Cowden es una genodermatosis, de herencia autosómica dominante, que asocia una clínica cutánea típica con neoplasias de órganos internos, sobre todo mamarias y de tiroides. Esta afectación visceral es la condicionante del pronóstico de la enfermedad. En general las lesiones cutáneas preceden al resto de las manifestaciones sistémicas, por lo que hay que resaltar la importancia de efectuar un diagnóstico precoz, para poder realizar un estudio sistémico y despistaje familiar debido al carácter hereditario de este síndrome.
Presentamos el caso de una paciente afecta de Síndrome de Cowden.

INTRODUCCIÓN

La Enfermedad de Cowden, o síndrome de los hamartomas y neoplasias múltiples[1], es una rara genodermatosis, con herencia autosómica dominante, de penetrancia incompleta y expresividad variable.

Están alteradas las tres hojas blastodérmicas[2], y asocia alteraciones viscerales y mucocutáneas .

Fue descrita por primera vez por Lloyd y Dennis en 1963[3], recibiendo el nombre de Enfermedad de Cowden, porque ese era el apellido de la primera familia que lo presentó. Pero fue posteriormente en el año 1983, cuando Salem y Steck[4] propusieron los criterios para su diagnóstico (Tabla I).

Junto con estas alteraciones mucocutáneas se han encontrado numerosas alteraciones viscerales: tiroideas, gastrointestinales y mamarias, siendo la presencia del carcinoma de mama el dato de peor pronóstico. La etiopatogenia no está del todo clara. Recientemente se ha descubierto que estos pacientes presentan una mutación a nivel de un gen supresor tumoral denominado PTEN.

CASO CLÍNICO

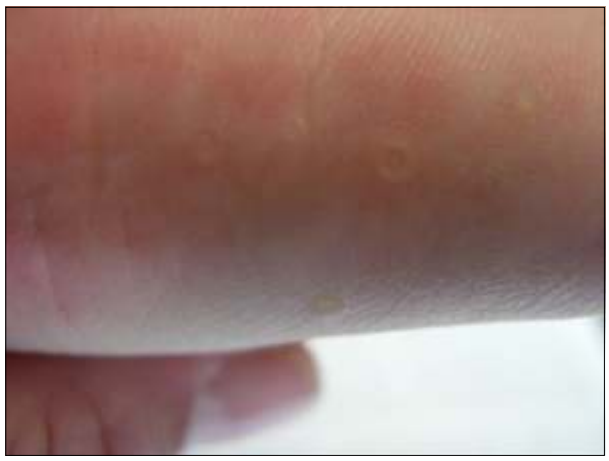
Presentamos el caso de una mujer de 30 años, con antecedentes de amigdalectomía, herniorrafia umbilical y obesidad moderada, que acudía a consulta por lesiones faciales, que le preocupaban desde un punto de vista estético.

A la exploración dermatológica, se observaban pequeñas lesiones papulares, múltiples, de superficie lisa y otras rugosas, semejando verrugas y agrupadas alrededor de la boca, nariz (Imagen 1) y frente, eran

IMAGEN 1. Lesiones papulosas alrededor de nariz y boca.

Esperanza Martínez
Mª José Moreno
Paloma Muñoz

IMAGEN 2. Pápulas hiperqueratósicas, translucidas en pies.



asintomáticas y la paciente refería que le habían ido apareciendo desde hacía aproximadamente unos 8 años. Además en mucosa oral, fundamentalmente en encías, labios y lengua, presentaba numerosas pápulas, también de pequeño tamaño, que a nivel del dorso de la lengua coalescían dándole un característico aspecto en empedrado. Estas lesiones orales habían aparecido con posterioridad a las faciales y también eran asintomáticas.

En palmas de manos y plantas de los pies (Imagen 2), destacaba la presencia de múltiples pápulas de pequeño tamaño, planas, translúcidas e hiperqueratósicas , de años de evolución, que habían sido diagnosticadas como verrugas planas, pero que persistían a pesar de los tratamientos realizados.

La paciente refería como antecedente familiar, neoplasia mamaria materna y así mismo relataba que también su madre presentaba similares lesiones a nivel facial.

Biopsiamos una de las pápulas faciales, y en el estudio histológico se observó una tumoración lobulada que se extendía a la dermis centrada por folículos pilosebáceos, formada por células claras,

IMAGEN 3. Tinción HE. Tumoración lobulada formada por células claras.

PAS positivas; todo ello compatible con triquilemoma (Imagen 3).

Un hemograma y bioquímica básicas resultaron normales. La mamografía evidenció una mastopatía fibroquística y el TAC toracoabdominal fue normal. Mediante una ecografía tirodea se puso de manifiesto un bocio multinodular, con algún nódulo calcificado. Consultando entonces al Servicio de Endocrino, concluyó que se trataba de un hipotiroidismo subclínico

En base a todo lo anterior, llegamos al diagnóstico de Síndrome de Cowden. Nuestra paciente cumple 2 criterios mayores, 2 criterios menores, así como la historia familiar positiva .Desde el momento del diagnóstico, está siendo controlada periódicamente para descartar malignidad asociada.

La historia familiar es positiva en relación a patología cutánea y mamaria, pero la familia ha rehusado la exploración.

COMENTARIO

Salem y cols. en 1983 propusieron los criterios diagnósticos del Síndrome de Cowden (Tabla I), destacando fundamentalmente la presencia de lesiones mucocutáneas, como el rasgo característico más precoz y constante del mismo.

Las lesiones cutáneas aparecen en general a partir de la segunda década de la vida y un poco más tarde aparecen las lesiones de la mucosa. Esta afectación cutánea precede a la afectación visceral, que son las condicionantes del pronóstico.

Las pápulas faciales múltiples, se encuentran en la mayoría de los pacientes. Son verrucosas o filiformes, de color piel normal o amarillomarronáceas,

TABLA I:

1. Criterios clínicos mayores (M):
-Pápula facial cutánea
-Papilomatosis de la mucosa oral.

2. Criterios clínicos menores (m):
-Queratosis acrales.
-Queratosis palmoplantares.

3. Historia familiar de enfermedad.

Se considera diagnóstico definitivo : Dos criterios mayores (2M), uno mayor y uno menor (1M+1m), uno mayor e historia familiar de enfermedad (1M+HF), y dos criterios menores e historia familar positiva (2m+HF).

Se considera diagnóstico probable : Un criterio mayor (1M), y un criterio menor con historia familiar positiva (1m+HF). Se considera diagnóstico posible : Un criterio menor (1m).

y tienden a distribuirse periorificialmente. Histológicamente corresponden a triquilemomas, y se consideran por muchos autores como marcador específico de enfermedad[5].

En la mucosa oral, aparecen pápulas, que afectan a las encías, los labios, la mucosa bucal y la lengua. A nivel de esta última, coalescen ofreciendo un aspecto en empedrado característico. A veces la lengua muestra aspecto de lengua escrotal. También se han descrito afectación de la mucosa respiratoria y digestiva.

Lesiones queratósicas y verrucosas, puntiformes aparecen a nivel palmoplantar, pudiendo recordar a queratodermia palmoplantar punctata. Cuando se manifiestan en el dorso de manos y pies semejan clínicamente verrugas planas[6] o queratosis seborréicas.

Estos pacientes con frecuencia asocian afectación visceral, siendo el aspecto más importante la alta tasa de tumores malignos. El carcinoma de mama[7] es el más frecuente, seguido por el carcinoma tiroideo[8]. Los pólipos gastrointestinales, son los reponsables de hemorragias crónicas, pero tienen un escaso potencial de malignización.

No existe tratamiento definitivo para el Síndrome de Cowden.

En referencia a la etiopatogenia, destacar que los últimos esfuerzos, han ido encaminados a identificar las alteraciones genéticas responsables. El locus ha sido recientemente demostrado en el cromosoma 10q22-23, hallándose un intervalo crítico entre los marcadores D10s215 y D10s541,y encontrando un gen conocido como PTEN[9,10] o MMAC1 el cual codifica una fosfatasa y actuaría como gen supresor tumoral.

En estudios realizados se ha mostrado que otros síndromes hamartomatosos (Síndrome de Bannayan-Riley-Ruvalcaba y Poliposis Juvenil) presentan el mismo defecto genético en el cromosoma 10q23.

Para concluir, insistir en la importancia del reconocimiento de las lesiones cutáneas, pues son la clave del diagnóstico precoz, y este, es fundamental para descartar las probables afectaciones viscerales, que son las condicionantes del pronóstico.

BIBLIOGRAFÍA

1- Weary PE; Gorlin RJ; Centry WC; et al. Multiple hamartoma syndrome (Cowden´s disease). Arch Dermatol. 106:682-690,1972.
2- Sánchez Pérez J; Panizo C; Fernández Herrera J; et al. Síndrome de Cowden. Actas Dermo-Sif; 82,3(119-1229,1991.
3- Lloyd KM, Dennis M. Cowden´s disease. A possible new symptom complex with multiple system involvement. Ann Inter Med. 48: 136-142,1963.
4- Salem OS; Steck WD. Cowden´s disease (Múltiple hamartoma and neoplasia syndrome)A case report and review of the english literature. J Am Acad Dermatol .1983; 8 : 686-696.
5- O´Hare AM; Cooper PH; Parlette HL. Trichilemmomal carcimoma in a patient with Cowden´s disease (multiple hamartoma syndrome). J Am Acad Dermatol. 1997 Jun; 36 (6 Pt1): 1021-1023.
6- Ruhoy SM, Thomas D, Nuovo GJ. Multiple inverted follicular keratoses as a presenting sign of Cowden´s syndrome: case report with human papillomavirus studies. J Am Acad Dermatol. 2004 Sep; 51(3):411-5.
7- Bau MG,Arisio R, Cristini G; et al. Screening-detected breast carcinoma in a patient with Cowden syndrome. Breast 2004 Jun; 13(3): 239-241.
8- Hemmings CT. Thyroid pathology in four patients with Cowden´s disease. Pathology. 2003 Aug; 35 (4): 311-4.
9- Bussaglia E, Pujol RM, Gil MJ, et al. PTEN mutation in eight Spanish families and one Brazilian family with Cowden syndrome. J Invest Dermatol. 2002 Apr; 118 (4) : 639-44.
10- Reifenberger J, Rauch L, Beckmann MW, et al. Cowden´s disease: clinical and molecular genetic findings in a patient with a novel PTEN germline mutation. Br J Dermatol. 2003 May ; 148 (5): 1040-6.

I Jornada de Fibromialgia del Departamento 11 de Salud. Un día para la reflexión.

Vicente Palop[1], Desamparados Santamaría[2], Óscar Pérez-Quintana[3].
1.-Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Subdirector Asistencial del Departamento 11, Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Ribera. Alzira (Valencia).
2.- Presidenta de la Associacó D`Afectats de Fibromialgia de la Ribera (ADAFIR).
3.-Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria del Departamento 11. Hospital de la Ribera. Alzira (Valencia).

Parece justo reivindicar mejoras para la salud o la calidad de vida de aquellos pacientes que su enfermedad los tiene relegados a un sufrimiento continuo. El pasado 15 de diciembre del 2005 tuvo lugar la I Jornada de Fibromialgia de La Ribera, en la Casa de la Cultura de Alzira. Los representantes de la administración sanitaria y municipal, la representante de las enfermas con fibromialgia de la Ribera y el presidente de la Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria daban su apoyo institucional y personal para mejorar la atención de las pacientes que sufren esta enfermedad. La jornada estuvo dirigida a pacientes y personal sanitario, y contó con la presencia de un destacable número de pacientes, médicos de familia, reumatólogos, residentes de medicina familiar y comunitaria, enfermeras, psicólogos y otros profesionales sanitarios.

La importancia de este evento, se encuentra, en que se dió el paso para aunar opiniones e ideas entre médicos y enfermos de fibromialgia del Departamento 11 de Salud, trabajando juntos para dar respuesta a los diferentes problemas que condiciona esta enfermedad. Además, supuso un reconocimiento de que la fibromialgia existe como enfermedad crónica y afecta a un número importante de mujeres, dejando atrás esa percepción de algunos profesionales sanitarios de que es una enfermedad simulada, simplemente porque no creen que exista, porque la desconocen, por escepticismo hacia la misma o porque no saben cómo manejarla. A lo largo de la mañana, se desarrolló un taller comunitario para pacientes en el que se compartieron experiencias, se realizaron ejercicios para mejorar la autoestima y la integración social, recalcando lo importante que es mirar hacia delante y no hacia su enfermedad. Por la tarde, en las dos mesas debate se fue dando respuesta, por cada uno de los especialistas que participaron, a las distintas cuestiones que se fueron planteando.

¿Existe la fibromialgia?, ¿quién tiene que ser el médico que la diagnostique, trate y controle su evolución?

En 1904 Gowers acuñó el término de “fibrositis” para describir un cuadro de dolor generalizado, de carácter difuso y cambiante que afectaba a las vainas tendinosas, músculos y articulaciones para el que asumió en aquel tiempo una base inflamatoria, aun a pesar de que los pacientes no tenían signos inflamatorios. En 1927, Albee definió esta afección como “miofibrosistis o fibromiositis” y asume la ignorancia de su etiología. En 1939 se denomina con el término de “dolor miofascial” y se definen la existencia de puntos dolorosos. A partir de 1950 se define como una entidad de origen incierto que cursa con dolores difusos, fatiga, rigidez matutina y trastornos del sueño. En 1990 el Colegio Americano de Reumatología auspicio un estudio multicéntrico para lograr unificar y homogenizar unos criterios de clasificación, que en la práctica clínica se aceptan como criterios diagnósticos; tras este trabajo se definió la fibromialgia por la presencia de dos hechos: historia de dolor generalizado (presente durante al menos 3 meses) y dolor a la presión de al menos 11 de los 18 puntos elegidos. En 1992 fue reconocida la fibromialgia por la Organización Mundial de la Salud como una enfermedad y tipificada en el manual de Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-10) con el código M79.0. Posteriormente en 1994 fue reconocida como enfermedad por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) y clasificada con el código X33.X8a.

El primer documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la fibromialgia en España fue publicado en el año 2002 (Med Clin Barc 2002; 118:745-9), que define la fibromialgia como un estado doloroso generalizado no articular, que afecta principalmente a las zonas musculares y raquis, y que presenta una exagerada sensibilidad en múltiples puntos predefinidos (acepta los criterios diagnósticos del Colegio Americano de Reumatología de 1990). Los criterios son válidos, igualmente, para los pacientes con enfermedad reumatológica concomitante o sin ella (el diagnóstico de la fibromialgia debe ser válido con independencia de otros diagnósticos asociados). En 2004 el Ministerio de Sanidad y Consumo ha publicado un documento de consenso realizado dentro de la Subcomisión de Prestaciones del Consejo

Interterritorial del Sistema Nacional de salud, en las que se hayan representadas todas las Comunidades Autónomas, y en el que se marcan todas las directrices para el diagnóstico de la fibromialgia, el estudio de su impacto vital, familiar, laboral y sobre el sistema sanitario, y las estrategias terapéuticas a utilizar; en este documento se incluye al médico de familia como el elemento clave en el manejo de los pacientes con fibromialgia.

¿Cómo se manifiesta la fibromialgia?

La fibromialgia o síndrome fibromiálgico es una enfermedad que afecta fundamentalmente a mujeres y que se caracteriza por dolor generalizado, incapacitante y crónico (durante todo el día y para toda la vida), junto con la demostración en la exploración física de unos puntos previamente definidos en los que la presión moderada desencadena dolor, denominados puntos sensibles de la fibromialgia. Además, se acompaña de un número importante de trastornos complejos entre los que se encuentra la cefalea, vejiga irritable, alteraciones digestivas funcionales, dismenorrea, parestesias, intolerancia a los cambios térmicos, intolerancia al ejercicio, debilidad muscular, cansancio persistente, rigidez, fatiga prolongada tras el ejercicio leve o moderado, y sueño no reparador; conjunto de problemas que condicionan en la mayoría de las mujeres portadoras de esta enfermedad una alteración funcional grave.

El dolor crónico generalizado e incapacitante que padecen estas mujeres junto al insomnio, que en ocasiones es grave, más la conjunción florida de otras muchas alteraciones en distintos órganos y sistemas (enfermedad de las mil caras) condiciona el que sean vistas por múltiples especialistas médicos y sometidas a múltiples e inútiles pruebas complementarias en las que no se encuentra nada.

¿La fibromialgia es un problema de salud pública?

La fibromialgia, es un verdadero problema de salud pública, por su elevada prevalencia y morbilidad; así lo reconocen en la actualidad algunos Planes de Salud de Comunidades Autónomas Españolas. Se estima, que en España, la padecen alrededor de un millón y medio de mujeres, siendo la enfermedad más representativa de dolor crónico en la población. El alto índice de frecuentación de las consultas de atención primaria, especialistas y servicios de urgencias, y el elevado consumo de recursos sanitarios y económicos, que suponen estas pacientes, hacen de la fibromialgia, una enfermedad a tener en cuenta que no se puede ignorar y menos aún, no aceptar. Por ello, la realización de actos como el de la Casa de la Cultura de Alzira, que supongan profundizar en esta enfermedad, son siempre de gran interés para el colectivo médico en general, pero sobre todo para los médicos de familia, que día a día conviven en la consulta, con pacientes afectas de fibromialgia.

¿El dolor de la fibromialgia es psicosomático?

El punto clave de la argumentación de que el dolor generalizado crónico en la fibromialgia no es simplemente una manifestación de somatización o inventada por las propias pacientes, es que “el dolor es real”. Se ha demostrado sin ambigüedades una sensibilidad nociceptiva (terminación nerviosa receptora de estímulos dolorosos) alterada en las pacientes con fibromialgia, utilizando múltiples abordajes independientes. Además, las pacientes que cumplen los criterios de clasificación de fibromialgia presentan múltiples alteraciones objetivas, como son un aumento de la sustancia P y del factor de crecimiento de nervios en líquido cefalorraquídeo, una disminución de la secreción nocturna de hormona de crecimiento, una respuesta insuficiente de la hormona liberadora de corticotropina, alteraciones de las ondas alfa-delta del sueño, amplificación de la percepción del dolor o deficiencia de serotonina a nivel del sistema nervioso. Es decir, se trata de un proceso en el que coexisten notables alteraciones de la regulación neuroendocrina y un funcionamiento anormal del procesamiento neurológico central de la percepción del dolor.

¿La fibromialgia es sólo un problema médico?

Esta enfermedad crónica, tan mal reconocida, provoca dolores extensos que pueden llegar a ser invalidantes, y afecta a la esfera biológica, psicológica y social. Con frecuencia las mujeres con fibromialgia son etiquetadas de somatizadoras, ansiosas, depresivas o locas y condiciona en las pacientes un estado de frustración permanente que empeora el estado de depresión/ansiedad reactiva que produce toda enfermedad grave incapacitante. Esta situación se agrava porque con frecuencia la enfermedad deteriora la relación de pareja, las mujeres se encuentran o son desplazadas del rol que juegan como madres en el seno

de la familia, y por la incapacidad que produce el dolor crónico para el desempeño de cualquier tipo de jornada laboral completa.

¿Se cura la fibromialgia?, ¿hay un tratamiento específico?

No existe un tratamiento curativo de la fibromialgia, pero sí que hay medicamentos que ayudan a hacerla más llevadera; reduciendo el dolor, mejorando el insomnio, y permitiendo llevar una vida más activa a la paciente. La mayoría de los pacientes con fibromialgia se sienten aliviados al recibir un diagnóstico positivo y al explicarles que esta enfermedad no compromete la vida ni produce deformidades o secuelas en el aparato locomotor. El diagnóstico de fibromialgia reduce la angustia que sufre el enfermo, evita pruebas complementarias costosas e innecesarias y permite al paciente compartir sus temores, dolencias y expectativas con otros seres humanos que padecen sus mismos problemas. La atención a los pacientes con fibromialgia debe ser multidisciplinaria y debería comprender un equipo de profesionales sanitarios (médico de familia, enfermera, asistente social, psicólogo, fisioterapeuta...) que trabajen en conjunto con las Asociaciones de Fibromialgia y que den respuesta a todos los problemas derivados de esta enfermedad. Sólo así, trabajando todos en equipo, podremos lograr el mayor bienestar, en la medida de lo posible, de las enfermas con fibromialgia.

Se ha dicho que la falta de atención sanitaria a la fibromialgia puede ser un problema relacionado con el género de los pacientes que sufren la enfermedad (mujeres), lo que obliga a todos los profesionales sanitarios a ser más exigentes a la hora de abordar esta enfermedad.

En las mesas coloquio, también se pudo contar con la experiencia de una paciente, que consiguió expresar el día a día de una mujer limitada por su enfermedad; “la fibromialgia es invisible, no nos marca por fuera, pero nos deja una sombra por dentro que nos hace triste la mirada…”, “Aceptamos que somos más lentas, con menos fuerza… pero continuamos siendo nosotras…”, pero que sigue adelante con optimismo y esperanza al ver que, cada vez más, se está trabajando y que cada día se conoce un poco más de la fibromialgia. “… Tengo mucha esperanza, porque se están consiguiendo cosas que nos están ayudando a vivir con fibromialgia. No se si mi generación, conocerá el remedio de la pastilla maravillosa, pero no quiero perder la ilusión de que sea así, porque quiero continuar haciendo mi vida, por mucho que sea muy diferente a la que hacía antes…”.

¿Dónde conseguir más información sobre la fibromialgia para compartir con sus pacientes?

Consulte con la asociación más cercana a su domicilio. En muchas ciudades existen grupos de apoyo para personas con su problema.

También, puede consultar:
www.afibrom.org/ ; http://familydoctor.org/eo61.xm/ .

RINCÓN DEL SOCIO

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

- Por e-mail: svmfyc@svmfyc.org
- Por correo: manda tu carta en un diskete dirigido a Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria. C/ Santa Cruz de la Zarza nº 4. Valencia 46021.

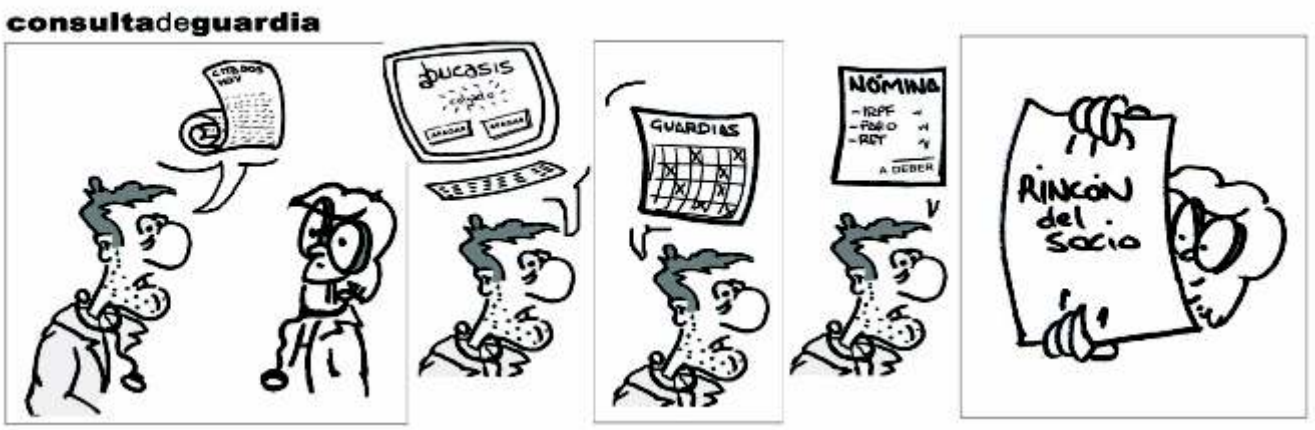
En los originales enviados a la revista hacer constar vuestro nombre, dirección y teléfono.

Este espacio está abierto para todas tus aportaciones, sugerencias, quejas…utilízalo.

Os recordamos que podéis publicar vuestros trabajos en la revista de la sociedad. De hecho, la revista no puede existir sin vuestras aportaciones.

Publicar en la revista de una sociedad científica tiene valor para determinadas oposiciones y méritos profesionales. A eso le añadimos que la media de espera desde que un autor nos envía su artículo y éste es publicado es de 3 meses…cuando en otras revistas la espera puede ser de 1 año o más.

Qué publicar es sencillo: Casos clínicos, experiencias…incluso la revisión documentada de un tema que hayáis tenido que preparar para una sesión del centro de salud. Todos podemos aprender de las horas que habéis dedicado a actualizar una patología.



Carmen Fernández
José Sanfélix
Víctor Superviola
Mª Aurora Gallego
Salvador Zaragoza
Aránzazu Valls

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 Carbonell *pedrera_vic@gva.es*
INFECCIOSAS
MªJosé Monedero Mira *mjosem@ono.com*
INMIGRACIÓN
Celia Quiros Bauset *quiros_cel@gva.es*
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
Ana Ramos Pla *aramosp@comv.es*
URGENCIAS
Manuel Carbonell Soriano *manocar@ono.com*
UROLOGIA
Miguel Prosper Sierra *mprospers@papps.org*
VACUNAS
Joan Puig Barberá *joanpuigb@terra.es*

SESIONES DE ENTREVISTA CLÍNICA BASADAS EN INCIDENTES CRÍTICOS

Experiencia docente en Centros de Salud de Valencia.

AUTORES

Carmen Fernández Casalderrey. Grupo de Trabajo de Entrevista Clínica de la SVMFiC y técnica de salud de la Unidad Docente de MFy C de Valencia
José Sanfélix Genovés. Grupo de Trabajo de Entrevista Clínica de la SVMFiC y tutor del C.S. de Nazaret (Valencia)
Víctor Superviola Collados. Grupo de Trabajo de Entrevista Clínica de la SVMFiC y tutor del C.S. de Nazaret (Valencia)
Mª Aurora Gallego Peris. Residente de 3er año del C.S. de Nazaret (Valencia)
Salvador Zaragoza Pérez. Residente de 3er año del C.S. de Nazaret (Valencia)
Aránzazu Valls Meyer-Thor Straten. Residente de 3er año del C.S. de Nazaret (Valencia)

Dirección de contacto:
CARMEN FERNÁNDEZ CASALDERREY
Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria
Escuela Valenciana de Estudios de Salud (EVES)
c/ Juan de Garay nº 21. 46017 VALENCIA
Tlno: 963869372; 616092028
e-mail: *fernandez_car@gva.es*

FUNDAMENTOS

Para cualquier profesional que realiza su trabajo con pacientes, es fácil reconocer que uno de los factores que más influyen en el grado de satisfacción que estos expresan es el tipo de relación que establezcamos con ellos.

Esta percepción del paciente sobre el encuentro con su médico, se correlaciona con los resultados de la consulta, de forma que, una comunicación de calidad

Carmen Fernández
José Sanfélix
Víctor Superviola
Mª Aurora Gallego
Salvador Zaragoza
Aránzazu Valls

Características de las sesiones "basadas en incidentes críticos"

- ✓ Sesión a puerta cerrada.
- ✓ Planteamiento por parte del médico de una situación real conflictiva.
  - Elaboración de un guión de la misma especificando los papeles del médico y del paciente.
  - Reproducción mediante rol play la situación de la consulta
- ✓ Videograbación. Visualización y análisis con método del PBI.
  - Cualquier participante puede parar la videograbación
  - Médico expuesto: primero en tomar la palabra.
  - Señalar aspectos positivos y mejorables, planteando alternativas.
- ✓ Anotar los elementos comunicacionales de interés que han surgido durante el feedback.
- ✓ Resumen de la sesión.
- ✓ Valorar la utilidad de la sesión para cada uno de los asistentes a la misma

puede producir alivio de síntomas, mayor cumplimiento terapéutico, mejoría clínica y en la calidad de vida.

Del mismo modo, una mala relación entre el médico y su paciente se ha observado que influye negativamente, condicionando una mala adherencia a tratamientos, incremento de denuncias por mala praxis, etc.

Parece imprescindible por tanto, llegar a conocer y practicar "las técnicas de comunicación necesarias para relacionarnos con nuestros pacientes a través de la entrevista clínica", añadiendo a la habilidad de comunicación que cada profesional tiene de forma natural, una estrategia adaptada a cada objetivo a lograr con cada paciente en los distintos momentos de la entrevista.

Esta formación específica en comunicación asistencial y las técnicas necesarias para realizar una entrevista clínica eficaz no se aprende en las facultades de medicina y está ausente también en el postgrado de otras especialidades médicas, como si no existiera la necesidad de relacionarse con los pacientes.

En nuestra especialidad, la formación en técnicas de comunicación y entrevista clínica ha ocupado un lugar destacado en el Programa Nacional de la Especialidad; desde hace casi 15 años y en casi todas las Unidades Docentes del Estado se han ido impartiendo cursos de formación a residentes y tutores que han conseguido importantes cambios de actitud respecto al tipo de relación médico-paciente que sería necesario establecer en nuestras consultas y han conseguido concienciar a un gran número de alumnos de estos cursos sobre la importancia de considerar los factores psicosociales asociados a las patologías más frecuentes.

También han incrementado el nivel de conocimientos en técnicas de comunicación y en alguna medida (aunque la mayoría de las veces de forma insuficiente), han permitido ensayar las habilidades aprendidas.

Sin embargo, hasta la fecha en que se publica el nuevo Programa de la Especialidad no existía una estructuración concreta de las actividades docentes a realizar por el residente en este área y cada Unidad Docente impartía los cursos que podía o entendía que debía impartir, sin implicar al tutor ni al equipo de Atención Primaria.

El nuevo Programa de la especialidad propone por primera vez, recomendaciones concretas sobre objetivos, contenidos y metodologías docentes y evaluativas, describiendo de forma explícita las técnicas a aprender, pero permitiendo la flexibilidad suficiente para poder adaptar la necesidad de enseñanza de unos contenidos, al modelo de consulta más útil para el que aprende.

Todo esto debe aprenderse a lo largo de toda la residencia, haciendo mayor hincapié en los periodos de estancia en el centro de salud, con actividades docentes adecuadas a los principios de la enseñanza de adultos, implicando al tutor en el proceso de enseñanza

Carmen Fernández
José Sanfélix
Víctor Superviola
Mª Aurora Gallego
Salvador Zaragoza
Aránzazu Valls

aprendizaje, y sugiere que la supervisión del estilo y las técnicas de comunicación se realice en los lugares de trabajo del residente.

Por este motivo, nos planteamos desde la Unidad Docente de Valencia y contando con la colaboración inestimable de un grupo de tutores formados en técnicas de enseñanza de la entrevista clínica, diseñar un programa de sesiones de entrevista que permitiera trasladar la enseñanza de la entrevista clínica a los Centros de Salud, de manos de los propios tutores, con una metodología basada en el que aprende y a partir de hechos reales de la consulta.

MÉTODOS

Son sesiones de enseñanza basada en problemas (Problem Based Learning – PBL -) con una duración entre 30 y 45 minutos cada sesión.

La sesión clínica de entrevista tiene una FASE DE PREPARACIÓN que consiste en que un miembro del equipo detecta un "incidente crítico" en su propia consulta, que no es más que la identificación de una situación difícil recientemente vivida, en la relación clínica entre el profesional sanitario (residente, tutor o cualquier miembro del equipo) y su paciente.

Posteriormente, el profesional que ha detectado el incidente lo resume por escrito a modo de diálogo que reproduzca la situación vivida en consulta, reflejando lo más fielmente posible, cuál ha sido su papel y el del paciente en la misma, y añadiendo una explicación breve de por qué esa situación ha resultado difícil para él o para su paciente.

A partir de esto, se realiza una SESIÓN a puerta cerrada, con los miembros del equipo que quieran participar (sin superar el nº de 8 por sesión) y coordinada por el médico del centro con más experiencia en la manejo grupal de este tipo de sesiones (monitor).

Se inicia con un juego de roles médico-paciente que reproduzca la situación vivida en la consulta (incidente crítico) adoptando el rol del médico preferiblemente, el propio médico que vivió la situación en consulta, siempre que lo considere oportuno, y el de paciente cualquier otro miembro del grupo. Si el que aporta el incidente no quiere desempeñar el rol de médico se le propone que interprete el de paciente, pues él mejor que nadie, conoce la actitud del paciente ante la situación vivida.

Esta escenificación (role-play) puede ser videograbada para el trabajo posterior, pero no es imprenscindible.

Una vez finalizado el role-play, el monitor inicia un feedback de grupo, cuyo objetivo consiste en que el grupo, proporcione al médico, alternativas útiles a las situaciones vividas. Si la escena ha sido videograbada se reproduce parando la cinta (cualquier participante puede parar la videograbación) para que el grupo pueda señalar aspectos positivos y aspectos mejorables. El primero en hablar, será siempre el médico expuesto (el que ha vivido la situación difícil) tras él, el resto del grupo aporta sugerencias, alternativas que deben hacerse también en forma de role-play de manera que resulte un feedback constructivo elaborado por el grupo y ofrecido al que aprende.

El monitor de la sesión va etiquetando, en una pizarra o rotafolios, los elementos comunicacionales de interés que van surgiendo y ayudan al buen desarrollo de la entrevista clínica. Al final hace un resumen y le pregunta al médico expuesto si le ha sido útil la sesión y en qué; igualmente se le pregunta al resto de los asistentes.

RESULTADOS

Los resultados de esta experiencia han sido evaluados a través de encuestas de satisfacción de los participantes y de hojas de diario de la sesión y check list de contenidos cumplimentadas por los motitores tras cada sesión y al finalizar el programa completo de sesiones.

De las encuestas de evaluación se desprende:

Gran aceptación por los monitores y participantes del resto del equipo, resaltando como más positivo:

- la realización de las sesiones en el propio centro de salud.
- método de aprendizaje basado en hechos reales.
- ensayo de alternativas en grupo reducido y situación de "bajo riesgo".

Valoración muy positiva por parte de los residentes, que resaltaron como más positivo:

- el feedback recibido por compañeros y monitores.
- el role-play como técnica de ensayo de alternativas.

Carmen Fernández
José Sanfélix
Víctor Superviola
Mª Aurora Gallego
Salvador Zaragoza
Aránzazu Valls

CONCLUSIONES

Las sesiones clínicas de entrevista "basadas en incidentes críticos", son un instrumento útil para mejorar actitudes, conocimientos y sobre todo habilidades en la relación clínica.

- Su poder de aprendizaje comienza con el esfuerzo del que aprende, por identificar la situación difícil con el paciente, pues esta toma de conciencia actúa como mecanismo de detección de necesidades de formación en distintos aspectos de la relación clínica.
- Ofrece la ventaja es que se trabaja con situaciones reales, surgidas de dificultades reales, lo que lo iguala en poder didáctico a una videograbación de consultas.
- Se trata además, de una enseñanza totalmente centrada en el que aprende, pues nace de una necesidad personal generada a partir de la relación con el paciente en la consulta y no de escenarios supuestos.
- El feedback del grupo hacia el que aprende, aporta alternativas que son ensayadas por los participantes de forma que el aprendizaje resulta útil para todo el grupo.
- Las sesiones clínicas de entrevista "basadas en incidentes críticos", deberían incorporarse al calendario habitual de sesiones de los centros de salud.
- De esta experiencia positiva, realizada en cuatro centros de salud docentes de la provincia de Valencia, surge la necesidad y el compromiso por parte de la Unidad Docente y de nuestra Sociedad de formar al mayor numero posible de profesionales para que, conociendo las metodología del role-play, feedback de grupo y PBI (Problem Based Interviewing) puedan actuar como monitores en las sesiones de su centro de salud.

EN COLABORACIÓN CON ...

FIBROMIALGIA

Hola, me llamo Rosa y tengo 55 años. Hace 5 años me diagnosticaron Fibromialgia.

Mi vida ha cambiado un 100% ya que he pasado de levantarme a las 4 de la mañana debido a mi trabajo, a pasar noches en que no he podido dormir en la cama y he tenido que dormir en el sillón. Cuando me levanto por la mañana tengo que esperar a ver si mi cuerpo me responde, tanto por mi movilidad como por el dolor que siento en todo el cuerpo.

Mi vida cotidiana no tiene nada que ver con la de años atrás. Primero me ha costado mucho tener que aceptar mi enfermedad, todavía hay veces que me revelo contra ella, pero lucho y empiezo a tenerme respeto a mi misma y he tenido que aprender a decir no y a hacerme un poco egoísta. Hago mis tareas cotidianas como si estuviera comprando a plazos, poco a poco. Tengo la ayuda de una persona para el trabajo del hogar una vez a la semana y el resto de días hago las cosas en varias tentativas. La compra cuando mi cuerpo me lo permite la hago en 2 o 3 veces con el carro de la compra para obligarme a caminar.

Estoy en tratamiento psiquiátrico y me controlan en la unidad del dolor del hospital Dr. Peset y acudo periódicamente a clases de yoga y a un fisioterapeuta que pago de mi bolsillo.

Todo lo voy comprendiendo desde AVAFI, la asociación de fibromialgia a la cual pertenezco y en la cual es uno de los sitios donde me encuentro más comprendida. Con la ayuda de la psicóloga que tenemos he seguido una terapia de grupo durante 6 meses y actualmente voy a empezar un seguimiento con el mismo grupo y la misma psicóloga.

Considero que los enfermos de fibromialgia nos pasamos mucho tiempo con nuestras dolencias hasta que somos diagnosticados, en mi caso fueron 10 años que pasé de un médico a otro sin que ninguno me diera una solución a mi problema, sometiéndome a diferentes pruebas diagnósticas y tratamientos. Pasé en diferentes ocasiones por las consultas de Traumatología y Reumatología hasta que finalmente se me diagnosticó.

Actualmente es mi médico de cabecera quien lleva prácticamente todo el peso de mi enfermedad ya que desde el servicio de Reumatología se me ha dado de alta en diferentes ocasiones y tras algunas reclamaciones se me contestó que puesto que no es un proceso orgánico deformante, ni invalidante y que en la actualidad carece de tratamiento debía ser mi médico de cabecera quien me controlase.

Por lo tanto las personas que más comprenden mi enfermedad son mi médico de cabecera, mi familia y algunos amigos.

Todo esto que hago ahora y no antes es porque todo era desconocido para mi, había tocado fondo incluso había llegado a no querer vivir por creer que iba a ser una gran carga para mi familia y ahora comprendo que hay que luchar por muchas cosas que te da la vida, una de ellas es mi familia.

Rosa Sáez Martínez
Paciente del C.S. Castellar-Oliveral

PÁGINA DEL RESIDENTE

ACTUALIDAD SOBRE EL ESTATUTO DE LOS RESIDENTES

Juan V. Quintana

¿Qué es el estatuto de los residentes? Esta es la denominación informal del "Real Decreto que regula la relación laboral de carácter especial de residencia". Es el documento por el cual se regulará la especial relación laboral de los residentes con las instituciones sanitarias de la seguridad social, con independencia del centro que se responsabiliza de su formación, con derechos y deberes comunes en todo el Estado.

La creación de este decreto se recoge en la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (2003) y fue a partir del otoño de 2004 cuando se empezó a gestar. Está previsto que se apruebe en junio de este año.

El estatuto ha sido elaborado por el Ministerio de Sanidad y Consumo, las diferentes comunidades autónomas y los sindicatos con mayor presencia en la sanidad pública.

El pasado 9 de febrero se presentó el borrador, aprobado por todos los componentes excepto por CESM (confederación estatal de sindicatos médicos). Pese a la firma, no satisface a las centrales en jornada, retribuciones y libranza. Ahora pasa al trámite de audiencia para presentar alegaciones. Las centrales sindicales quieren contribuir con sus alegaciones en dicho trámite para que se introduzcan aumentos retributivos, se disfrute de un descanso de 24 horas tras la jornada laboral (y no 12, como recoge el borrador) y se incluya un seguro de responsabilidad civil.

Desde la vocalía de residentes de semFYC, representante del 80-90% de los residentes de MFyC, mostramos nuestra preocupación por la falta de representación de los médicos de familia en la mesa de negociación, siendo cerca del 50% de los residentes de España. También semFYC elaboró en su día nuestra propuesta de Real Decreto.

Tanto CESM como AEMIR (Asociación Española de Médicos Internos Residentes) han expuesto sus críticas al texto aprobado por aspectos de la retribución, jornada laboral, falta de concreción en la libranza de las guardias y falta de referencia al aspecto formativo de la residencia. Apartado que tendrá que ser abordado en otra normativa.

A continuación, exponemos los puntos clave del estatuto, y comentarios.

Derechos, entre otros: A que la evaluación continuada, anual y final de su aprendizaje se realice con la máxima objetividad; A evaluar la adecuación de la organización y funcionamiento del Centro a la actividad docente.
Deberes, entre otros: Realizar todo el Programa de Formación con dedicación a tiempo completo, sin compatibilizarlo con cualquier otra actividad profesional.

Retribución: La cuantía del sueldo base será equivalente a la asignada al personal estatutario de los Servicios de Salud en función del título universitario exigido para el desempeño de su profesión. Esto implica un incremento medio del 18% en los sueldos base.

El ajuste de la retribución se efectuará, por parte de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, de manera gradual y, tras la aprobación de este estatuto, de forma retroactiva desde enero de 2006.

Jornada laboral: La jornada ordinaria de trabajo de los residentes no podrá exceder las 37,5 horas semanales, salvo que mediante acuerdo pacto o convenio se establezca otro cómputo.

Guardias y libranza: No podrán realizar más de 7 guardias al mes. La jornada máxima total (incluyendo guardias) no podrá ser superior a 58 horas semanales hasta julio de 2007, 56 horas hasta julio de 2008 y 48 horas semanales desde el 1 de agosto de 2008.

Habrá descansos de 12 horas después de la jornada laboral, salvo en casos de especial interés formativo según criterio de su tutor o en casos de problemas organizativos insuperables.

Rotaciones externas: Se considerarán rotaciones externas los periodos formativos en centros no previstos en el Programa de Formación ni en la acreditación otorgada al Centro o Unidad Docente. Las rotaciones externas darán derecho a gastos de viaje

Suspensión (que no extinción) del contrato: (se acoge a lo que dicta el Estatuto de los Trabajadores) Maternidad, ejercicio del derecho de huelga, Causas económicas, técnicas, organizativas o de producción, Fuerza mayor temporal.

Extinción del contrato, entre otras: Por haber obtenido una evaluación anual negativa de carácter definitivo, sin que proceda indemnización por fin de contrato; por superación de un periodo de seis meses de suspensión del contrato motivada por fuerza mayor temporal o causas económicas, técnicas organizativas o de producción.

Regulación especial de la jornada diaria no superior a doce horas en los siguientes casos (resumen): embarazo, cuidador legal de menores de 6 años, discapacitados, familiares enfermos…

Reconoce todos los derechos reconocidos en la Constitución Española y el Estatuto de los Trabajadores.

Además de estas medidas, se está trabajando en la elaboración de una norma que regule los aspectos formativos.

Más información:
Diario Médico
http://www.semfyc.es/
http://www.cesm.org/
http://www.aemir.org/
http://www.msc.es/

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

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.

X JORNADAS DE RESIDENTES semFYC

Los próximos 4, 5 y 6 de mayo se celebrarán en Alicante las X Jornadas Nacionales de Residentes de la semFYC, con el patrocinio de Pfizer.

El programa científico consta de:

MESAS REDONDAS

1. Medidas higiénico-dietéticas en las patologías cardiovasculares: Estrategias para mejorar su cumplimiento.
2. Realización de rotatorios externos en países extranjeros
3. Experiencias en actividades comunitarias

CURSOS DE ACTUALIZACIÓN

1. Control del embarazo en Atención Primaria.
2. Medidas de deshabituación tabáquica
3. Documental. Super size me.

TALLERES

1. Terapia en la resolución de problemas
2. Diabetes mellitus para Residentes
3. La consulta del adolescente
4. Alimentos cardiosaludables en el supermercado. Lectura crítica del etiquetado
5. Actividad física: Manejo de la obesidad desde AP
6. Ética en la consulta: Ayudándote a decidir
7. Atención inicial al trauma grave

Los talleres se repetirán en diferentes horarios.

También habrá exposición de pósteres y comunicaciones orales de residentes de toda España. El plazo para la presentación de originales terminó el 1 de marzo, pero confiamos que la difusión previa por correo electrónico haya sido efectiva.
La conferencia de clausura versará sobre la dieta mediterránea.
Contamos con almuerzos de trabajo, cena en el Castillo de Santa Bárbara, y programa cultural.
Puedes registrarte y acceder al programa de actos a través de la web http://semfycresidentes06.pulso.com/

Te esperamos en Alicante.

AGENDA

ABRIL 2006

Día 4
8ª Jornadas de Residentes SVMFiC. Edición de Valencia.

Lugar: Valencia. Colegio Oficial de Médicos
Organiza: SVMFiC
Secretaría técnica: Reunions i Ciencia
Tel 934108646 Fax 934303263
e-mail: svmfic@reunionsciencia.es

Días 21-22
VII Encuentro de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP)

Lugar: Barcelona.
Información: semFYC Congresos
Teléfono: 93 317 71 29
Fax: 93 318 69 02
E-mail: congresos@semfyc.es
Referencia web: *http://www.semfyc.es*

MAYO 2006

Días 3-6
XVII Congreso Nacional de Entrevista Clínica y Comunicación en Salud.

Lugar: Oviedo. Palacio de Congresos Príncipe Felipe.
Secretaría técnica: ATLANTA Unicongress (Att: Jordi Traveset)
Teléfono: 933672420. Fax 934146817
E-mail: oviedo@unicongress.com

Días 4-5
X Jornadas Nacionales de Residentes de la semFYC

Lugar: Alicante. Palacio de Congresos –Colegio de Médicos
Información: semFYC Congresos. www.semfyc.es

JUNIO

Días 1-2
Jornadas de Actualización semFYC

Lugar: Palacio de Congresos (Valencia)
Información: semFYC Congresos
Teléfono: 93 317 71 29
Fax: 93318 69 02
E-mail: actualizacion@semfyc.es
Referencia web:
http://www.semfyc.es/es/actividades/congresos/index.html

Días 7-9
VI Congreso de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos.

Lugar: Palacio de Congresos de San Sebastián.
Información: Tfno 917820033.
E-mail: www.grupoaran.com

Días 9-10
European Union of General Practitioners.

Ljubljana, Slovenia
http://www.uemo.org/

Días 28-30
XI Escuela de Verano.

Lugar: Avilés

AGENDA

AGOSTO 2006

Días 27-31
WONCA ESPGP - FM 2006: 12th Conference of the European Society of General Practice Family Medicine

Lugar : Florencia (Italia)
Información: Secretaría técnica
Organizzazione Int. Congressi srl.
Viale G. Matteotti, 7, I-50121 Firenze, Italy
Referencia web:
http://www.siicsalud.com/scripts/congresos.php/cc017661

SEPTIEMBRE 2006

Días 8-15
7th WONCA World Rural Health Conference

Lugar: Seatle, WA (USA)
Información: Secretaría técnica
http://www.ruralwonca2006.net

NOVIEMBRE 2006

Días 15-18
XXVI Congreso de la semFYC.

Lugar: Valencia. Feria Valencia
Información: www.semfyc.es , www.svmfyc.org
Secretaría técnica: semFYC congresos
Teléfono 933177129 Fax 933186902

NUEVO DICCIONARIO TERMINOLÓGICO DE LA CIENCIAS MÉDICAS

Queridos compañeros: continuamos con esta apasionante entrega del nuevo diccionario que nuestros pacientes van construyendo día a día. Hoy proponemos diferentes expresiones o explicaciones que nuestros pacientes nos dan sobre sus procesos y por supuesto nuevas acepciones al vademécum…

*INTERVENCIÓN RECAMBIO VALCULAR…"Me pusieron una válvula en la Vena Aorta, pero me dijeron que la Vena Arteria también estaba un poco embozada…..Sí, sí, me abrieron. Mire (señalando la toracotomía) todo esto son lacres. De esos de titanio o algo así, que no hay que quitar"…*Como veis, compañeros, cada término empleado por este paciente entrañaba un nuevo concepto anatómico o quirúrgico. ¿A que no sabíais que ahora los cirujanos cerraran las suturas con lacre, como las cartas? Así seguro que se acabaron las dehiscencias de sutura…

"*Es que desde que tengo a mi madre EMPOTRADA en casa*…".Una se imagina a la pobre mujer pegada a la pared tal como si fuera un armario. Pero no, dícese del estado de inmovilización que lamentablemente acompaña a ciertas enfermedades degenerativas. SIN: postración.

"Vengo a solicitar una PLUSVALIA", Médico: "Plusvalía?" .Mujer: "Sí, sí, eso que sirve para pagar menos, aparcar donde quieras y para que te traten mejor. Mi hermana la tiene y me ha dicho que la pida…." El colmo de la conversación es que la citada "plusvalía" estaba siendo solicitada por una mujer de 72 años. Y ni siquiera tenía carnet de conducir!. SIN: minusvalía.

"Me hicieron una LAMPAROSCOPIA"… Cabe preguntarse: ¿Se la hizo una tal Amparo? ¿Se la hicieron con una lámpara que de seguro alumbra mejor?... SIN: laparoscopia.

VADEMECUM:

"¿Eso que me da no serán CORTICOLES?" .Pues no, en la seguridad social, afortunadamente, aún no se regalan bonos para El Corte Inglés…. SIN: corticoides

"Quiero el GENÉTICO de Trankimazin". Sobran comentarios

*"Y ahora me hace usted la pastilla gorda", "¿Cuál?" "Sí, esa de LAZUCA"…"*Ya, y mi coche es blanco y con cuatro ruedas, qué coche es?"; es lo que te sale decir. Pero bueno, después de mucho cavilar al final se resuelve el misterio: la pastilla gorda para el azúcar es el DIANBEN!! Vamos, de cajón!

"Lo que sea me lo hace usted en CLAUSULAS, que me lo tomo mejor": eso es, por partes todo se digiere mucho mejor. SIN: cápsulas

IMAGENES DE LA COSTA BLANCA

Era un día frío y húmedo del mes de enero. Entre algunos bancos de bruma el astro rey asomaba débilmente queriendo abrirse paso para imponer su reino. La noche, gélida y lluviosa, había dejado múltiples estampas de nieve por toda la geografía, incluso en lugares insólitos.

El camino por el interior, hacia la Vall d'Albaida iba a resultar pintoresco, lo sabía. Sin embargo, una llamada me alertó del peligro que suponía y del difícil acceso a la zona, por lo que decidimos movernos hacia la costa.

Acababa de amanecer y apenas había tráfico en la carretera. Conforme avanzábamos desde la ciudad hacia el sur veíamos extraordinarios paisajes invernales con la nieve como protagonista: la había en la Serra de Corbera y sobre los montes de Tavernes. Las estribaciones orientales de la Serra de Benicadell, vistas desde Gandia, mostraban un panorama de picos blancos que contrastaban, al girar la vista, con la inmensidad del Mediterráneo, plateado por los rayos del sol, perdiéndose en el horizonte.

Por fin, tras poco más de una hora de viaje, llegamos a nuestro primer destino: Altea. Ninguno de los dos había estado allí y las pretensiones no eran pocas. La ciudad se abría con una calle principal que atravesaba toda la villa. El paseo marítimo, a nuestra izquierda, mostraba una vida poco usual para esta época del año; a la derecha se hallaba el centro de la ciudad. Hizo nuestras delicias el perderse por ese laberinto de callejuelas empedradas y empinadas, con todo el sabor de la época medieval. Las casas blancas de fachadas pulcras multiplicaban la luz del sol mediterráneo, mientras que al otro lado de las rejas de hierro, que durante siglos sirvieron para defender la villa contra los ataques de piratas bereberes, los talleres artesanos, las tiendas y los restaurantes invitaban a buscar el calor, a dejar pasar el tiempo y a degustar los arroces, el pescado o el marisco que los hábiles restauradores alteanos elaboraban pacientemente a partir de los productos que proporcionan el mar y la huerta.

En el centro, la iglesia de la Mare de Déu del Consol, con su esbelta torre y su cúpula resplandeciente de características tejas azules, parecía vigilar la plaza, donde encontramos multitud de terrazas que servían cafés exóticos y tisanas sorprendentes.

Desde el mirador que se abría a escasos metros de la plaza contemplamos anonadados cuan bello era el lugar, con la ciudad a nuestros pies y una vista de toda la bahía, desde el Peñón de Ifach hasta la Serra Gelada, y al fondo, Benidorm perdiéndose en sus alturas.

Dejando Altea al sur seguimos nuestro camino hasta Calp, donde la magnificencia del Peñón se hizo presente en nuestros rostros. Esta inmensa roca calcárea de más de 300 metros de altura que había sido habitada antaño en tiempos de piratas y mercaderes, supuso dejarse deslumbrar por la naturaleza al fundir mar y montaña en un abrazo. El gran Peñón de Ifach es hoy parque natural donde gran variedad de especies de aves anidan y conviven con los excursionistas que visitan continuamente el paraje.

Aunque la atracción de caminar por la playa era invencible, no pudimos evitar sumergirnos en las calles de Calp hasta llegar al Raval. La Torre de la Peça, la vieja muralla y la iglesia, gótica con elementos mudéjares, de la Mare de Déu de les Neus, formaban un lugar donde el tiempo parecía haberse detenido para disfrutar de unos momentos de paz y tranquilidad.

Se hacía tarde, el sol avanzaba sin temor hacia el ocaso y el espectáculo estaba servido. La carretera hasta Moraira impactaba por su belleza. Acantilados de roca se batían con pequeñas calas de una arena fina, todo inundado de aguas calmadas y transparentes que dejaban entrever exuberantes praderas sumergidas de posidonia.

Moraira, ciudad pintoresca donde las haya, nos permitió gozar de una suave brisa vespertina mientras paseábamos por sus calles hasta desembocar en el "margenot", antiguo muro de contención que protegía las viviendas de los pescadores los días de mala mar y que dominaba una pequeña playa hoy desaparecida por la construcción del Club Náutico.

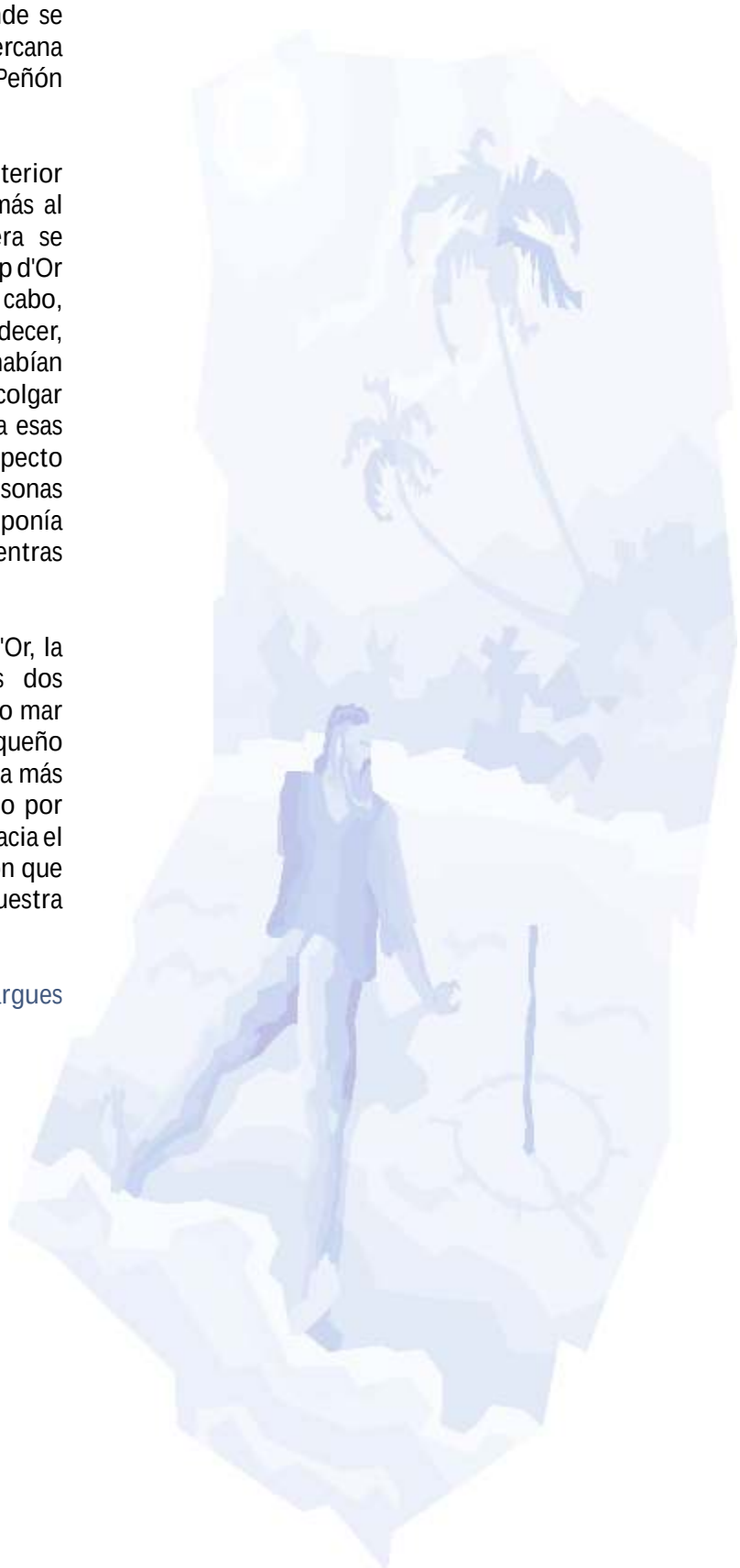
El Castillo estaba a escasos metros. Era una

fortificación de 1742 de curiosa planta, conocida como de “pezuña de buey” debido a su fachada sur semicircular y su fachada norte recta, por donde se accedía al interior del castillo. Desde allí, una cercana puesta de sol se dejaba entrever por detrás del Peñón de Ifach.

Recordé en esos momentos una visita anterior a la ciudad y un baño en una playa un poco más al norte: El Portet. Al acercarse por la carretera se observaba el esplendor del paraje: la Torre del Cap d'Or se levantaba en la parte más alta de este mismo cabo, iluminada por los últimos rayos del atardecer, dominando la cala buscada. Algunas viviendas habían sido construidas cercanas a la costa y parecían colgar sobre el acantilado. Y la playa del Portet, que a esas horas ya no recibía luz directa, presentaba un aspecto sobrio y tranquilo. Apenas cuatro o cinco personas disfrutábamos del espectáculo musical que suponía oír el susurro de las olas acercarse a la orilla mientras esperaban la llegada de la noche.

Unos metros más arriba, hacia el Cap d'Or, la calzada se abría a modo de mirador. Los dos contemplamos el esplendor de la vista: un cálido mar de aguas serenas se veía surcado por algún pequeño velero, mientras bañaba la costa ondulante hasta más allá de Altea. Al norte, la nieve seguía luchando por sobrevivir en las cumbres de Aitana. Y al fondo, hacia el oeste, aquella puesta de sol por detrás del Peñón que nos invadía de placer, y anunciaba el final de nuestra visita.

Heliodoro Ibáñez Bargues



NORMAS DE PUBLICACIÓN

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 CLÍNICO

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.

REDACCIÓN

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.

REDACCIÓN

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.

REDACCIÓN

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.

REDACCIÓN

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) RINCÓN 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