SVMFIC

Revista Valenciana de Medicina de Familia

PUBLICACIÓN OFICIAL DE LA SOCIEDAD VALENCIANA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

REVISTA N 22
OTOÑO 2006

4 EDITORIAL

5 NUESTRO TRABAJO DÍA A DÍA
Cómo es la Atención Primaria en el Reino Unido
"Aplicación del decreto de jornada en la CV: ¿Cuántos sábados tengo que hacer?"

10 GACETA

12 PRÁCTICA CLÍNICA
Anticoagulacion oral en Atencion Primaria. Nuestra experiencia organizativa.

16 RINCÓN DEL SOCIO
La enfermedad de Carlos II

20 EN COLABORACIÓN CON
La Sociedad de Farmacia Comunitaria de la Comunidad Valenciana

22 PÁGINA DEL RESIDENTE

24 AGENDA

26 NO TODO ES CIENCIA
Moixent y el guerrer
Diccionario terminológico de las ciencias médicas

29 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 de Comunicación y Prensa Alicante:
Pilar Valencia Valencia
Vocal de Comunicación y Prensa Castellón:
Mª Carmen Gallego García
Vocal de Comunicación y Prensa Valencia:
Carlos Fluixá Carrascosa
Vocal de Pregrado:
Pilar Roca Navarro
Vocal de Residentes:
Sofía Bauer Izquierdo
Vocal de Grupos de Trabajo:
Vicente Gil Guillén
Vocal de Docencia:
Carmen Fernández Casalderrey
Vocal de Investigación:
Ines Montiel Higuero
Vocal de Orgnización y Prensa:
Juan V. Quintana Cerezal
Vocal de Empleo:
Vicente Pascual Martorell Adsuara

COMITÉ EDITORIAL

Teresa Benavent 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 22

OTOÑO 2006

SUMARIO

REVISTA N 22
Otoño 2006

4 EDITORIAL

5 NUESTRO TRABAJO DÍA A DÍA
Cómo es la Atención Primaria en el Reino Unido
"Aplicación del decreto de jornada en la CV: ¿Cuántos sábados tengo que hacer?"

10 GACETA

12 PRÁCTICA CLÍNICA
Anticoagulacion oral en Atencion Primaria. Nuestra experiencia organizativa.

16 RINCÓN DEL SOCIO
La enfermedad de Carlos II

20 EN COLABORACIÓN CON
La Sociedad de Farmacia Comunitaria de la Comunidad Valenciana

22 PÁGINA DEL RESIDENTE

24 AGENDA

26 NO TODO ES CIENCIA
Moixent y el guerrer
Diccionario terminológico de las ciencias médicas

29 NORMAS DE PUBLICACIÓN

EL PRESTIGIO DE LA MEDICINA DE FAMILIA

De todos es conocida la admiración con que la profesión médica es recibida entre la población general. Aunque, como en todas las sociedades, siempre haya algunas excepciones, la realidad es que ser médico está muy bien valorado por los ciudadanos. Esta afirmación no se circunscribe solamente al territorio de España. Según determinadas encuestas también se percibe una excelnte calificación en otros países europeos y americanos.

Sin embargo, los médicos españoles estamos descontentos. Por lo menos los que trabajamos como médicos de familia en la Atención Primaria, la más cercana a los ciudadanos y quizá la más variada. Aumenta el número de pacientes (perdón: usuarios o clientes) por médico; se amplían los servicios a los ciudadanos sin aumentar las plantillas; faltan médicos aunque las estadísticas oficiales digan otra cosa; conseguir un minuto más para cada paciente es todo un reto; el salario de la guardia desaparece cuando hay que pagar a algún fontanero o limpiadora del hogar; el gasto en genéricos es más valorado que tener bien controlados a los pacientes hipertensos. Hay carrera profesional, permitan la broma, hasta para el pinche de cocina. Y como guinda, todavía en algunas comunidades autónomas, tener la especialidad de Medicina de Familia no tiene ningún valor a efectos de oposiciones.

En países como el Reino Unido, cuna de la filosofía del modelo de Centro de Salud, el médico de familia es casi intocable. Las sociedades científicas y los sindicatos caminan de la mano y toda una maquinaria legal se pone en marcha si un médico de familia (general practitioner) cobra menos de lo estipulado o hace algunas horas de más.

Nos colegiamos, nos asociamos, nos sindicamos…y paradójicamente no estamos unidos ni somos fuertes.

NUESTRO TRABAJO DÍA A DÍA

CÓMO ES LA ATENCIÓN PRIMARIA EN EL REINO UNIDO

Juan V. Quintana

Hace algunos meses, 4 residentes de medicina de familia de la Comunidad Valenciana fuimos seleccionados para realizar un rotatorio de 1 mes de duración en un centro de salud de Liverpool. En números anteriores también se ha publicado una experiencia similar en estas páginas, por lo que en este artículo intentaré abordar temas no tratados antes.
El siguiente texto pretende ser un resumen de lo que es la Atención Primaria en aquel país.

ACCESO A LA FORMACIÓN

La figura de Médico de Familia (MF) no existe en el Reino Unido (RU). La denominación oficial es la de General Practitioner (GP). Aunque la forma de llegar a dicha categoría también pasa por una formación especializada con un periodo hospitalario.

Para ser GP en el Reino Unido hay que realizar 5 años de carrera de Medicina. Tras este periodo de exámenes y prácticas, el licenciado envía su currículum a los hospitales que prefiera para trabajar como Junior House Oficer. Título aproximado a nuestro residente de 1er año. Puede haber unas 500 solicitudes por cada puesto. Como JHO trabajará durante 1 año realizando tareas de técnicas diagnósticas y terapéuticas (extracciones, punciones, sondajes, historia clínica…)

Tras superar esta etapa mediante un sencillo examen, se pasa a la categoría de Senior House Oficer. Éste periodo dura entre 1 y 4 años en el hospital, o más si se desea continuar en dicho rango. Las funciones del SHO son parecidas a las de un médico internista o cirujano de planta. Para pasar al siguiente grado, Registrar (o residente) hace falta superar un examen específico para cada especialidad. Además, en los años de SHO se tienen que haber cubierto determinados rotatorios obligatorios para acceder a cada una de las especialidades. En concreto, para GP se requieren rotatorios de 6-12 meses, por lo menos en MI, pediatría, geriatría, ginecología o psiquiatría. El Registrar GP debe estar por lo menos 12 meses en el Centro de Salud.

El acceso a la formación está prácticamente limitado a los estudiantes británicos. La mejor posibilidad de trabajo PARA un extranjero es la convalidación del título español de Médico de Familia por la de GP.

CÓMO LLEGAR A TRABAJAR EN EL RU

A través de la embajada. Cada temporada se publica una oferta de empleo en una región del RU. Los interesados pasarán una entrevista en Madrid junto al resto de candidatos. Dicha entrevista consiste en la evaluación del nivel de inglés, manejo en consulta con enfermos interpretados por actores…

Los seleccionados (70%) van a Reino Unido. El periodo de adaptación consiste en pasar 1 mes dentro de una consulta con otro médico veterano, y paulatinamente ir adquiriendo responsabilidades: ver pacientes en su propia consulta a razón de 1 paciente cada 30 minutos…hasta tener el mismo tiempo que el resto de médicos: 10-15 minutos por paciente. Durante esos primeros meses también se reciben cursos de inglés para todo el equipo reclutado.

El salario también crece acorde a la responsabilidad.

SALARIOS

A las cifras siguientes, convertidas a euros, hay que restarle los impuestos, cerca del 40%.
SHO: de 60000 a 75000€/año
Registrar GP: 75000€/año
Médico de Urgencias de Atención Primaria: 90€/hora; Pueden ser 150€/hora en días señalados.
GP Inicial: 75000€/año
GP a tiempo completo: 105000€ /año
GP Partner (coordinador): 225000€/año (menos salarios del personal del centro de salud = 150000€/año)

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

Las tres entidades más relacionadas con la práctica médica son:
GMC. General Medical Council. Organización Médica Colegial de ámbito nacional. La colegiación obligatoria para poder ejercer. 450€/año.
BMA. British Medical Association. La sociedad científica más importante. Editora del British Medical Journal.
RCGP. Royal College of General Practitioners. El órgano

representativo de los GP a nivel nacional, con una gran presencia a nivel investigador, de prestigio y laboral. Para formar parte del RCGP es necesario superar 4 exámenes a lo largo de 2 años. Las tasas de los mismos son unos 1800€ en total, convalidándose la cuota de socio a perpetuidad.

INVESTIGACIÓN Y UNIVERSIDAD

En casi todas las facultades de Medicina existen Departamentos de Atención Primaria, donde se realiza casi toda la investigación a ese nivel. La gran parte de la investigación sanitaria se realiza en los hospitales. La investigación en los centros de salud es casi testimonial.

Para realizar cursos de doctorado existen becas para extranjeros que generalmente requieren un compromiso de exclusividad mientras se realicen los estudios, no pudiendo trabajar como médico.

ESTRUCTURA DE LA ATENCIÓN SANITARIA EN EL NHS

El *NHS es el National Health Sistem,* sistema nacional de salud.
Existen diversas formas de atender a los pacientes además de los hospitales y los centros de salud.
NHS direct: Servicio telefónico o por internet atendido por personal de enfermería. Responde a consultas de salud que no requiere específicamente control *médico.*
FARMACIA: En las oficinas de farmacia se dispone de protocolos oficiales de árboles de decisión en patologías banales del síntoma al diagnóstico y tratamiento.
WALK´IN CENTER: Centros presenciales atendidos por personal de enfermería. Minor Injuries Units centro de urgencias para heridas, trauma…
A&E: accident and emergency centro de urgencies de nivel 1 atendido por personal médico, usualmente GP. El equivalente a nuestra atención continuada…para casos moderados o graves.
Urgencias hospitalarias.
En este esquema no entra el centro de salud, pues usualmente no se atienden urgencias en los mismos.

ESTRUCTURA DE LOS CENTROS DE SALUD

Los centros de salud se dividen en otras "células" parcialmente independientes denominadas Practice.

La Practice viene a ser la unidad básica compuesta por un médico, una enfermera, y un administrativo.

El director de la Practice es el partner, el médico gestor, y se encarga de gestionar el presupuesto asignado para mejoras en el centro, material de oficina, aparataje sanitario, salario del resto de trabajadores… incluso salario de otros médicos que quiera contratar.

El funcionamiento difiere bastante del sistema español, por lo que me detendré un poco en este punto. El GP que quiere tener su propia Practice se pone en contacto con el NHS ofreciendo sus servicios. El NHS valora dónde puede hacer falta una practice o ampliar un centro de salud con otra practice y formaliza el contrato con el GP. Generalmente cada practice atiende a unos 3000 pacientes. Si el cupo de pacientes lo requiere, el NHS contrata a otro médico para que esté a las órdenes del partner (sallaried GP), pudiendo llegar a un ratio de 1500 pacientes/GP. Dos practice pueden contratar a personal que esté al servicio de ambas, ahorrando costes. Por ejemplo, una enfermera de distrito para realizar la atención domiciliaria.

Dado que las ciudades británicas tienen una gran superficie debido al modelo de casas unifamiliares, las practice están también muy dispersas y apenas se ve el modelo de centro de salud con 10-15 médicos que atiende a una población de 20000 personas.

Cabe decir que este modelo de practices está cada vez más en desuso, volviendo a un sistema público parecido al español, en el que el NHS contrata a los GP para trabajar en sus centros de salud en vez de llegar a acuerdos con practices.

CATEGORÍAS DE MÉDICOS EN LA PRACTICE

El médico atiende los problemas de salud del adulto y del niño. No existe la figura del pediatra de Atención Primaria.
PARTNER: el médico titular. Gestiona el presupuesto y debe encargarse de que se cumplan los objetivos pactados con EL NHS. En base a esos objetivos (HbA1c, control PA, genéricos, lista de espera, estado de las instalaciones...) se cobran más o menos incentivos.
SALARIED GP: Médico contratado por el partner, o por el NHS para la practice si ésta requiere uno por número elevado de pacientes.
LOCUM: médico de refuerzo. Trabaja en toda el área de salud (primary care trust) Bolsa de trabajo privada, similar a una ETT (Empresa de Trabajo Temporal).

CATEGORÍAS DE ENFERMERÍA EN LA PRACTICE

PRACTISE NURSE: Enfermera de la practice. Realiza la primera entrevista de los nuevos pacientes, realizando

el cribaje de las enfermedades de riesgo cardiovascular; control de crónicos (HTA, DM, asma) control INR, analíticas de control…Puede prescribir determinados medicamentos (aines, crónicos si es urgente…) tras recibir un curso de preparación.

DISTRICT NURSE: enfermera de distrito. Realiza curas a domicilio, control de TVP dado de alta por el hospital…

HEALTH VISITOR: Control del niño sano en su consulta. Visita domiciliaria a las madres durante los primeros meses del niño. Puede derivar directamente al Pediatra hospitalario.

CLINICIAN NURSE. Enfermera de pediatría: control evolutivo del neonato, reflejos, vacunas…

PERSONAL ADMINISTRATIVO HISTORIA DE SALUD INFORMATIZADA

El personal administrativo puede acceder parcialmente al historial clínico del paciente. Se encarga, además de las tareas similares al sistema español, de escanear los informes que se reciben de los pacientes (altas hospitalarias, interconsultas…) y adjuntarlos a la historia clínica informatizada de cada uno. También registran los resultados de las analíticas en cada historial.

Y lo último pero no menos importante. Acorde a la filosofía de vida inglesa, y el carácter de personal contratado por el médico, el administrativo también se encarga de traer té a la consulta…incluso para el paciente.

El sistema informático del NHS, el EMIS-pc es otro de los descubrimientos. Es un programa de historia clínica extremadamente avanzado. La pantalla principal está distribuida en múltiples pestañas y ventanas de acceso rápido. Puede haber varias ventanas abiertas a la vez. El programa es muy intuitivo y la navegación por todo el historial del paciente es muy rápida. Se accede fácilmente a todas las anotaciones que haya realizado cualquier sanitario. Y casi todo está codificado, aunque con un diccionario de códigos mucho más sencillo que el usado por abucasis para buscar dentro del CIE-9.

Lleva incorporado un vademécum y una guía de actuación muy completa y con versión imprimible.
Es un programa tan completo…que a menudo deja una sensación de que el médico está actuando según el protocolo que el ordenador dicta.

DISTRIBUCIÓN DEL HORARIO EN LA PRACTICE

El horario se distribuye en sesiones. Un día tiene dos sesiones: de 9.00 a 12.00 y de 16.00 a 18.00. De 12.00 a 16.00 es tiempo para almorzar, trabajo burocrático, reuniones de equipo…

Se suele trabajar 9 sesiones a la semana, y una de éstas es de desarrollo personal (sin pacientes ni necesidad de acudir a la practice. Para terminar la burocracia pendiente, cursos de formación continuada…).
Una sesión a la semana, la practice está cerrada.

DIFERENCIAS DESTACABLES CON NUESTRO SISTEMA SANITARIO

Es reconocida la cantidad de información que se pasa de un nivel a otro. Para cualquier derivación es preciso un informe detallado. A su vez, las contestaciones de los otros especialistas consultados son igual de extensas.

Para acudir a un especialista privado se necesita una carta de interconsulta del GP. Además, este especialista contesta al GP también por escrito.

El 80% de prescripciones son por principio activo, ni siquiera por marca genérica.

Respecto a la gestión de las bajas laborales, con menos de 1 semana de baja, no se precisa parte oficial, únicamente un justificante médico. Si a pesar de eso el paciente o su empresa solicita un parte oficial de baja y alta, dicho documento puede serle cobrado.

ENLACES DE INTERÉS

- www.nhs.com Página official del National Health Sistem
- www.nhscareers.nhs.uk/nhs/international.html Detalle de los diversos tipos de contratos y acceso de personal no inglés.
- www.ukinspain.com/Personal_sanitario/ Embajada de RU en España.
- www.bma.org.uk British Medical Association
- www.rcgp.org.uk Royal College of General Practitioners
- www.dh.gov.uk Department of Health
- www.gmc-uk.org General Medical Council
- http://www.emis-online.com/ empresa gestora del programa informático

"APLICACIÓN DEL DECRETO DE JORNADA EN LA CV: ¿CUÁNTOS SÁBADOS TENGO QUE HACER?"

Autores: Vicente Sanmartín Ruiz (CS de Sagunt), Jose Vte. Sanz Mas (CS Alberic), Francisco Beneyto C<astelló (CS de Manises) y Jesús Palacios (CS de Chirivella).
Médicos de Familia. Secretaría de Atención Primaria de CESM-CV

INTRODUCCIÓN

Desde 1995 CESM-CV inició el diálogo con la Consellería de Sanitat para alcanzar algún tipo de acuerdo que racionalizara las guardias médicas siguiendo la Directiva 93/104/CE aunque salvaguardando nuestras especificidades como españoles dotados de derechos adquiridos. En 1998 se firma un primer acuerdo que se publica en el DOGV, es la Orden de 21 de enero de 1999, modificada por la Orden de 16 de Diciembre de 2000, por la que se regulan las guardias y sus descansos en Atención Especializada, y ello casi dos años antes de la Sentencia del Tribunal de Luxemburgo. El Decreto 72/2001 de 2 de abril regula la atención continuada en el ámbito de la Atención Primaria y extiende a ésta los beneficios ya consolidados en especializada. Por el Decreto 137/2003 de 18 de julio, cuyo contenido resulta compatible con la Ley 55/2003 de 16 de diciembre del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, se regula la jornada y horario de trabajo del personal al servicio de la Consellería de Sanitat y se declara vigente lo contemplado en las normas citadas, con excepción de la hora de inicio de la guardia. Finalmente, el Acuerdo sobre Mejoras Relativas a la Atención Continuada y Guardias publicado en el DOGV de 10 de marzo de 2005, reafirma la vigencia de la legislación mencionada y añade nuevos derechos a los ya existentes.

La normativa vigente en nuestra Comunidad, según la legislación publicada anterior y que, por tanto, no se limita a instrucciones o circulares internas, pivota en torno a los siguientes derechos básicos:

- El día siguiente a una guardia de presencia física es día de descanso obligatorio y remunerado (libranza de 24 horas), lo que constituye una compensación horaria que complementa la retribución económica de ésta. No se trata, pues, de un aplazamiento recuperable de la jornada laboral, sino de una exención completa. Esto queda claro en los artículos 10.1 y 10. 2 del Decreto de jornada, así como en la normativa de guardias.

- La guardia realizada en domingo da lugar a su descanso posterior de 24 horas más un día libre adicional que puede adicionarse a las vacaciones anuales o disfrutarse en otro momento con la aquiescencia del interesado. En el caso de los festivos, dan lugar a dicha compensación los correspondientes al 1 y 6 de Enero, 9 de Octubre y 25 de Diciembre. Para no generar discriminaciones es necesario reconocer el derecho a tal compensación para todos los festivos anuales. Los días especiales (24 diciembre, 31 diciembre y víspera de la fiesta local principal) son festivos que también se compensan con otra jornada de descanso cuando no pueden disfrutarse en el propio día.

- Las vísperas de festivo no dan lugar a ninguna libranza adicional. Para no generar discriminaciones es necesario reconocer el derecho a tal compensación para todas las vísperas de festivo dado que la salida de guardia coincide con el descanso correspondiente a la jornada ordinaria y no puede solaparse con él.
- Además un tratamiento de las guardias que tenga en cuenta el principio de equivalencia retributiva debe contemplar la libranza para todas ellas, incluidos los viernes y las vísperas. En otro caso se

daría la paradoja de que la retribución por igual trabajo (asignación económica + compensación horaria) sería menor, por ejemplo, un viernes que un Lunes.

DESARROLLO

El seguimiento de la aplicación en estos tres años del decreto de jornada en el ámbito de la Atención Primaria, nos lleva a la conclusión de que su aplicación no ha sido uniforme, sino que ha seguido generalmente criterios diferentes incluso antepuestos en no pocos casos. Todo ello nos lleva a explicar de manera clara la aplicación del mismo:

1.- De los 365 días del año, tras descontar el mes de vacaciones – 30 días-, los 6 días de libre disposición, los 17 festivos (12 nacionales, 2 locales, 24 y 31 de diciembre y la víspera de la fiesta provincial mas importante) y la aminoración de 7 horas / año progresiva desde el 2003 hasta el 2006, nos arroja un total este año de 1589 horas o 227 jornadas que hay que realizar en el 2006 y en los sucesivos años hasta nuevo acuerdo.

2.- Dado que según el decreto de jornada el numero de sábados a realizar puede ser 1 de cada 3, siendo pues el máximo a realizar posible 16 sábados / año.

3.- Dado que esta aplicación de 16 sábados posible origina un superávit de horas / año (mas de 1589).

4.- Se establece pues la obligación de ajustar el número de sábados anuales a estos tres puntos previos, para que el resultado final no sea superior a 1589 horas / año o 227 jornadas / año.

En conclusión, un médico de Atención Primaria, deberá realizar 7 u 8 sábados (dependiendo del festivo local si cae o no en domingo), para que el numero total de horas sea finalmente de 1589 o 227 jornadas anuales. Reservándose la Administración la posibilidad de colocar en sábados estas jornadas hasta, eso si, un máximo de 16 pero con la aminoración de los días entre semana necesarios para que la cuenta final no supere 1589 horas o 227 jornadas.

SITUACIONES ESPECIALES

a.- IT.- Los sábados incluidos en el periodo que dure la situación de IT serán considerados lógicamente como realizados a todos los efectos, otra cosa es la interpretación torticera o interesada que hacen muchas veces las diferentes direcciones de área ante estas situaciones, obligando a recuperar sábados.

b.- FESTIVOS EN DOMINGO.- Si algún festivo cae en domingo, esto origina la pérdida de un día de los 17 festivos del año, lo que obliga su sustitución de otro para no superar el cómputo de 1589 horas. Esta situación se refleja en este año 2006 los días 24 y 31 de diciembre. Si no se reponen estos dos días a favor del médico, este haría un exceso anual de + 14 horas, por lo que es obligada su reposición, o llamándolo de otra manera aminorar dos jornada de 7 horas su computo anual del 2006.

c.- ATENCION CONTINUADA EN SABADO.- Se reduce en 7 horas la jornada ordinaria por cada sábado de guardia. Esto queda claro, tanto en el artículo 2.1 como en la disposición adicional 2 del decreto de jornada. Situación ésta que la Administración no suele reconocer en el ámbito de al Atención Primaria aunque si en la especializada, lo cual crea un agravio comparativo indudable.

FUTURO

Sin duda debe pasar por el establecimiento de la jornada de 35 horas semanales, quedando el sábado como día de atención continuada de 24 horas, siendo la CV la única autonomía del Estado Español que mantiene esta sorprendente situación de 36,25 hora semana. Esto será posible, contando con el apoyo de todos los médicos, a partir de enero del 2007 en que se abrirán de nuevo las mesas de negociación para un nuevo acuerdo, ya que el actual vence en enero del 2007.

GACETA

X JORNADAS DE RESIDENTES DE LA semFYC. ALICANTE, MAYO DE 2006

En mayo se celebraron las X Jornadas nacionales de residentes de MFyC en el Palacio de Congresos de Alicante, con el apoyo institucional y organizativo de la SVMFiC y participación de alguno de los grupos de trabajo de la sociedad.

El evento resultó un éxito de asistencia, con más de 400 participantes de toda España. La SVMFiC fue la tercera sociedad en número de comunicaciones presentadas, sólo detrás de Cataluña y Andalucía. El trabajo de Mario Mella y Alicia Fernández (socios de Alicante) consiguió un premio a la mejor comunicación.

MESA REDONDA SOBRE EL FUTURO ESTATUTO DE LOS RESIDENTES

También a finales de mayo se llevó a cabo en la sede de la SVMFiC una mesa redonda organizada por la vocalía de residentes. En dicha mesa participaron representantes de todos los sindicatos médicos y asociaciones de residentes de la comunidad valenciana.

I FORO AUTONÓMICO DE MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

El 9 de junio se celebró en Alicante este evento. Estuvo organizado por las tres sociedades de Atención Primaria: SVMFiC, semergen-CV y svmg.

En dicha jornada se trataron temas diversos: aspectos de la carrera profesional, relación con la atención especializada, problemática del médico residente, informatización de la consulta y atención a la demanda urgente.

Tras las ponencias se realizó un documento de consenso que aglutinó las diferentes conclusiones y reivindicaciones, que fue remitido a medios de comunicación y Administración.

SE ELABORA EL CATALOGO DE EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS DE ACCESO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

Existe una gran variabilidad en las posibilidades de los servicios de Atención Primaria a la hora de solicitar determinadas pruebas complementarias. Hace algunos años la SVMFiC realizó un documento que describe las pruebas complementarias al alcance de los médicos de familia.

Ahora se ha reabierto el debate, y tras diversas reuniones entre la AVS y la SVMFiC, se ha llegado a un principio de acuerdo para conseguir un catálogo de exploraciones complementarias al alcance de la Atención Primaria, independientemente del Departamento sanitario al que se pertenezca.

El catálogo, de forma esquemática, es el siguiente:

LABORATORIO (Bioquímica, Hematología, Serología (Ag heces H.Pylori, Microbiología, Anatomía Patológica)
Rx SIMPLE
RX CON CONTRASTE (Excepto UIV)
ECOGRAFÍA (Excepto ecocardio y eco gine) (1)
CITOLOGÍA
MAMOGRAFÍA
ESPIROMETRIA
ECG
DOPPLER MANUAL. (para diagnostico vasculop perif: indice tobill/brazo)
PULSIOXIMETRIA
EXPLORACIONES DE SEGUNDO NIVEL (PRIMARIA CON INFORME NECESARIO PARA JUSTIFICACION):
- ENDOSCOPIA
- TAC CRANEAL (para estudio de cefaleas, con limitación de diagnóstico a este evento)
- TAC LUMBAR
- DENSITOMETRÍA OSEA

EXPLORACIONES DE TERCER NIVEL: (SOLO ESPECIALIZADA)
- UIV
- RMN COLUMNA Y RODILLA

(1) Se intentará en próximas reuniones que se acepte ecocardio para diagnostico de HVI .
(2) Se ha pedido que los retinógrafos para cribado de retinopatía diabética se ubiquen en primaria. Pendiente de valoración.

CELEBRACIÓN DEL CONGRESO DE WONCA-EUROPA EN FLORENCIA. AGOSTO DE 2006

Del 27 al 30 de agosto se celebró en la ciudad de Florencia el congreso europeo de médicos de familia (WONCA-Europe).
Cabe destacar que la semFYC fue la sociedad científica que más trabajos presentó de la mano de sus socios.

NUEVA AULA DE INFORMÁTICA EN LA SEDE DE LA SVMFiC

Desde agosto, todos los socios de la SVMFiC pueden disfrutar y utilizar una nueva sala de informática en la sede de la sociedad en Valencia.

Esta aula es fruto de un acuerdo entre MSD y la sociedad. Dispone de 10 ordenadores con conexión ADSL y será utilizada preferentemente para impartir cursos de formación y solicitudes de los socios.

CURSO DE OPOSICIONES DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA ACADEMIA MIR OVIEDO

Ha comenzado el curso de preparación para la próxima oposición ordinaria que presumiblemente se llevará a cabo en el último trimestre de 2007.

Valorando los excelentes resultados de los alumnos MIR de la Academia de Oviedo, la Junta Directiva de la SVMFiC ha conseguido que dicha academia imparta sus cursos presenciales en Valencia.

En virtud de los resultados y participación se podrá considerar para futuras ediciones un sistema de becas e impartir las clases también en Alicante.

ASAMBLEA ORDINARIA DE SOCIOS SVMFiC. SEPTIEMBRE DE 2006

En la asamblea de socios del 21 de septiembre se procedió a ratificar a los nuevos miembros de la junta directiva, aprobar los estatutos del régimen electoral de la sociedad, exponer el estado presupuestario de la sociedad y detallar la memoria de actividades 2005-2006.

Como detalles significativos de dicha asamblea destacar: En mayo de 2006, la cifra de socios era de 1394 socios, con 103 nuevas inscripciones recibidas. La media de edad del socio es 39 años. El 42% es tutor de postgrado y el 93% son especialistas en MFyC.

Se han elaborados diversos documentos oficiales de la SVMFiC, entre los que destacan los relacionados con el modelo de gestión única y la aplicación Abucasis II.

Así mismo se han realizado diversas reuniones con la AVS y la SVMFiC tiene una participación activa en la comisión de mejora de abucasis.
También se ha firmado un convenio con el Sindicato

Medico para la defensa de los intereses de los médicos de familia.

Se ha alcanzado el número de 23 Grupos de trabajo (con la creación de 2 nuevos grupos <. Salud mental y atención al inmigrante), con la incorporación a los mismos de 32 socios 2 nuevos GdT.

En formación continuada, Aula abierta ha coordinado 33 talleres con 580 asistentes en total.

También ha aumentado la presencia en los medios, colaborando en programas de divulgación sanitaria en Canal9, entrevistas en OndaCero valencia y diversas notas de prensa de tirada autonómica y local.

COLABORACIÓN CON LOS COLEGIOS DE MÉDICOS

Continúa la colaboración con el colegio de médicos de Valencia, en virtud de la cual todos los socios de la SVMFiC pueden acceder a los contenidos para colegiados del COMV. Esto incluye el acceso libre a la base de datos de revistas biomédicas EMBASE. Para poder utilizarla se precisa de una clave de acceso. Los socios interesados pueden ponerse en contacto con la sede de la SVMFiC para más información.

Así mismo, todos los socios deben recibir información desde la semFYC: revista Atención Primaria, boletín de noticias a través de correo electrónico, la revista c@p (previa suscripción gratuita)…Si algún socio no recibe estas publicaciones, puede ponerse en contacto con la sede de la SVMFiC para actualizar sus datos.

PRÁCTICA CLÍNICA

ANTICOAGULACION ORAL EN ATENCION PRIMARIA. NUESTRA EXPERIENCIA ORGANIZATIVA.

AUTORES: Ortiz Díaz, Francisco*; León Vico, Julián*; Marco Vera, Pascual***, Montiel Higuero, Inés**.
*C.S. Babel (Alicante), **C.S. San Blas (Alicante), ***Hematología Hospital General de Alicante.
DIRECCION DE CONTACTO:
Centro de Salud de Babel.
C/Fernando Madroñal 13-15,
03007 Alicante.
E-mail: ortiz_fraort@gva.es

RESUMEN:

Fundamento y objetivo: Evaluar y describir la organización del programa de control del tratamiento anticoagulante oral (TAO) en el Centro de Salud de Babel a los 6 meses de su puesta en marcha.
Pacientes y estudio: Estudio descriptivo transversal. Se incluyeron todos los pacientes en TAO y que se controlaron en el Centro de Salud de Babel durante el año 2005. Se excluyeron los que llevaban menos de un mes de tratamiento y los que no tuvieron al menos tres determinaciones durante el periodo de estudio. Se evaluó la razón normalizada internacional (INR) en rango terapéutico según la indicación. Se obtuvieron otras variables como edad, sexo, patología que justifica la indicación, porcentaje de días que un paciente está en rango y media de días que un paciente permanece en rango terapéutico.
Resultados: Se observó un 75.36 % de días en que cada pacientes estuvo en rango (75.7 % para los hombres y 74.9 % para las mujeres). La media de días en que un paciente permanece en rango fue de 67.4 días. La media de días en que un paciente fuera de rango permanecía en esta situación fue de 16.7 días.
Conclusiones: El control del TAO en atención primaria es posible contando con los medios y recursos necesarios. Supone un avance muy importante para los pacientes. Y es imprescindible una organización específica para llevar a cabo dicho control.

FUNDAMENTOS:

El número de pacientes en tratamiento anticoagulante oral (TAO) ha aumentado en los últimos años de forma muy importante. Y ya es habitual que en muchos centros de salud se realice el control del TAO (1). Existen experiencias llevadas a cabo tanto en nuestro país como en otros países europeos con excelentes resultados (2, 3, 4, 5).

En nuestra Comunidad estamos asistiendo a la progresiva descentralización del control del TAO desde el hospital hacia atención primaria. Hay proyectos desde la administración para mejorar la accesibilidad de estos pacientes haciendo una apuesta para que el control se realice en los centros de salud y que los médicos de familia en conexión directa con los hematólogos del hospital de referencia sean los que lo lleven a cabo (6).

Tras el periodo de inicio llevado a cabo por hematología, el protocolo de control de estos pacientes básicamente consiste en medirles el INR, ajustar la dosis del anticoagulante oral si es necesario e indicarle el día de la próxima visita (7).

METODOS (descripción de nuestra gestión de este proceso de control del TAO):

En el Centro de Salud de Babel comenzamos a controlar a nuestros pacientes en mayo 2004 siguiendo el plan diseñado desde dirección de primaria junto al servicio de hematología del hospital de Alicante. Este plan incluía la formación de los médicos y enfermeros del centro de salud. Se realizó en el hospital de Alicante, durante el horario laboral y se sustituyó el 50% del tiempo total de ausencia.

Se optó por utilizar un sistema de punción digital y análisis de INR con coagulómetro portátil, así como la implantación del software para pautar la dosis y

el próximo control.

El Centro de Salud de Babel es un centro urbano que atiende a una población adulta de unos 20.000 habitantes mayores de 15 años. Once médicos de familia son los que se encargan de la atención médica en horario de mañana y tarde. Cada uno tiene un horario laboral que asegura al menos un turno matutino.

En nuestro centro de salud había 289 pacientes en TAO que fueron distribuidos entre los cinco días de la semana. Cada día de la semana dos médicos de familia se encargan de controlar en tratamiento con anticoagulante oral de sus pacientes. Al ser once médicos hay un día de la semana en el que son tres los médicos que atienden a sus pacientes.

Todos los pacientes acuden a control al centro de salud. El día del control de cada paciente coincide con el día asignado a su médico para controlar "el sintrom".

La primera fase del proceso de control se hace a las 8'00 de cada mañana. En una sala específica se realiza la extracción digital de sangre y tras su análisis con el coagulómetro portátil se obtiene el valor del INR para ese paciente. Este dato se envía a través de la red al ordenador del hematólogo y al que tiene el médico de familia en la misma sala del control.

Los dos médicos de familia tras conocer el INR del paciente y valorando sus datos clínicos (edad, patologías, otros fármacos, etc.) pautan la dosis semanal de anticoagulante y la fecha del próximo control. Estos dos parámetros de dosis y fecha varían en función de si está en rango el INR del paciente, condiciones clínicas del paciente, etc.

No todos los pacientes en TAO son controlados por el médico de familia. En nuestro caso concreto no "validamos" a los pacientes portadores de prótesis mitrales metálicas por la dificultad para el ajuste de su tratamiento.

Cualquier valor muy elevado o muy bajo lo detecta el médico de familia en ese mismo instante, y tras revisar los datos clínicos del paciente, los posibles errores en la toma o la interacción con otros fármacos toma la decisión terapéutica más oportuna (consultar con hematólogo, administrar vitamina K, heparina de bajo peso molecular,...).

El enfermero va entregando a los pacientes las hojas de dosificación conforme el médico valida los resultados. Si algún paciente está controlado directamente por los hematólogos debe volver a las 15'00 a recoger su hoja, aunque normalmente el hematólogo ha "contestado" las hojas de dosificación antes de las 10'30.

Cada día se controlan unos 20 pacientes de media. La extracción de muestras y obtención del INR es realizada por un enfermero entrenado, usando dos coagulómetros portátiles, tarda unos 2 minutos por paciente, estando por tanto a las 9'00 terminada esta fase. Otro enfermero realiza las extracciones a domicilio portando un coagulómetro portátil a la propia casa del paciente inmovilizado en TAO.

Hasta las 9'15 el médico tiene espacio reservado en su agenda profesional para controlar a todos sus pacientes (incluidos los que se toma la muestra en domicilio) y a aquellos otros que por necesidad de ajuste de tratamiento se han controlado ese día.

Durante el mes de octubre de 2005 se midió la satisfacción de los usuarios que acudieron al control del TAO, mediante una encuesta previamente validada. El cuestionario se construyó específicamente para medir el grado de satisfacción sobre la forma de organización del proceso de control del TAO. La encuesta se entregaba a los pacientes mientras esperaban a realizarse el control y la contestaban de forma voluntaria y anónima.

Así mismo analizando las fichas informatizadas de los pacientes durante ese año 2005 se han medido las siguientes variables: edad, sexo, patología que justifica la anticoagulación, porcentaje de días en rango del total de días anticoagulado y tiempo de permanencia en rango (sólo para aquellos pacientes con un periodo de seguimiento superior a 250 días).

Se incluyó a todos los pacientes en TAO desde antes de diciembre de 2004 (más de 1 mes de anticoagulación) y controlados en el centro de salud de Babel. Se excluyeron pacientes desplazados o con menos de 3 determinaciones de INR.

RESULTADOS:

Se incluyeron 288 pacientes (136 hombres y 152 mujeres) y se analizaron las 5426 visitas correspondientes a dichos pacientes durante el año 2005. El tiempo medio de seguimiento fue de 302.3 días.

La edad media de los pacientes era de 73.5 años (75.0 para las mujeres y 71.8 para los hombres). La media de tiempo que estos pacientes llevaban en tratamiento con anticoagulantes orales era de 4.2 años (4.1 para los hombres y 4.2 para las mujeres). La distribución de diagnósticos por edad y sexo se muestra en las tablas 1 y 2.

La media de controles realizados por paciente fue de 18.8 (igual para hombres que para mujeres). La media del número de controles en rango era de 11.1 por pacientes (11.5 para hombres y 10.8 para mujeres). Un

F. Ortíz Díaz
J. León Vico
I. Montiel Higuero

Tabla 1. Distribución por sexo de los diagnósticos que justifican la anticoagulación.

	Sexo		
DIAGNOSTICO CLINICO	H	M	TOTALES
FIBRILACION AURIC	86	103	189
VALVULOPATIAS	19	23	42
TEP_TVP	21	19	40
CARD_ISQ	7	1	8
ACVA	3	5	8
MIOC_DILATADA		1	1

75.36 % fue el porcentaje de días en que cada pacientes estuvo en rango (75.7 % para los hombres y 74.9 % para las mujeres). La media de días seguidos estando en rango fue de 67.4 días. La media de días en que un paciente fuera de rango permanecía en esta situación fue de 16.7 días.

Los pacientes diagnosticados de fibrilación auricular estuvieron en rango un 79 % del total de días de seguimiento y se mantuvieron en rango una media de 74.9 días. Cada paciente en fibrilación auricular necesitó una media de 18 controles. Los pacientes con valvulopatías (con o sin válvula protésica) estuvieron en rango un 66 % de los días y se mantuvieron en rango una media de 51.1 días. Cada uno de estos pacientes necesitó una media de 24 controles.

En las gráficas 1 y 2 se muestran el porcentaje de días en que un paciente está en rango y la media de días en que un paciente permanece en rango, ambos según patologías.

CONCLUSIONES:

El control de estos pacientes en TAO se puede realizar en atención primaria con buenos resultados. Su grado de control es similar al descrito en la literatura (4). La edad media de estos pacientes superior a 73 años refuerza la conveniencia de implantar este control en atención primaria por su mayor accesibilidad y atención integral.

En este estudio no se pueden extraer

Gráfico 1. Porcentaje de días que estuvieron en rango los pacientes (clasificados por diagnósticos).

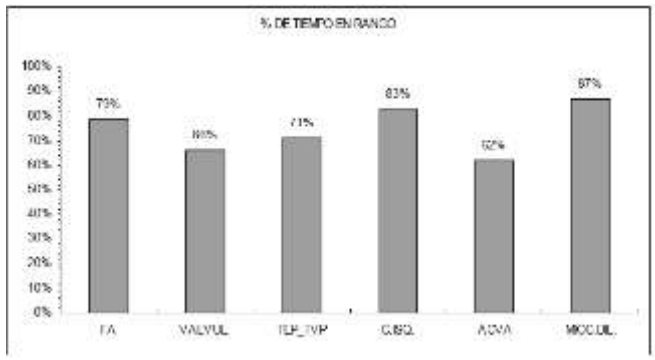
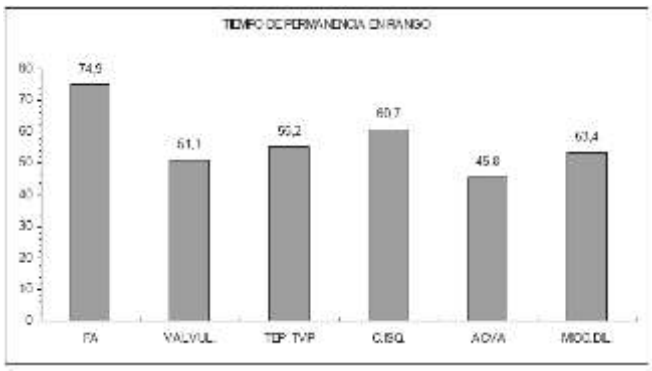


Gráfico 2. Tiempo medio en días en que un paciente permanece en rango (clasificado por diagnósticos).



conclusiones comparativas entre los distintos grupos de patologías por el pequeño número de pacientes de algunas de ellas. Sin embargo, del grupo de pacientes anticoagulados por padecer una fibrilación auricular sí que se pueden obtener diversas conclusiones. El tiempo medio en que un paciente con esta patología está bien controlado (en rango) es de 75 días, lo que permitía aumentar el periodo hasta el nuevo control por encima de los 42 días máximos de la actualidad.

La organización del centro de salud debe responder a los múltiples imprevistos normales en nuestra rutina diaria: urgencias, avisos, etc. y a la

Tabla 2. Distribución por edad de diagnósticos.

	Menor 50 años	De 51 a 60 años	De 61 a 70 años	De 71 a 80 años	De 81 a 90 años	De 91 a 100 años
FIBRILACION AURIC	5	9	25	89	56	5
VALVULOPATIAS	3	9	8	17	5	
TEP_TVP	9	3	5	13	7	3
CARD_ISQ	1		1	3	3	
ACVA	1	1		5	1	
MIOC_DILATADA				1		

idiosincrasia de cada centro.

Y por supuesto, no hay ninguna fórmula mejor que otra. Pero sí debe observar la conveniencia de reservar un tiempo concreto para esta actividad y así poder dedicarse a ella sin interferencias. La distribución por parejas asegura que siempre haya al menos un médico responsable del control ese día.

La implantación del TAO en atención primaria tiene resultados aceptables, pero se debe asegurar una adecuada coordinación con hematología y unos recursos materiales apropiados. En esto ha contribuido de manera decisiva la utilización de un programa informático que conecta on-line al médico de primaria con el hematólogo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alonso R, Barroso C, Alvarez I et al. Situación actual del control de la anticoagulación oral en atención primaria. Aten Primaria. 1999;24(3):127-133.
2. Alonso R, Puche N, De la Fuente MD et al. Control de calidad terapéutico del seguimiento de la anticoagulación oral en atención primaria: cuatro años de experiencia. Aten Primaria. 1995;15(9):555-560.
3. Estévez JC, Carreño P, Justel J et al. Evaluación de un programa de control de coagulación oral en ABS alejadas del hospital mediante sangre capilar. Aten Primaria. 2002;293(3):194-195.
4. Nuin M, Arroyo M, Yurss I et al. Evaluación del programa piloto de descentralización del control del tratamiento anticoagulante oral en el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Med Clin (Barc). 2005;124(9):326-331.
5. Nilsson G, Björholt I, Krakau I. Anticoagulant treatment of patients chronic atrial fibrillation in primary health care in Sweden. A retrospective study of incidence and quality in a registered population. Family Practice. 2004;21(6):612-616.
6. Plan de mejora de la accesibilidad de los pacientes al control del tratamiento anticoagulante oral (TAO) en la Comunidad Valenciana. Conselleria de Sanitat. 2005.
7. Blann A, Fitzmaurice D, Lip G. ABC of antithrombotic therapy. Antocoagulation in hospitals and general practice. BMJ. 2006;326:153-156.

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.

LA ENFERMEDAD DE CARLOS II

NAVALÓN RAMON E[1], FERRANDO LUCAS MT[2]
1-Residente MFYC. Hospital Lluís Alcanyís. Xàtiva.
2-Neuropediatra. EDEAxf (Equipo Diagnóstico, Evaluación y Apoyo del Síndrome X Frágil). Madrid.

Carlos II nació el 6 de noviembre de 1661 en Madrid. Era hijo de Felipe IV y de su sobrina, hija de su hermana la emperatriz María, la archiduquesa Mariana de Austria. Estos ya habían tenido cuatro hijos. La primera fue Margarita (a quien después retrató Velázquez en Las Meninas) en 1651. Después nacieron dos niñas, en 1653 y 1656. La primera, María Antonia, vivió quince días, mientras que la segunda no llegó al día de vida. El cuarto hijo de Felipe IV y Mariana de Austria, Felipe Próspero, nació el 20 de noviembre de 1657 y murió cinco días antes de nacer Carlos II, el 1 de noviembre de 1661. Carlos II fue el heredero de la corona desde su nacimiento, al haber muerto sus hermanos y quedar sólo viva la infanta Margarita.

Carlos II era un neonato delicado, pues aunque la Gaceta decía que se trataba de «un príncipe hermosísimo de facciones, cabeza grande, pelo negro y algo abultado de carnes», algunos días después, el embajador de Francia escribía en una nota a Luis XIV: «El Príncipe parece bastante débil; muestra signos de degeneración; tiene flemones en las mejillas, la cabeza llena de costras y el cuello le supura.»

Con un año de edad tenía erupciones en la piel, supuración bajo el oído derecho, diarreas de repetición y las fontanelas abiertas, que se cerraron a los tres años. Tuvo 28 nodrizas hasta los cuatro años, que los médicos de la Corte cambiaban a medida que diagnosticaban el origen de la falta de salud del príncipe en la mala calidad de la leche materna de las diferentes ayas que se sucedieron. Hasta los cuatro años no fue destetado, pues el príncipe digería con dificultad sólidos y los médicos no se atrevían a eliminar la lactancia. A pesar de este tardío destete Carlos II era enclenque, no sabía hablar y padecía frecuentes catarros y diarreas. También contaba con una escasa musculatura y hasta los seis años no pudo andar ni tenerse prácticamente en pie. Tenía una gran cabeza, que se ha achacado a que padecía hidrocefalia.

A los seis años, la preocupación por su dificultad para aprender era patente. Presentaba dificultades para relacionarse y mostraba una conducta caprichosa y compulsiva. Frases estereotipadas («¡Hay tal maldad en el mundo.... castiguen a los malhechores!») están recogidas a los siete años.

En cuanto a la patología infecciosa, además de frecuentes catarros bronquiales, padeció el sarampión y la varicela a los seis años, rubéola a los 10 y viruela a los 11. También sufrió crisis epilépticas a lo largo de su vida que se exacerbaron al final de su vida: «Sentía a veces unas congojas que terminaban en desmayos. Aquellos desmayos se hicieron cada vez más largos y frecuentes. Alrededor de los treinta y siete años, sus desmayos son tan largos que duran a veces más de dos horas y se acompañan de unas sacudidas bruscas de los brazos y de las piernas y de unos movimientos de los ojos y de la boca hacia un mismo lado.»

Condicionado por su glotonería y la mala masticación por su prognatismo familiar, que con la edad se hacía más patente, el monarca sufrió a lo largo de su vida frecuentes diarreas, vómitos y malas digestiones, que se trataban con purgas, sangrías y dietas.

A los ocho años su lectura era silábica y su grafía insegura y vacilante. Era considerado un niño bondadoso, con repentinos accesos violentos, que desembocaban en lágrimas y arrepentimiento. A los 14 años no había conseguido aprender latín, francés, italiano ni catalán, lenguas todas obligadas para su condición de príncipe heredero.

Desde los 17 años hasta su muerte, el 1 de noviembre de 1700, a punto de cumplir los 39 años, los documentos siguen refiriendo su dependencia de los demás, la facilidad con que podía ser influenciado, sus dificultades de atención, caprichos, apetito exagerado, con actitud compulsiva frente a la comida, así como la intensificación de sus rasgos faciales.

Carlos II se casó el 18 de noviembre de 1679 con María Luisa de Orleáns. Al año todavía no se había consumado el matrimonio. Los médicos hablaban de «eyaculación precocísima». Se dice que el embajador de Francia, a través de la lavandería de palacio, logró unos calzoncillos del rey para que dos médicos determinaran si Carlos II era estéril. Cada uno de ellos llegó a una conclusión opuesta: para un facultativo era estéril y para el otro no. La reina María Luisa murió en 1689 y el rey volvió a casarse en 1690, esta vez con Mariana de Neoburgo, quien tampoco le dio descendencia, a pesar de que el dato que más había pesado para elegirla había sido la fecundidad de sus padres, los electores de Sajonia, quienes habían tenido 23 hijos.

La enfermedad terminal de Carlos II no resultó nada agradable. En marzo de 1698, el marqués d'Harcourt escribe a Luis XIV: «Es tan grande su debilidad que no puede permanecer más de una o dos horas fuera de la cama. [...] Cuando sube o baja de la carroza siempre hay que ayudarle.» Y señala el edema de pies, piernas, abdomen y cara y en ocasiones «hasta la lengua, de tal forma que no puede hablar». Probablemente fuese debido a una nefropatía secundaria a hidronefrosis por litiasis renal, como se vio en la autopsia. Además, se sabe que presentó hematuria en varias ocasiones.

Según la autopsia practicada a Carlos II, «no tenía el cadáver ni una gota de sangre, el corazón aparece del tamaño de un grano de pimienta; los pulmones corroídos; los intestinos putrefactos y gangrenados; en el riñón tres grandes cálculos, un solo testículo, negro como el carbón, y la cabeza llena de agua».

DIAGNÓSTICOS PROPUESTOS

Entre los diferentes diagnósticos que la Historia de la Medicina ha hecho de las enfermedades de Carlos II, destaca el de Gregorio Marañón. Para Marañón, el último de los Austrias padecía panhipopituitarismo y progeria.

Pedro Gargantilla, médico internista, en un estudio sobre las enfermedades de los Austrias, diagnostica a Carlos II un raquitismo. Para ello se basa «en su abultada cabeza y en que no pudiera caminar con normalidad hasta los 10 años, a pesar de que el heredero de Felipe IV tuvo una lactancia que duró casi cuatro años y contó con 28 nodrizas». A este raquitismo, según Gargantilla, se suma el padecimiento de un síndrome de Klinefelter.

Alonso Fernández, además de dar los diagnósticos de raquitismo y de síndrome de Klinefelter, añade el de paludismo, que contrajo a los 35 años y que los médicos de la época ya trataban con quina.

SÍNDROME X FRÁGIL

Los diferentes estudios dedicados a la psicopatología de Carlos II han propuesto diagnósticos en los que o bien han primado aspectos de patología general o bien el interés ha estado más centrado sobre su condición de discapacitado mental. Todos coinciden, sin embargo, en su condición de hechizado, entendiendo por tal su melancolía y su incapacidad de procrear, pues ambas condiciones eran consideradas en aquella época como de causa diabólica.

No ha sido efectuado el esfuerzo de englobar su semiología bajo una entidad común. Probablemente si su falta de herederos directos no hubiese tenido como consecuencia el cambio de dinastía, el desmenuzamiento de la clínica que presentó a lo largo de su vida no hubiese sido tan exhaustivo.

Los historiadores lo tratan de modo cruel, incluidos los historiadores de la medicina, considerando su falta de voluntad, carácter influenciable y falta de instrucción como un defecto personal y culpan a su madre, la reina Mariana, de haber agravado esta disposición con una pésima educación, todo ello en el contexto de la tremenda carga de consanguinidad que la política de matrimonios de la Casa de Austria mantuvo durante generaciones. Ya se han visto los diagnósticos propuestos. Sin embargo, la lectura de las descripciones de las situaciones cotidianas a partir de los textos de embajadores, miembros de la corte y médicos de cámara, nos revela una semiología neurológica que está presente ya desde su primera infancia y unos rasgos de conducta que en la actualidad y bajo el prisma de la neurología pediátrica, intentaríamos incluir dentro de un fenotipo conductual.

Sus rasgos faciales han sido atribuidos por los historiadores a una exageración del prognatismo de los Habsburgo. Ahora bien, la observación de los retratos efectuados a diferentes edades (SEBASTIÁN HERRERA BARNUEVO, Retrato de Carlos II niño, Fundación Lázaro Galdiano, Madrid; CLAUDIO COELLO, Carlos II, Museu Nacional d'Art de Catalunya, Barcelona; JUAN CARREÑO DE MIRANDA, Carlos II a los 10 años, 1671, Museo de Bellas Artes de Asturias, Oviedo; CLAUDIO COELLO, El rey Carlos II, 1675-80, Museo del Prado, Madrid; JUAN CARREÑO DE MIRANDA, Carlos II como Gran Maestre del Toisón de Oro, Colección Harrach, Rohrau; LUCA GIORDANO, Carlos II a caballo, 1693, Museo del Prado, Madrid) nos muestra la evolución desde un niño en el que lo único que llama la atención es la impresión de macrocefalia, a un adolescente en el que ya empieza a ser manifiesta una facies peculiar cuyos rasgos van a intensificarse en la edad adulta.

Fiebres y hematuria fueron patologías recurrentes en Carlos II a lo largo de toda su vida; estos datos junto a los derivados de su autopsia han sido los que han guiado los diferentes diagnósticos propuestos y los rasgos cognitivo-conductuales han sido interpretados como mala educación.

Es difícil aceptar que la reina Mariana, consciente de los déficits de su hijo hasta el punto de conseguir que se retrasase la edad a la que asumió la corona, de las presiones para arrebatarle la misma ya desde su primera infancia y luchadora hasta el fin de sus días para la continuidad dinástica en el trono de España, descuidase hasta tal punto la formación de quien tendría que asumir tales responsabilidades.

Una patología genética con fenotipo físico y cognitivo-conductual no ha sido contemplada. La investigación histórico-médica de este monarca debería partir de la revisión de su árbol genealógico, analizando la semiología del resto de sus familiares. Las posibilidades diagnósticas del último Austria, están lejos de haber sido agotadas.

La patología que pudo padecer el rey Carlos II era un síndrome X frágil. El síndrome X frágil fue descrito por primera vez en 1943 por Martin y Bell. Posee unas características clínicas definidas por un fenotipo físico y un fenotipo conductual, a los que se asocian otras manifestaciones orgánicas. Producido por la mutación de un gen del cromosoma X, es la causa más frecuente de retraso mental hereditario. Las manifestaciones clínicas más graves del síndrome son retraso mental y espectro autista, pero son numerosos los trastornos neuropsicológicos que van a formar parte del fenotipo cognitivo-conductual de los afectados, así como múltiples las manifestaciones clínicas que van a presentar.

De la observación de los diferentes retratos de Carlos II, se percibe de inmediato una facies característica rápidamente identificable. Estos rasgos faciales son especialmente claros en el cuadro citado de Claudio Coello que se encuentra en el Museo del Prado. Pero además, de la descripción del cuadro clínico de este síndrome que seguidamente se hace, se desprende que muchas de las características clínicas se encontraban presentes en Carlos II. En un intento de recalcarlas y para clarificar más la lectura, se destacan en negrita las que han aparecido en las descripciones de los informes médicos que se hicieron en la época.

La manifestación más grave del síndrome X frágil es el retraso mental, pero son numerosos los sistemas implicados y, por tanto, múltiple la sintomatología clínica. El fenotipo físico incluye cara alargada, mentón y orejas prominentes y macrocefalia. También se describe frente prominente, fisuras parpebrales estrechas, epicanto, estrabismo, paladar ojival, maloclusión dental y pliegue palmar único, así como piel fina y suave. Como alteraciones otorrinolaringológicas son características las otitis medias de repetición y los catarros frecuentes, y entre las oftalmológicas, miopía y astigmatismo.

La laxitud e hiperextensibilidad articular, los pies planos-valgos y la hipotonía son manifestaciones frecuentes que suelen derivar en problemas ortopédicos. Entre los trastornos cardíacos destaca la dilatación aórtica y el prolapso de la válvula mitral. Aparecen frecuentes alteraciones endocrinológicas, por disfunción del hipotálamo y la hipófisis, como aceleración de peso y talla, obesidad e hiperfagia.

Las manifestaciones neurológicas son múltiples, pero hay diferentes grados de penetrancia en

función del estado de la mutación. El retraso mental es, con el autismo, la manifestación más dramática del síndrome. Lo presentan todos los varones y el 70% de las mujeres con la mutación completa. Pero también se han descrito otros trastornos neuropsicológicos, como rendimientos bajos en cálculo, lectura y escritura, ansiedad social, inestabilidad emocional, atrofia cerebelosa, temblor y trastornos de la memoria.

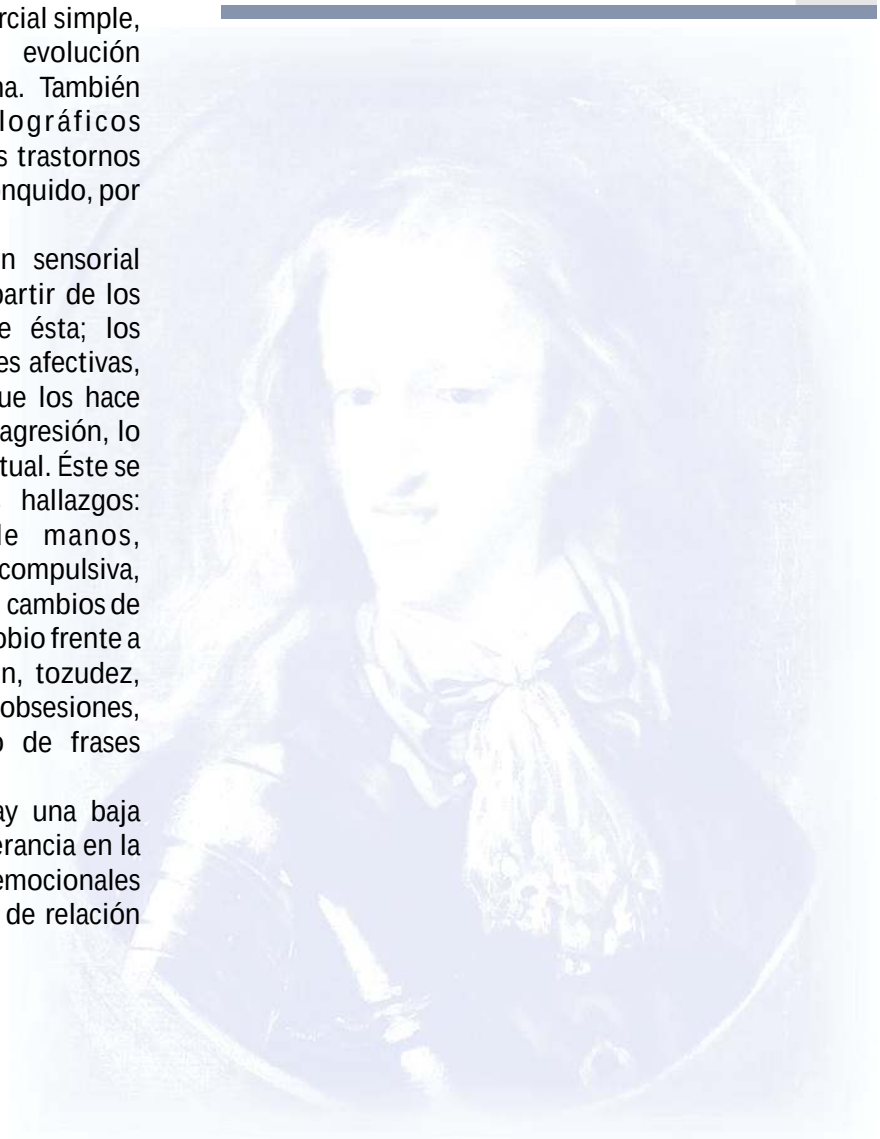
Los dos signos clínicos más precoces son el retraso en la adquisición de la marcha y del lenguaje. Los trastornos del lenguaje afectan a todos sus componentes (fonología, sintaxis, semántica pragmática y aspectos comprensivos). Suele ser un lenguaje repetitivo, perseverante, tangencial, con verborrea y en el que no se respetan los turnos de conversación. Además presentan dificultad para elaborar relatos complejos. Se han descrito alteraciones en la actividad eléctrica cerebral en niños con síndrome X frágil, y una mayor tendencia a padecer crisis. Éstas son de semiología parcial simple, parcial compleja y generalizada, con evolución semejante a la de una epilepsia benigna. También aparecen trazados electroencefalográficos epileptiformes sin crisis clínicas. Entre los trastornos del sueño se ha descrito el insomnio y el ronquido, por hipotonía de la musculatura bucofaríngea.

Los trastornos de la integración sensorial conllevan una incorrecta información a partir de los sentidos y una mala interpretación de ésta; los estímulos sensoriales y las manifestaciones afectivas, pueden percibirse con una intensidad que los hace desagradables, e interpretarse como una agresión, lo que estaría en la base del fenotipo conductual. Éste se encuentra definido por los siguientes hallazgos: problemas de atención, aleteo de manos, hiperactividad, conducta caprichosa y compulsiva, sentimiento de agobio frente a la multitud, cambios de estado de ánimo inmotivados, timidez, agobio frente a ruidos, ansiedad social, pobre interacción, tozudez, estereotipias de mordedura de manos, obsesiones, mutismo, pobre contacto visual y uso de frases estereotipadas.

Entre los trastornos de la conducta, hay una baja autoestima, con timidez extrema, perseverancia en la apreciación de los problemas, reacciones emocionales desmesuradas ante problemas, dificultad de relación con el entorno y conducta de evitación.

BIBLIOGRAFÍA

1. CONTRERAS J. Carlos II el Hechizado. Ediciones Temas de Hoy, Madrid, 2003.
2. FERRANDO LUCAS MT, BANÚS GÓMEZ P, LÓPEZ PÉREZ G. Aspectos cognitivos y del lenguaje en niños con síndrome X frágil. Rev Neurol 2003; 36 (Supl 1): S137-S142.
3. GARGANTILLA P. Enfermedades de los reyes de España. Los Austrias: de la locura de Juana a la impotencia de Carlos II el Hechizado. La Esfera de los Libros, Madrid, 2005.
4. HAGERMAN R. Fragile X Sindrome. Molecular and clinical insights and treatment issues. West J Med 1997 Feb; 166: 129-137.
5. LÓPEZ ALONSO A. Carlos II, el hechizado. Ediciones Irreverentes, Madrid, 2003.
6. MARTIN JP, BELL J. A pedigree of mental defect showing sex linkage. J Neurol Psychiatry 1943; 6: 154-157.
7. O'BRIEN G. Behavioural phenotypes. J R Soc Med 2000; 93: 618-620.



EN COLABORACIÓN CON ...

LA SOCIEDAD DE FARMACIA COMUNITARIA DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

La Sociedad de Farmacia Comunitaria de la Comunidad Valenciana (SFaC-CV) es una sociedad científica de ámbito autonómico cuyo objetivo es desarrollar la labor profesional del farmacéutico encaminándola hacia lo que desde hace unos años se conoce como Atención Farmacéutica en el ámbito asistencial de la farmacia comunitaria.

Nuestra sociedad fue fundada en septiembre de 2001 y contamos con 140 socios de las tres provincias de la Comunidad Valenciana. Desde su creación ha realizado 4 simposiums monográficos sobre temas de actualidad y recientemente ha iniciado la divulgación y formación de sus socios a través de la publicación de la revista Farmacéuticos Comunitarios. Ha desarrollado y participado en numerosos proyectos dentro de este ámbito en colaboración con la administración sanitaria, los colegios de farmacéuticos y algunas sociedades científicas.

En noviembre de 2005 organizó el IV Congreso Nacional de Atención Farmacéutica celebrado en el Palacio de Congresos de Valencia.

La Atención farmacéutica es la participación activa del farmacéutico en la mejora de la calidad de vida del paciente mediante la dispensación, indicación farmacéutica y seguimiento farmacoterapéutico. Esta participación implica la cooperación con el médico y otros profesionales sanitarios, así como su intervención en actividades que proporcionen buena salud y prevengan las enfermedades. Uno de los objetivos que se persigue con la atención farmacéutica es la prevención, detección y resolución de problemas relacionados con los medicamentos, ayudando a mejorar el cumplimiento, la efectividad, seguridad y en consecuencia el uso racional de los mismos. Con este fin SFAC-CV ha llevado a cabo las siguientes colaboraciones:

-colaboración con la REAP y en el programa VINTAF de Atención Farmacéutica a Viajeros Internacionales

- colaboración en el Programa YAYO con la "Fundación Valenciana para el Estudio y Tratamiento del Dolor"

- colaboración con la Conselleria de Sanitat a través de sus distintas direcciones generales en los siguientes programas:

1) Dirección General de Farmacia:

-Programa TOD (tratamiento observado directamente en pacientes tuberculosos)

Es un programa cuyo objetivo es conseguir el cumplimiento farmacoterapéutico de los pacientes tuberculosos mediante Tratamiento Observado Directamente y, consecuentemente, conseguir la curación de los pacientes tuberculosos. Es el primer programa TOD del mundo en el que participan farmacéuticos y también es el primer programa de atención farmacéutica aceptado y concertado con la Conselleria de Sanitat por mediación de los Colegios de Farmacéuticos. Es importante resaltar que es la primera vez que, por concierto, la Administración realiza un pago por acto farmacéutico.

-Programa sobre el uso racional de antibióticos de la Comunidad Valenciana

2) Dirección General de Salud Pública

-Campaña "DIA Mundial sin Tabaco" 31/5/2005

-Programa de deshabituación tabáquica desde las farmacias. Este programa se esta realizando actualmente en colaboración con el Colegio de Farmacéuticos de Valencia.

- colaboración con la Sociedad Valenciana de Hipertensión Arterial y Riesgo Vascular en:

---- cursos de formación sobre la toma correcta de la presión arterial

---- criterios de derivación en caso de hipertensión arterial

---- protocolos para el manejo y prevención del ictus

SFAC-CV también colabora en la docencia sobre atención farmacéutica en distintos cursos de formación continuada con los tres colegios provinciales de farmacéuticos, así como con la Universidad Cardenal Herrera-CEU en la preparación del curso de "Especialista Universitario en Atención Farmacéutica".

Desde la SFAC-CV se pretende seguir cooperando con el médico en la mejora de la calidad de vida del paciente, eje de la atención farmacéutica, mediante la dispensación, indicación farmacéutica y seguimiento farmacoterapéutico realizado desde la oficina de farmacia como establecimiento sanitario accesible y próximo a la población.

Para lograr este objetivo, creemos que es necesario dialogar con las sociedades médicas, conocer sus necesidades y de que forma podemos colaborar para optimizar el proceso de uso de los medicamentos en los pacientes. Creemos que la falta de información y el desconocimiento llevan a situaciones y enfrentamientos equivocados y sin fundamento.

Desde nuestra experiencia debería haber una mayor relación entre ambos profesionales de forma que se superasen las barreras actuales, y se consensuaran procedimientos de actuación conjunta, tanto de comunicación como de derivación.

Por último, somos profesionales con un ámbito de actuación geográfico muy claro, la comunidad valenciana, y desde esta óptica es necesario destacar la importancia de colaborar conjuntamente y con la administración sanitaria en el diseño, creación y funcionamiento del sistema sanitario del que formamos parte. Muchas de las medidas que se aplican y de las decisiones que se toman en este sistema afectan tanto a los profesionales sanitarios como a los pacientes, por lo que las sociedades científicas debemos aportar nuestra experiencia y opinión.

PÁGINA DEL RESIDENTE

PRESENTACIÓN DE LA NUEVA VOCALÍA

Sofía Bauer Izquierdo

¡Hola compañeros!

Para empezar, voy a presentarme. Soy Sofía Bauer, la nueva vocal de residentes de la SVMFiC y junto a mis compañeros Juan Ch. López, Carlos Sacristán y Marta Roig queremos daros la bienvenida a esta nueva etapa de vuestra vida.

Ahora soy residente de segundo año. Cuando llegué por primera vez al centro de salud, mi tutor me dejó a solas con un paciente para que le examinara y después le dijera lo que sospechaba que padecía y el tratamiento que le daría. Pasé miedo, como todos lo hemos pasado y seguiremos pasando con casos que no sepamos resolver. Pero cuando me equivoqué (¿quién no falla alguna vez?) me entraron más ganas de aprender de él y de seguir creciendo como médico y como persona. Con esto sólo quiero deciros que aunque al principio se pase mal y uno sienta que en lugar de médico debería haberse hecho celador (con todos mis respetos) esto desaparece en cuanto un paciente te da las gracias con una sonrisa por haberle sido útil.

Como habéis podido observar sólo somos cuatro personas las que formamos la vocalía. Cualquiera de vosotros puede ser miembro de la misma, siempre que tenga ganas de ser útil al resto de residentes.

Para los que no lo sepáis, la vocalía tiene múltiples funciones: además de informaros de todos los temas de actualidad (el estatuto del residente, congresos, legislación…), de intentar resolveros todas vuestras dudas, de comentaros todo lo que decidimos en nuestras reuniones y de organizar el congreso regional de residentes, este año organizamos el congreso nacional de residentes, por lo que cualquier cosa que queráis aportar (sobre todo la gente de Alicante, pues es allí donde se vuelve a celebrar) será muy bien recibida por nuestro equipo.

El contacto con los residentes sigue siendo prioritario, por lo cual podéis seguir contactando con la vocalía a través de su dirección de correo residentes@svmfyc.org o a través de la página de la sociedad svmfyc.org

Por último me gustaría señalar que hemos cambiado este año el formato de las jornadas regionales, unificándolas (si recordáis, el año pasado se hizo una en cada provincia). Y también, dado que las jornadas nacionales son en nuestra comunidad y vamos a estar un poco liadillos para poder ofreceros unos talleres de calidad, se ha decidido cambiar la fecha del regional para octubre.

Os esperamos a todos y todas el 10 de mayo en Alicante, en vuestras Jornadas.

2 AÑOS EN LA VOCALÍA DE RESIDENTES. DESPEDIDA Y PUNTO Y SEGUIDO.

Juan V. Quintana Cerezal
Ex vocal de residentes SVMFiC

Saludos a todos.

Cuesta escribir estas líneas de despedida. No debería ser así pues llevo despidiéndome desde hace varios meses de todas las personas con las que he trabajado. Grupos de trabajo, organizadores de congresos, representantes de diversas instituciones… Con todos ellos, de una u otra forma, es posible que siga colaborando. Pero esta carta quizá sea la más difícil pues está dirigida a mis compañeros residentes, por quienes he trabajado estos años.

Echando la vista atrás, resulta increíble cómo decir sí o no puede cambiar tanto el destino. Dije sí a formar parte del proyecto de esta junta directiva y eso trajo consigo múltiples experiencias. No voy a enumerar ahora todo lo que se ha hecho, y lo que se ha

quedado por hacer, pero sí quiero recordar algunas cosas. Desde la vocalía he tenido oportunidad de conocer a compañeros muy interesantes de todos los rincones de la comunidad, gente trabajadora y dispuesta a hacer de la Medicina de Familia una gran especialidad. También he conocido a compañeros de todas las partes de España gracias a las innumerables reuniones y correos para organizar las jornadas nacionales de residentes.

En estos dos años hemos aumentado el número de residentes socios (aunque menos de lo que yo hubiese querido. Un reto para la nueva vocalía), ha mejorado el contacto con los socios y se ha percibido una ligera mejoría en la participación de los residentes en los actos de la Sociedad.

Si me tengo que quedar con algo de estos años es con la cara de ilusión de dos residentes compañeros de facultad que, en las jornadas nacionales de Alicante, se volvieron a ver después de casi tres años. Sentirse partícipe de ese tipo de experiencias es impagable. Desde aquí, gracias a los compañeros que ayudaron a organizar las jornadas de estos años en Gandía, Castellón, Valencia o Alicante.

Ha habido muchas deficiencias. Confío en vosotros para que las comentéis a la nueva vocalía y puedan arreglarse. Seguro que el nuevo equipo sabrá corregirlas.

Acabo con una idea que he repetido mucho en estos años: Participad. La SVMFiC está para vosotros. Sus talleres, sus congresos, sus publicaciones…La sociedad crece con vosotros. En vuestra mano está hacerla grande.

Disfrutad de vuestra residencia, la mía ha sido inolvidable.

Gracias a todos.

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.

AGENDA

OCTUBRE 2006

Días 11-14:
1er Congreso Regional de Wonca-Región Iberoamericana CIMF
-Lugar: Buenos Aires (Argentina)
-Información:
http://www.woncacimfcongreso2006.com

Días 26-27:
II Curso de Reumatología. Diagnóstico por la imagen de las enfermedades reumáticas
-Lugar: Salón de actos Hospital General Universitario de Valencia.
-Información : http://chguv.san.gva.es

Días 27-28 :
VIII Reunión de la Sociedad Española del Dolor
- Lugar: Ferrol
-Información:
http://www.sedolor.es
Tel: 629894241

Días 26-28:
VI Congreso Nacional de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo
-Lugar: Logroño
-Información:
http://www.congresocnpt2006.com/

NOVIEMBRE 2006

Días 15-18:
XXVI Congreso de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria
-Lugar: Valencia
-Información:
http://www.semfyc.es/valencia2006

Días 2, 3 y 4:
XI Congreso SEMES (sociedad española de medicina de urgencias y emergencias) Comunidad Valenciana 2006
-Lugar: Benidorm
-Información:
http://www.semes-cv.org/

Días 16 y 17:
IV Jornadas Nacionales de los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales en el Ámbito Sanitario
-Lugar: Hospital Universitario 12 de Octubre (Madrid)
-Información: http://www.h12o.es/

Días 17 y 18:
III Simposio Intercongresos de la Asociación Española de Vacunología
-Lugar: Sevilla
-Información: www.mpsp.org

Días: 17 y 18
Jornadas de Médicos y Farmacéuticos de AP
-Lugar: Madrid Hotel Meliá Avda de América (semergen)
-Información www.semergen.es/

AGENDA

Días 16, 17 y 18 :
II Congreso Internacional de la Dieta Atlántica y IV Reunión Internacional de Alimentación y Nutrición en el siglo XXI
-Lugar: Pontevedra Parador de Bayona
-Información: www.semergen.es/

Días 23- 24 :
XIV Jornades de la Societat de Salut Pública de Catalunya i Balears
-Lugar Barcelona
-Información www.scmfic.org/

Días 23-25:
5th Invitational Conference EQUIP
-Lugar: Barcelona
-Información
http://5thinvitationalconference.unicongress.com

MAYO 2007

Días 10-12:
XI Jornadas Nacionales de Residentes semFYC.
-Lugar: Alicante
- Información: www.semfyc.es

Días 30 de mayo y 2 de junio :
XIV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene.
-Lugar: A Coruña
-Información: www.mpsp.org

Días 23 - 26 :
II Jornadas Nacionales de Ictus en Atención PrimariA
-Lugar: Valencia
-Información : www.semergen.es/

JUNIO 2007

Días 1-2:
Jornadas de Actualizacion semFYC-IFN. Avance programa 2006
-Lugar:Valencia .Feria de Muestras
-Información: http://www.semfyc.es

Días 6-9:

XIX CONGRESO NACIONAL SEMES.
-Lugar: Palau Firal i de Congresos TARRAGONA
-Información: http://www.semes-cv.org/

Días 7-9:
56º Congreso de la Asociación Española de Pediatría
-Lugar: Barcelona
-Información: http://www.aeped.es/

MOIXENT Y EL GUERRER

Heliodoro Ibáñez Bargues

¿Cuántas veces hemos oído hablar del *Guerrer de Moixent*? ¿Y de *Les Alcusses*? ¿Nos suenan de algo los *íberos*? ¿Algo demasiado lejano, allá por los años del bachillerato? Todas éstas eran preguntas que me habían venido a la cabeza más de una vez y que al fin decidí resolver de la manera más activa que podía.

Aquella mañana de principios de mayo, a pesar de haber tenido una noche fresca, el sol caía con fuerza y el suave viento de poniente dejaba una vista limpia y clara. Por la carretera circulaban pocos vehículos y unos veinte kilómetros tras pasar Xátiva en dirección a Almansa, encontramos un pequeño pueblo en la ladera norte de la Serra Grossa y a los pies de una antigua torre mora: era Moixent.

Perteneciente a la comarca de La Costera, Moixent era un pueblo tranquilo y abierto, de gentes afables, buen comer y mejor beber. Al primer contacto, sus lugareños nos recomendaron la visita a diversos parajes y monumentos como el Museo Arqueológico Municipal, la *Bastida de les Alcusses*, la Necrópolis del *Corral de Saus*, el Castillo, la Iglesia, el *Bosquet*, la Cueva de Patas, etc. Pero no disponíamos del tiempo suficiente para disfrutar de todo ello, por lo que tuvimos que elegir.

Lo primero que visitamos fue el Museo Histórico-Artístico Municipal, de carácter arqueológico, ubicado en la Capilla de las Santas Reliquias. En él pudimos contemplar bellas vasijas, adornos y cerámicas procedentes de *La Bastida de Les Alcusses*; fragmentos de armas, pondus y fusayolas; restos arquitectónicos de la Necrópolis del *Corral de Saus*; una escultura mitológica procedente de una de las tumbas íberas; y como no, el *Guerrer de Moixent*. Aunque era una reproducción a mayor escala del original, esta estátua de bronce, transformada en símbolo no solo de Moixent, sino de toda la prehistoria valenciana, no nos dejó impasibles, ya que hizo avivar en nosotros un deseo por seguir con nuestra visita y reencontrarnos con aquello que nos habían legado nuestros antepasados.

Seguimos nuestra ruta con la Torre mora o *Torre dels Coloms*, a la que se accedía por una senda en forma de escalera. Se trataba de una torre aislada y altiva, que formaba parte de un antiguo castillo árabe de época almohade, de finales del siglo XII: un monumento emblemático del paisaje mogentino. Su función era dar cobertura defensiva y alerta a su castillo, impidiendo al enemigo acercarse a la villa.

De camino hacia el castillo se encontraba la Iglesia parroquial, de estilo neogótico, en honor a San Pedro Apóstol. Construida entre 1880 y 1889, presentaba un campanario de aguja y un rosetón acristalado en su interior.

Para comer degustamos el gazpacho, un plato típico, que regamos con un excelente vino de la tierra, y de postre probamos els *moixentins*, unos dulces especiales de almendra.

Después de comer y tras informarnos que *La Bastida de les Alcusses* no abría hasta primera hora de la tarde, decidimos ver el *Bosquet*, entorno natural

declarado Bien de Interés Cultural. Desde el pueblo llegamos a él por un angosto y bello barranco. Se trataba de un hermoso lago artificial creado hacia 1770 con el fin de retener las aguas fluviales y de manantial para regar las huertas y hacer trabajar los molinos de la villa. El paraje, poblado de frondosos pinos y encinas centenarias, invitaba a recorrer sus senderos y, por qué no, a darse un refrescante baño.

El día avanzaba y el sol seguía su trayecto por la eclíptica hacia el oeste. Ya entrada la tarde, nos dirigimos hacia la última parada de nuestro viaje: *La Bastida de Les Alcusses*.

Situado a unos ocho kilómetros del núcleo urbano, entre viñedos y masías, este poblado íbero, uno de los más importantes de la Contestaina en el siglo IV a.C., se asentaba en la cumbre de un cerro de la *Serra Grossa*, a poco más de 700 metros sobre el nivel del mar. Este asentamiento había constituido una magnífica fortaleza desde la que se dominaba la *Vall de Montesa*, por donde antaño discurría la célebre Vía Augusta y que comunicaba las tierra mediterráneas con el interior.

El acceso al poblado estaba presidido por una gran explanada seguida de una pista forestal que abocaba a la entrada del mismo. Allí nos recibió el guarda. Aquel moixentí, que había sido pastor unos años antes, conocía el lugar como nadie. Vivía todo lo relacionado con Les Alcusses y había participado en las excavaciones del yacimiento. Se llamaba Vicent.

Lo primero que nos enseñó fue la casa íbera. Se trataba de una reproducción única en la que se daba a conocer el modo de vida de nuestros antepasados pobladores. Tras ello, iniciamos el recorrido bordeando las murallas, o lo que quedaba de ellas, por la vertiente norte. Eran los restos de una doble muralla que había llegado a alcanzar los cinco o seis metros de altura y que cercaba la urbe. A ésta se accedia por cuatro puertas diferentes controladas por grandes torreones, hoy casi derruidos. Ya en el interior, nos explicó que el poblado había sido habitado por unos mil habitantes, en un recinto amurallado de tres hectáreas y media, de las seis totales que tenía La Bastida.

Vicent nos informó que las ruinas de Les Alcusses fueron descubiertas en 1909 por Luis Tortosa, e inmediatamente se iniciaron las excavaciones. Entre 1928 y 1931 se llevaron a cabo cuatro campañas y se puso al descubierto unos doscientos cincuenta recintos murados que eran tan solo una cuarta parte del total del poblado. Ese mismo 3 de junio de 1931, La Bastida de les Alcusses fue declarado Monumento Nacional. Más tarde, en los años 90, se retomaron los trabajos de recuperación y se identificaron nuevos conjuntos de edificaciones de posible funcion sacra o palacial.

Continuó explicándonos que en las excavaciones se obtuvieron numerosos objetos de cerámica, vasos griegos, herramientas, armas, y joyas. Pero que de todos estos restos arqueológicos destacaba una pequeña estatua de bronce, de poco más de siete centímetros de altura: el Guerrer de Moixent. La figura, descubierta en 1931 por Vicente Espí, representaba a un guerrero ibérico montado a caballo y armado con un escudo y una falcata, que era la espada utilizada por nuestros antepasados, y llevaba la cabeza cubierta con un casco, con una gran cimera. Vicent nos dijo que el original estaba expuesto en el Museo Arqueológico de Valencia.

El tiempo iba pasando sin darnos cuenta y nosotros seguíamos embelesados escuchando las historias del guía, que nos transportaban dos mil cuatrocientos años atrás, caminando por aquellas calles, plazoletas, hornos, casas, algibes y otras construcciones de la época.

Se hacía tarde y finalmente abandonamos el poblado cruzando los restos de los dos torreones que flanqueaban la entrada principal. Allí, en la explanada, nos despedimos del guía.

El sol, que ya triste nos dejaba, lanzaba sus últimos rayos entre los pinos de Les Alcusses, creando una cálida atmósfera que parecía ambientada varios siglos atrás. La Torre, el Guerrer, el Bosquet, La Bastida, etc. El viaje había valido la pena: nos había hecho disfrutar, recordar a nuestros antepasados y había respondido todas aquellas preguntas con la que iniciamos el camino.

NUEVO DICCIONARIO TERMINOLÓGICO DE LA CIENCIAS MÉDICAS

(basado en hechos reales)

H.I.B

Tras los meses de paro estival en la revista, retomamos esta sección gracias a nuestros pacientes, que parecen haber venido cargados con nuevas expresiones y vocabulario "paramédico".

1. Percutir: vocablo de uso común para definir situaciones que ocurren como consecuencia de alguna otra. En la consulta: "Tengo el tabique nasal desviado, pero nunca me ha percutido". Sinónimo: Repercutir.

2. Acudió un paciente a urgencias de traumatología tras una caída con contusión en el brazo izquierdo. Tras las exploraciones pertinentes, el médico empieza a explicarle al señor: "mire caballero, se observa una fractura en la parte superior del brazo". A lo que el paciente responde: "No sabe usted el peso que me quita de encima: me pensaba que me lo había roto".

3. En la consulta de atención primaria, un paciente diabético acude a por recetas. Allí extiende un papel a su médico en el que se lee: CINTAS RADIOACTIVAS DEL AZÚCAR. Vaya, sobran las palabras. Sinónimo: Tiras reactivas.

4. En urgencias del centro de salud una señora mayor acude tras haber sufrido una caída. El médico de guardia, dentro de su anamnesis, le pregunta: ¿Está usted operada de alguna cosa? A lo que la paciente contesta: "sí, hace 2 años, de una APOTEOSIS DE CADERA". Vamos, que sería una operación de lo más espectacular, ¿no?. Sinónimo: Prótesis de cadera.

5. Estando un día en la consulta, acude una paciente de las que tiene mucho "amor" por su médico. Entonces comenta:

- Mire, he venido a propósito desde la playa para que me haga las recetas. Y además, porque quiero hacerle unas preguntas: "¿Pasear por la playa es malo para la tensión?"
- No, mujer –responde el médico-. Está muy bien que pasee.
- Doctor, ¿y bañarse? Es que me dijo mi amiga que como el agua de la playa tiene tanta sal era malo para la tensión.

El médico, sin saber muy bien que responder le contestó con cierta ironía:

- ¿Qué usted bucea?

VADEMECUM

Colocatil: se trata del nuevo analgésico a base de paracetamol que lo cura todo y quita todos los dolores. A saber que excipientes llevará este nuevo fármaco. Sinónimo: Gelocatil.

Frigman: La nueva heparina de bajo peso molecular con nombre propio. ¿Será el de su descubridor o el de su actor de cine preferido? Sinónimo: Fragmin.

Pictolín: beta-2 de acción corta muy usado por broncópatas. En la consulta de urgencias se escuchó lo siguiente: "Me he tomado el pictolín y he comenzado con palpitaciones". Lo que no llegamos a saber fue si el pictolín era de menta o era de eucalipto. Una lástima. Sinónimo: Ventolín.

Tractoret: Antiarrítmico de clase III compuesto por amiodarona y quien sabe si también por restos de algún apero de labranza. Vamos, de la terreta. Sobran más comentarios. Sinónimo: Trangorex.

Trinkamazin: medicamento de nueva generación, suponemos que con acción relajante por el nombre del que procede: "trincar". Lo que aún no se ha establecido es su posología. ¿Cuántas veces habrá que tomarlo? Sinónimo: Trankimazin.

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 .

ACTUALIZA TUS DATOS EN LA SVMFiC

Todos los socios deben recibir la revista Atención Primaria de forma quincenal, se envían correos electrónicos de las tareas que realiza la Sociedad y comunicados importantes e interesantes con mucha frecuencia…
Si no recibes estas actuaciones es porque no tenemos tus datos correctos.

ACTUALIZA TUS DATOS HOY MISMO

Entra en la web www.svmfyc.org, envía un correo electrónico a svmfyc@svmfyc.org, llama por teléfono al 963392756 o envía un fax al 963619460

NO TE QUEDES SIN LOS SERVICIOS QUE TE OFRECE LA SVMFiC/semFYC

XXVI
Congreso de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria
Valencia, del 15 al 18 de noviembre de 2006
Sede: Feria de Valencia
Entidades organizadoras
semFYC
Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria
Societat Valenciana de Medicina Familiar i Comunitaria
Secretaría técnica: semFYC congresos
Carrer del Pi, 11, 2º Pl., Of. 13 - 08002 Barcelona
Tel. 93 317 21 29 - Fax 93 318 69 02
Fijamos rumbo al futuro