Publicación oficial de la Societat Valenciana de Medicina Familiar i Comunitària

# Revista Valenciana de Medicina de Familia

ISSN: 1988-0545

REVISTA N 25
OTOÑO 2007

4 EDITORIAL

6 NUESTRO TRABAJO DÍA A DÍA
Propuesta de frecuencia de visitas de seguimiento de pacientes con riesgo cardio-vascular

8 GACETA

10 EL TRABAJO DE LOS GRUPOS
Grupo de gestión clínica. Propuesta de regulación de la figura del Jefe del Equipo de Atencion Primaria

15 PRÁCTICA CLÍNICA
Hierbas medicinales y medicamentos...

24 EN COLABORACIÓN CON...
La Unidad de Neumología del Hospital General de Requena:
El síndrome de apneas-hipopneas durante el sueño en Atención Primaria

26 RAZONANDO CON LOS MEDICAMENTOS
Qué es una reacción adversa a medicamento

32 AGENDA

33 NO TODO ES CIENCIA
Albucasis. Un cirujano de renombre
Diario del Mar Menor
Nuevo diccionario terminológico de las ciencias médicas

46 NORMAS DE PUBLICACIÓN

http://www.svmfyc.org

svmfyc@svmfyc.org

# Revista Valenciana de Medicina de Familia

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.
correo: 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 Alicante:**
Mª Carmen Ribera Montes
**Vocal de Castellón:**
Mª Carmen Gallego García
**Vocal de Valencia:**
Carlos Fluixá Carrascosa
**Vocal de Pregrado:**
Pilar Roca Navarro
**Vocal de Residentes:**
Mª Carmen Galindo Martí
**Vocal de Grupos de Trabajo:**
Inés Montiel Higuero
Pilar Valencia Valencia
**Vocal de Docencia:**
Carmen Fernández Casalderrey
**Vocal de Investigación:**
Vicente Gil Guillén
**Vocal de Comunicación 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
MªCarmen Martínez León
Vicente Pascual Martorell Adsuara
Enrique Mascarós Balaguer
Oscar Pérez Quintana
Juan Vicente Quintana Cerezal
Cecilia Ruiz Jiménez



Societat Valenciana de Medicina Familiar i Comunitària.
ISSN 1988-0545


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.

# SUMARIO

REVISTA N 25
OTOÑO 2007

4 EDITORIAL

6 NUESTRO TRABAJO DÍA A DÍA
Propuesta de frecuencia de visitas de seguimiento de pacientes con riesgo cardio-vascular

8 GACETA

10 EL TRABAJO DE LOS GRUPOS
Grupo de gestión clínica. Propuesta de regulación de la figura del Jefe del Equipo de Atencion Primaria

15 PRÁCTICA CLÍNICA
Hierbas medicinales y medicamentos...

24 EN COLABORACIÓN CON...
La Unidad de Neumología del Hospital General de Requena:
El síndrome de apneas-hipopneas durante el sueño en Atención Primaria

26 RAZONANDO CON LOS MEDICAMENTOS
Qué es una reacción adversa a medicamento

32 AGENDA

33 NO TODO ES CIENCIA
Albucasis. Un cirujano de renombre
Diario del Mar Menor
Nuevo diccionario terminológico de las ciencias médicas

46 NORMAS DE PUBLICACIÓN

Volver al índice

Domingo Orozco Beltrán
Presidente de la SVMFiC

Que la Atención Primaria es la gran olvidada por el sistema sanitario actual es una evidencia que cualquier observador imparcial puede confirmar. El barómetro de dicha evidencia se sustenta en los recursos económicos que el presupuesto sanitario destina a ese ámbito. Actualmente ronda en nuestro país el 15% del total, cuando en otros países de nivel económico similar e incluso inferior se destina entre 3l, 20 y 25%. Vivimos por tanto en un modelo hospitalocentrista, centrado en la atención a las patologías agudas con muchas reticencias y barreras para ser cambiado. Es un modelo basado en la enfermedad y no en la prevención, poco centrado en el paciente y sus prioridades y como consecuencia de todo ello muy poco eficiente. Existen múltiples publicaciones sobre el beneficio de la potenciación de los cuidados centrado en la AP y su eficiencia evitando ingresos hospitalarios y disminuyendo costes. Y es que son las enfermedades crónicas las que ya determinan la demanda sanitaria y los sistemas sanitarios deben reorientarse en ese sentido. Es en estas patologías (hipertensión arterial, insuficiencia cardiaca, hipercolesterolemia, diabetes, bronquitis crónica ) donde la eficiencia de las intervenciones en AP es mayor. Cuando un paciente precisa atención hospitalaria, se está fracasando en la prevención de las complicaciones, pero es que además los costes se multiplican por 10.

El gran reto del siglo XXI será, es, mejorar la gestión de las enfermedades crónicas. Y los expertos concuerdan en que la mejor y más eficiente solución es potenciar la AP. Pero una cosa predicar y otra muy diferente dar trigo. A nuestros políticos se les llena la boca con la excelencia de la AP, la puerta de entrada del sistema sanitario, el lugar que mas usuarios identifican con la imagen del sistema, al ser el más visitado. Pero las palabras no se traducen en recursos suficientes para responder con dignidad y profesionalidad a los cambios demográficos, sociales y económicos que se vienen produciendo.

La CV ha pasado en 10 años (1997-2007) de 4 a cerca de 5 millones de habitantes censados. Un incremento de 1 millón de personas en 10 años. Por otro lado nuestra Comunidad es tradicionalmente importadora de pacientes dadas sus características climatologicas y económicas. Sin embargo no somos una Comunidad importadora de médicos. Las condiciones laborales y profesionales no atraen a los médicos de otras CCAA. Los

números no salen. Al contrario, comunidades como Madrid, Murcia, están "fidelizando" a sus profesionales convocando amplias ofertas de plazas.

Todo ello ha hecho que el otoño pasado en el conjunto del Estado y especialmente en la CV se iniciaron movilizaciones para resaltar la gravedad de la situación. A nivel estatal se redactó un documento consensuado por múltiples instituciones y coordinado por semFYC, el documento APXXI de estrategias de mejora, que no obtuvo desgraciadamente el apoyo económico del Consejo Interterritorial, pero sirvió de guía para los acuerdos autonómicos. La SVMFiC, en un hecho sin precedentes en nuestra historia de mas de 20 años, respaldó en dos ocasiones las convocatorias, la primera de ellas con un sindicato de Castilla León y la PT10 y la segunda con apoyo añadido de CEMS y CCOO. El resultado fue la firma de un acuerdo a un año, discutido por insuficiente, pero en comparación con los firmados en otras CCAA, realista y realizable. Cabe recordar que en algunas CCAA no hubo movilizaciones ni acuerdos. En esta lucha, diversos compañeros desde diferentes ámbitos han intentado aportar su "granito de arena". En el ámbito sindical, en el político, desde plataforma 10 minutos o en los Colegios Profesionales. Queremos agradecer a todos su esfuerzo y recordar que necesitamos gente comprometida en todas las instituciones para conseguir que la mirada del sistema sanitario deje de focalizarse de forma tan desproporcionada en el Hospital.

Pero en ocasiones damos más importancia a la parte que al todo, a las diferencias que a las convergencias. Es más lo que nos une que lo que nos separa. Nuestra especialidad, MFyC, tiene además la peculiaridad de entrega absoluta al sistema público y son pocos los profesionales dedicados al ámbito privado.

Por ello pedimos compromiso desde las diferentes Instituciones que puedan producir el cambio; animar a los socios a participar activamente y asumiendo responsabilidades en el ámbito sindical, político, profesional, pero sin olvidar que nuestra razón de ser, nuestro objetivo es dar vida a la medicina de familia, dar vida a la atención primaria.

Y Juntos podemos.

Volver al índice

# PROPUESTA DE FRECUENCIA DE VISITAS DE SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON RIESGO CARDIOVASCULAR

Juan Vte. Quintana Cerezal
Médico de Familia de EAP
CS San Blas. Alicante

Josefina Ocheda
Enfermera de EAP
CS San Blas. Alicante

Por todos es padecido el aumento de la demanda de atención sanitaria. Una de las soluciones parciales a la misma, sin menoscabar la calidad, es la de ordenar y protocolizar los controles de los pacientes con enfermedades crónicas, disminuyendo la frecuencia de sus visitas sin disminuir el control sobre los mismos.

Para conseguir dicho objetivo proponemos una sencilla tabla con los puntos a valorar en las visitas programadas, en base a las recomendaciones del PAPPS y otros grupos de expertos.

Muchos equipos de Atención Primaria manejan esquemas de trabajo similares y otros tendrán un protocolo médicina-enfermería más independiente. Con los recientes cambios en la distribución del personal de los EAP, se presumen unas formas de trabajo muy heterogéneas.

Confiamos en que nuestra propuesta sirva de incentivo para promover actividades similares en pos de una mejor gestión del tiempo de consulta y un mejor estado de salud de los pacientes.

Nuestro programa de seguimiento del paciente crónico engloba a pacientes diabéticos, hipertensos, dislipémicos o, como es habitual, pluripatológicos. Y principalmente está gestionado por el personal de enfermería.

La frecuencia básica de visitas es trimestral. Esta frecuencia está influenciada por la experiencia clínica de los profesionales y por los recursos disponibles en el centro, además de por el riesgo cardiovascular del paciente y sus características personales y sociales.

El número de visitas aumenta si se objetiva mal control en los parámetros a estudio, si han sido necesarios cambios en el tratamiento, si existen complicaciones…Y disminuye si el riesgo cardiovascular es bajo o hay un buen control por parte del paciente.

La solicitud de pruebas complementarias es realizada indistintamente por el médico de familia o la enfermera, siendo la recepción y valoración de las mismas por cuenta del médico. Éste contacta con el paciente, bien telefónica o presencialmente, para comunicar el resultado y actitud a seguir. Evitamos así al menos 2 citas médicas presenciales ( para pedir pruebas y para recibir los resultados ), disminuyendo el tiempo de espera y de toma de decisiones.

También se procura fomentar los autocuidados. Automedida de glucemias en pacientes insulinodependientes y automedida de la presión arterial con esfingoma-

BIBLIOGRAFÍA:

Grupo de Trabajo de Prevención Cardiovascular. Guía de Prevención Cardiovascular en Atención Primaria. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; 2003.

Grupo de Prevención Cardiovascular del PAPPS. Recomendaciones preventivas cardiovasculares en atención primaria. Aten Primaria 2005;36(Supl 2):11-26

M.A. Zapata Sampedro. El paciente hipertenso en la consulta de enfermería. Enfermería global. Noviembre 2006. [acceso 20 de agosto de 2007] Disponible en: http://www.um.es/eglobal/9/09d03.html

Grupo de Trabajo sobre la Obesidad de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición. Madrid. España. Guía de práctica clínica para el manejo del sobrepeso y la obesidad en personas adultas. Endocrinol Nutr 2003;50 (Supl 4):1-38

Volver al índice

nómetros electrónicos de brazo validados. Para ello también hemos elaborado una serie de recomendaciones acerca de cómo utilizarlos y qué modelos son los más indicados y que además se pueden obtener en las farmacias de la zona.

Todo ello para incentivar el control por el propio paciente, promover que adquiera consciencia de la importancia de su estado de salud y tener una visión más real de sus parámetros biológicos, no sólo de sus constantes en la consulta.

**Frecuencias de revisión recomendadas en pacientes con moderado o alto RCV**

| Patología | Inicio | 3meses | 6meses | 9meses | anual | bianual |
|---|---|---|---|---|---|---|
| HTA | Antecedentes familiares y personales<br><br>Tabaquismo.<br><br>Exploración:<br><br>TA, dextro, peso, talla, IMC, perímetro abdominal.<br><br>Analítica*<br><br>ECG<br><br>RCV(tabla SCORE)<br><br>En DM, También fondo de ojo, pies, ITB | TA, peso | TA, peso | TA, peso | Como en el inicio.<br><br>ECG si ECG previo anormal o enfermedad coronaria. | ECG |
| DLP | | | TA, peso<br><br>Analítica | | | |
| DM | | TA, Peso<br><br>Revisión de dextros (ayunas, prepran-dial, 2h postpr.), valoración de hipo-glucemias,<br><br>Pies<br><br>Revisión de puntos de administración de insulina<br><br>Si no hay tto con insulina, la trimestral puede ser semestral | TA, Peso<br><br>Revisión de dextros (ayunas, prepran-dial, 2h postpr.), valoración de hipo-glucemias,<br><br>Pies<br><br>Revisión de puntos de administración de insulina<br><br>Analítica con HbA1c (trimestral si DM1 o DM2 inestable) | TA, Peso<br><br>Revisión de dextros (ayunas, prepran-dial, 2h postpr.), valoración de hipo-glucemias,<br><br>Pies<br><br>Revisión de puntos de administración de insulina<br><br>Si no hay tto con insulina, la trimestral puede ser semestral | | |
| | Valoración del cumplimiento terapéutico, efectos adversos de fármacos, educación sanitaria, dieta y ejercicio | | | | | |
| | *Analítica: Cr, Na, K, glucemia, colesterol total, cHDL, cLDL, triglicéridos, transaminasas, GGT, fosfatasas alcalinas, CPK y hemograma. MDRD-4 e índice alb/creat.en orina al menos en diabéticos. | | | | | |

Aumentar el nº de visitas si:

Se añaden fármacos antiHTA o antiDLP

Se cambia la dosis

Hay complicaciones en la DM (retinopatía, pie diabético… )

oAlta hospitalaria tras enfermedad CV

Mal control: TA>160/100, colesterol>300, dextros>200…

Disminuir el nº de visitas si:

oEnfermedad CV y fumador sin otro FR.

oColesterol<300mg/dl sin RCV alto

Controles adecuados y automedidas

Volver al índice

## 3as JORNADAS DE SÍNDROME METABÓLICO Y DIABETES MELLITUS TIPO 2. VALENCIA, 28 Y 29 DE SEPTIEMBRE DE 2007

En la ciudad de Valencia, los días 28 y 29 de septiembre, se celebraron las 3as Jornadas de Síndrome Metabólico y diabetes mellitus tipo2. Estas jornadas están organizadas por las sociedades valencianas de hipertensión (SVHTA y RV) y de medicina de familia (SVMFiC) y cuentan con el apoyo de la Conselleria de Sanitat.

A este encuentro acudieron alrededor de cien médicos de familia y enfermeros de Atención Primaria de toda la Comunidad Valenciana, los cuales estudiarán los últimos avances científicos en el diagnóstico y tratamiento de la diabetes y el síndrome metabólico. Esta patología engloba criterios de diabetes, obesidad, dislipemia e hipertensión, todas ellas relacionadas con el aumento del riesgo de padecer problemas vasculares a nivel cardiaco y cerebral.

El comité organizador estuvo presidido por el Dr. Jorge Navarro Pérez, vicepresidente de la SVMFiC. El evento constó de diversos talleres y mesas de debate sobre los últimos tratamientos orales de la diabetes, manejo de los diferentes tipos de insulina, control del paciente hipertenso entre otros temas, todos ellos impartidos por expertos en cada una de las materias.

La inauguración corrió a cargo del Dr. Dn. Miguel Catalá Bauset, endocrinólogo y director del plan de diabetes de la Conselleria de Sanitat, y la conferencia de clausura la impartió el Dr. Dn. José Abellán Alemán, médico internista y director de la Cátedra de riesgo vascular de la Universidad Católica de Murcia.

Estas jornadas, que ya cuentan con su tercera edición anual, tienen como objetivo perfeccionar y potenciar el conocimiento y capacidad de resolución del personal sanitario de Atención Primaria, mejorando así el estado de salud de los ciudadanos que acuden a las consultas de los centros de salud.

## VII JORNADAS DE VACUNAS EN ATENCIÓN PRIMARIA. VALENCIA, 18 Y 19 DE OCTUBRE DE 2007

La VIII edición de las Jornadas de Vacunas en Atención Primaria se desarrollaron en Valencia los días 18 y 19 de octubre de 2007.

Estas jornadas son una iniciativa del Grupo de Vacunas de la SVMFIC y del Instituto Valenciano de Vacunas (VIVA), con la colaboración de la Sociedad Valenciana de Pediatría y el apoyo del Centro Superior de Investigación en Salud Pública (CSIP), de la Conselleria de Sanitat.

En los últimos ocho años se desarrolla una estructura en las que se revisan las vacunas de mayor actualidad, el uso de vacunas en situaciones especiales, aquellas vacunas que están en fase de desarrollo muy avanzado, aspectos relacionados con la investigación sobre vacunas en atención primaria y resultados de la investigación realizada en nuestro medio, se trata un tema concreto en profundidad, la epidemiología de las enfermedades prevenibles relacionada con las vacunas disponibles y, finalmente, los impactos en la salud pública de las vacunas y otros aspectos relacionados con el desarrollo de los programas de vacunación o de otras iniciativas asociadas desde el punto de la política sanitaria.

Puede decirse que las jornadas se han convertido en un clásico. En las mismas participan cada año, de forma activa, 300 asistentes que provienen del campo de la medicina de familia, la pediatría, la enfermería, salud pública y la industria farmacéutica.

Este año se han revisado en profundidad las vacunas del papiloma, rotavirus, varicela, herpes zóster y virus respiratorio sincitial. La vacunación en los viajeros e inmigrantes. La experiencia de los pediatras que investigan en vacunas en los centro de salud de la Comunidad Valenciana. Se han presentado resultados de estudios realizados en Atención Primaria en la Comunidad Valenciana sobre gripe y enfermedad cardiovascular, incidencia de tosferina en el adulto, incidencia de herpes zóster y, este último de base hospitalaria, ingresos por rotavirus y serotipos predominantes. Por último, se ha revisado el impacto de los programas de vacunación frente la hepatitis B, veinte años después de la introducción de la vacuna y los nuevos instrumentos disponibles de vigilancia microbiológica en la Comunidad Valenciana.

Volver al índice

GRUPO DE GESTIÓN CLÍNICA

## Propuesta de regulación de la figura del Jefe del Equipo de Atencion Primaria

Documento del grupo de trabajo de Gestión Clínica.

Siguiendo con la dinámica de trabajo acordada por el grupo de gestión en su primer informe y ante la intención de la Consellería de regular la figura del Coordinador de Equipo otorgándole nuevas funciones y capacidad de gestión, se presenta el informe con las recomendaciones que hace el grupo referente a las características que han de definir la figura del coordinador, sus competencias, funciones y sistema de designación.

El modelo de atención primaria tiene su base en el trabajo en equipo de los profesionales sanitarios y no sanitarios que son los encargados de cumplir la misión y visión del Equipo de Atención Primaria ( EAP ) y que han de compartir el logro de objetivos comunes bajo la figura de un responsable: el coordinador del EAP. La necesidad de que exista un último o máximo responsable médico del equipo es compartida por nuestro Grupo de Trabajo de Gestión, considerando que en la actualidad sus atribuciones e instrumentos de los que esta dotado el cargo no han evolucionado de acuerdo con las demandas sanitaria y desarrollo de la atención primaria, quedando actualmente mermada la figura del coordinador, y deteriorada su capacidad de liderazgo.

Esto afecta a la verdadera capacidad de logro de recursos y mejoras para satisfacer las necesidades de la población y de los propios miembros del EAP, por lo que actualmente, la cuestión de su denominación puede tener importancia por su connotación en relación a sus funciones y relevancia social que le atribuyen tanto los propios trabajadores sanitarios como los propios usuarios del sistema y la relación con otros niveles asistenciales.

Aspectos como los cauces establecidos para su nombramiento, la temporalidad del cargo, la disminución de la carga asistencial, el grado de autonomía, funciones y su capacidad de gestión, están totalmente condicionados a criterios que varían según las comunidades autónomas, y dentro de la Comunidad Valenciana entre los distintos departamentos e incluso de unos Centros de Salud a otros con independencia, en la mayoría de los casos, del grado de implicación del propio profesional.

El coordinador, teóricamente, dispone de enormes posibilidades de influencia que podrían aumentar la satisfacción y el rendimiento de los trabajadores y disminuir el estrés laboral. Pero la realidad desmiente estas atribuciones, situando el papel del coordinador en el humilde ras del suelo, influyendo más en el rendimiento del EAP por sus propias habilidades que por el refuerzo que su figura recibe de la Administración. Por otra parte, la “ separación de

Volver al índice

poderes " ( médicos, enfermeros y administrativos ) que se propicia al no establecerse claramente la jerarquía y las dificultades de comunicación que conlleva el trabajo en EAP grandes, dificulta una buena labor de coordinación que garantice una asistencia sanitaria digna que integre actividades de promoción y prevención y donde términos como diagnóstico de salud, participación comunitaria, consejos de salud, medio ambiente, salud laboral, etc. han ido perdiendo vigencia.

Los coordinadores tienen asociadas todas las funciones propias del director de un grupo de trabajo: planificar, dirigir, organizar, delegar, coordinar y evaluar. Concediéndose más importancia por parte del resto de miembros del equipo a las de evaluar, dirigir y organizar. Entre las soluciones aportadas por los expertos para resolver la problemática de los Coordinadores de EAP, figuran las siguientes:

- Modificar el sistema de elección del Coordinador
- Articular formas que permitan adecuar el tiempo dedicado a la gestión, sin detrimento de la actividad asistencial y sin sobrecargar a otros profesionales del EAP
- Suficiente motivación e incentivación
- Potenciar la Comisión Directiva del Centro de Salud
- Mayor capacidad de dirección y decisión, con más competencias y asunción de responsabilidades sobre el resultado final del EAP
- Liderazgo, con estilo participativo y motivante
- Mejorar la formación en gestión económica, organización y manejo de grupos

**Desde el Grupo de Trabajo de Gestión Clínica realizamos la siguiente propuesta:**

**Denominación:**

Se propone como la más adecuada la denominación de Jefe de Servicio de Atención Primaria, no obstante la denominación de Jefe de Zona Básica de Salud, podría definir acertadamente las funciones de esta figura.

**Sistema de acceso:**

El sistema de nombramiento actualmente vigente contempla la selección por parte de la dirección de un médico de entre una terna propuesta por el equipo. No obstante las gerencias, de forma habitual, suele nombrarlos sin propuesta por el equipo vulnerando así la legislación vigente.

El puesto de Jefe de Servicios de Atención Primaria, ha de ser una plaza distinta a las asignadas a cada EAP, que deberían tener además de las plazas actuales de

Volver al índice

facultativos, otra con la categoría jefatura de servicio a la que se accedería por concurso de méritos abierto a cualquier médico con plaza de la Comunidad Valenciana independientemente del departamento al que pertenezca, en el que se valore la trayectoria profesional, experiencia y capacidad en gestión fundamentalmente.

**Duración del cargo:**

Actualmente la duración del cargo no está definida y depende de la combustión del propio coordinador o de las desavenencias que este pueda tener con la dirección.

Proponemos que su nombramiento lleve implícita la renovación del cargo cada 4 años con criterios similares a las jefaturas de servicio de especializada. La evaluación para la renovación se basará en el cumplimiento del porcentaje mínimo pactado de los objetivos del Contrato de Gestión establecidos para su EAP durante el periodo de su mandato, del cumplimiento de los objetivos específicos para el Jefe de Servicio de Atención Primaria y de la valoración recibida al final del periodo tanto por parte de la dirección como por parte del equipo.

**Funciones asistenciales del Jefe de Servicio de Atención Primaria:**

Actualmente la legislación posibilita la liberación de la actividad asistencial del coordinador. La mayoría tienen algún tipo de liberación pero se realiza muchas veces de forma encubierta o a costa de los compañeros que asumen su carga asistencial sin compensaciones de ningún tipo, y siempre según los criterios y preferencias de cada dirección de atención primaria o gerencia.

Se deberán articular formas que permitan adecuar el tiempo dedicado a la gestión, sin detrimento de la actividad asistencial y sin sobrecargar a otros profesionales del EAP. Dependiendo las dimensiones y estructura interna de la o las Zonas Básicas de Salud (ZBS) sobre las que ostente la responsabilidad, pudiendo así tener un carácter mixto de gestor y asistencial o, por el contrario, un único carácter de gestor en situaciones que dependerán de:

- Número de profesionales en el EAP
- Población asignada
- Unidades de apoyo integradas en la ZBS
- Servicios de Atención Continuada
- Prestación de asistencia por segundo nivel asistencial

Esta reducción de carga asistencial oscilará en una horquilla entre 30% de reducción y 75%. Para dicho cálculo se establecerán 3 categorías de Centros de Salud

Volver al índice

según complejidad, números de miembros y los otros factores previamente indicados y reducir el cupo en consecuencia. Nuestra propuesta inicial en razón al número de facultativos es la siguiente:

**Categoría 1**: hasta 5 facultativos: reducción de un 30%.

**Categoría 2**: entre 6-11 facultativos: reducción de un 50%.

**Categoría 3:** 12 o más facultativos: reducción de un 75%.

A la hora de contabilizar facultativos para establecer la categoría del EAP se contabilizarán tanto los médicos de familia como los pediatras de equipo.

**Retribuciones:**

El coordinador, además de ser el superior jerárquico de muchos más profesionales que un jefe de servicio tiene funciones como director de centro que un jefe de servicio nunca tiene *(ejemplo: a ningún jefe de servicio lo llaman a casa porque no funciona el ascensor ni tiene que contratar a un profesional por teléfono un sábado por la tarde)*. Por lo que proponemos una remuneración acorde al grado de responsabilidad para ello se deberá pasar del Nivel 26 al Nivel 28 con sueldo anual superior al de un jefe de servicio (58.990 €/ año para 2007).

El complemento capitativo, al tener previsiblemente una reducción de cupo, se sustituiría por la media del EAP.

**Estructura orgánica del E.A.P: Comisión de Dirección de zona básica**

Dependiendo jerárquicamente del Jefe de Servicio de Atención Primaria, formarían parte de la **Comisión de Dirección de la zona básica**:

- Responsable Docente (grupo A. Nivel 26, como un jefe de sección)
- Responsable de Calidad (grupo A. Nivel 26, como un jefe de sección)
- Responsable de enfermería (grupo B)
- Jefe de grupo de personal no sanitario (grupo D)

Del jefe de servicio de AP dependen jerárquicamente todos los trabajadores del Centro, incluidos los profesionales de las unidades de apoyo (psiquiatra, rehabilitador, etc.…), que al ser asignados al C. de Salud, dependerán por tanto directamente del Jefe de Servicio de Atención Primaria. En el caso de profesionales que compartan su actividad entre Atención Primaria y Servicios Hospitalarios, durante el tiempo que tengan asignada su actividad en Atención Primaria dependerán jerárquicamente del Jefe de Servicio de Atención Primaria. La comisión de dirección, con estos miembros debería existir en todos los EAP con

Volver al índice

BIBLIOGRAFÍA

Buitrago F. La evolución de la figura del coordinador del equipo de atención primaria. Cuadernos de Gestión. 1999;5(4):153-7.

Izquierdo C. Coordinador de Centro de Salud. Pasado, presente y futuro (legislación). Centro de Salud. 2001;8:500-4.

García JM, Arrabal C, Vázquez F, et al. Descripción de la gestión de los directores de centros de salud. Cuadernos de Gestión. 1997; 3 (3):141-6.

Alcaráz F, Otero A, Iglesias F, LA figura del coordinador vista por los profesionales del equipo de atención primaria. Cuadernos de Gestión.1996;2(1):11-8.

Rodríguez MA, Ruiz de Adana R, Illana F, Funciones de los equipos directivos de Atención Primaria del INSALUD de Madrid. Necesidades de formación. MEDIFARM. 2001;11(5):265-274.

Gutierrez F, Carpintero JL, Análisis del procedimiento actual de nombramiento/cese de coordinadores de atención primaria en el área Sanitaria de Toledo y Talavera de la Reina (periodo 1993-1999). Cuadernos de Gestión. 2001;7(1):44-53.

Recio J, Reig A, Coordinadores de Centros de Salud y burnout. ¿Es patogénica la labor directiva?.SEMERGEN. 2003;29(9):459-67.

Menarguez JF, Saturno PJ, Características de liderazgo de los coordinadores de centros de salud en la Comunidad Autónoma de Murcia. Atención Primaria. 1998;22 (10):636-641.

10 o más facultativos de atención primaria (médicos de familia y pediatras), lo que supone al menos 30 trabajadores.

En los Centros de menor tamaño solo compondrían la comisión de dirección dos miembros, el jefe de servicio de AP y un responsable para enfermería y personal no sanitario.

**Ampliación de competencias:**

En concordancia a la dimensión de esta figura con una mayor capacidad de dirección y decisión, se deberán asignar más competencias y asunción de responsabilidades sobre el resultado final del EAP. Para obtener mayores competencias habrá que avanzar en el camino descentralizador del sistema sanitario. La figura del Jefe de Servicio de Atención Primaria, quedaría reforzada si se confirieran responsabilidades en las decisiones: presupuestarias, de personal e inversiones que afectan al Centro de Salud, entre ellas destacamos inicialmente las siguientes:

1. Disponibilidad de efectivo para gastos corrientes hasta una cantidad determinada (vía caja o vía firma).
2. Selección directa de personal para contratos inferiores a un mes o bajas
3. Al igual que ocurre con el resto de especialidades, se deberá solicitar al Jefe se Servicio de Atención Primaria el visto bueno para la contratación de personal en contratos de larga duración al margen de la bolsa.
4. Iniciar expedientes administrativos.

Óscar Pérez Quintana
Heliodoro Ibáñez Bargues
Teresa Benavent Company

Residentes de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria del Departamento de Salud 11 de la Comunidad Valenciana.

Las plantas medicinales siempre han estado a nuestro alrededor. ¿Quién no se ha tomado una manzanilla o un poleo tras una comida pesada?, o ¿quién no ha recurrido a la valeriana antes de un examen? Efectivamente son un recurso más a utilizar que goza del apoyo popular, bien sea por herencia cultural de nuestros antepasados y porque se han usado desde siempre, por ser un recurso natural que no requiere receta médica, o por adquirirse en tiendas naturistas, mercaditos, o grandes almacenes. Las hierbas medicinales son ampliamente utilizadas en nuestro medio, sin que exista conciencia de los efectos adversos que en ocasiones producen. La tabla 1 recoge las hierbas medicinales más frecuentemente consumidas.

En un estudio realizado en 13 centros de salud de la Comunidad Valenciana, por Sanfélix y colaboradores, con 812 pacientes incluidos en una muestra homogénea por grupos de edad y sexo, 159 pacientes

Tabla 1. Hierbas medicinales de uso más corriente

| Nombre científico latín | Castellano | Valenciano |
|---|---|---|
| *Achillea millefolium* | milenrama; aquilea; milhojas; altarreina: artemisa; bastarda; hierba meona | herba de mil fulles; herba de tos; marfull; herba de talls; camamilla vera |
| *Aconitum napellus* | acónito; matalobos; napelo; anapelo; uva verga; uva ursina | acònit; herba tora |
| *Adonis vernalis* | adonis | ull de perdiu |
| *Aesculus hippocastanum* | castaño de Indias | castanyer d'índia |
| *Agrimonia eupatoria* | agrimonia | agrimònia; cerverola |
| *Arctostaphylos uva-ursi* | gayuba | boixerola; barruixes; muixes; farigoler |
| *Berberis vulgaris* | bérbero; agracejo | coralets |
| *Calendula officinalis* | maravilla | llevamà; gojats; boixac; clavellina de mort |
| *Capsella bursa-pastoris* | pan y quesillo; paniquesillo | bosses de pastor; sarronets; sarronets de pastor |
| *Chamaemelum* | manzanilla común | camamil·la; camamilla |
| *Convallaria majalis* | lirio de los valles; convalaria | lliri de maig |
| *Crataegus oxyacantha* | espino inglés | espina anglesa; arç; |
| *Daucus carota* | zanahoria | pastanaga |
| *Glycyrrhiza glabra* | regaliz | regalèssia |
| *Harpagophytum procumbens* | harpagofito; garra del diablo | harpagofit; urpa del diable |
| *Helleborus viridis* Véase *Veratrum viride* | | |
| *Herniaria glabra* | quebrantapiedras; hierba de la orina; hieroba turca | herba del mal de pedra; herba de pedra |
| *Humulus lupulus* | lúpulo | llúpol; esparga; espàrgols |
| *Hypericum perforatum* | hierba de San Juan; pericón; hipericón; hipérico; corazoncillo; cori | herba de Sant Joan; herba de cop; herba foradada; pericó groc |

Volver al índice

Tabla 1. Hierbas medicinales de uso más corriente (continuación)

| Nombre científico latín | Castellano | Valenciano |
|---|---|---|
| *Juniperus communis* | enebro | ginebre; ginebrò |
| *Lactuca serriola; Lactuca virosa* | lechuga silvestre | enciam silvestre; enciam bord |
| *Matricaria chamomilla* Véase *Chamaemelum* | | |
| *Mentha pulegium* | póleo real | poliol d'aigua; herba cuquera |
| *Panax ginseng* | ginseng; ginsén | ginseng |
| *Papaver rhoeas* | amapola | rosella, badabadoc |
| *Papaver somniferum* | adormidera | cascall |
| *Passiflora incarnata* | pasionaria | passionera |
| *Phytolaca americana* | fitolaca | raïm de moro |
| *Rauwolfia serpentina* | rauwolfia | rauwòlfia |
| *Sarothamnus scoparius* | retama negra | ginesta negra |
| *Sassafras albidum* | sasafrás, zazafrás | sassafràs |
| *Senecio spp* (por ej. *S. vulgaris)* | por ej: hierba cana; zuzón; hierba blanca; hierba de Santiago | por ej: apagallums; herba cana; xenixell; morruts; lletsó de foc; herba de Sant Jaume |
| *Solidago virgaurea* | vara de oro | vara d'or |
| *Symphytum officinale* | consuelda | consolda |
| *Tanacetum parthenium* | matricaria | matricària |
| *Taraxacum officinale* | diente de león | lletsó d'ase; lletsó |
| *Tussilago farfara* | tusílago | peu de mula; pota de cavall |
| *Va/eriana officinalis* | hierba de los gatos | valeriana |
| *Veratrum viride* | eléboro | baladre; veratre verd |
| *Viola tricolor* | trinitaria; pensamiento | pensamentera; pensament; trinitària |
| *Viscum album* | muérdago; al muérdago | vise; vesc; herba del vesc |

*Modificada de *"Las hierbas medicinales". Notificación voluntaria de reacciones adversas a medicamentos. Tarjeta amarilla. Institut Català de Farmacologia.Nº13(1987).*

consumían hierbas medicinales y medicamentos simultáneamente. Se vio que la mayoría de ellos (el 65%) las consumían de manera continuada y se comprobó que no se registraba en las historias clínicas de los centros de salud, es decir, que el médico no tenía constancia a la hora de prescribir o de modificar dosis de medicamentos si el paciente consumía hierbas medicinales. En el estudio mencionado, el 96,9% de los pacientes que consumían hierbas medicinales, lo hacían por auto-

Volver al índice

medicación. La principal razón era "por gusto", el 36,7% por problemas estomacales, el 19,5% por nervios/depresión, el 12,8 % por motivos intestinales, y el 10,6% por insomnio. Es decir, que si juntamos los problemas del aparato digestivo y del sistema nervioso, tenemos el 50 % de las causas que llevan a los pacientes a tomar plantas medicinales.

Las hierbas medicinales no son tan inofensivas como parecen. Con frecuencia, la recolección de las plantas la realiza gente inexperta, que puede cometer errores en la identificación de las mismas. Además, puede haber contaminación por metales pesados por pesticidas, o por microorganismos patógenos que podrían dar lugar a intoxicaciones. (el 50% de los consumidores de hierbas medicinales en el estudio de Sanfélix utilizaban plantas a granel). El problema de la estandarización de los principios activos de los preparados de plantas medicinales, en las cantidades de los mismos, o en componentes no declarados, pueden llevar a efectos adversos igual que en los medicamentos. Un ejemplo de la pontencial toxicidad son algunas reacciones adversas graves descritas para algunas hierbas medicinales de amplio consumo como son la necrosis hepática con el poleo (tabla 2), o cuadros de deprivación y hepatotoxicidad grave con valeriana.

Muchas plantas medicinales y especialidades farmacéuticas comparten principios activos. Sirva de ejemplo los laxantes a base de senósidos o las plantas con fitoestrógenos (soja) usados en los sofocos de la menopausia como se utilizan los estrógenos en el tratamiento hormonal sustitutivo. Sin embargo, en un estudio en el Reino Unido, en 515 consumidores de hierbas medicinales, se encontró que el 26% consultaría a su médico si sufre una reacción adversa que se sospeche por un medicamento pero no lo haría si sospechara secundarismo a una hierba medicinal. Esto da una idea de que no se tiene la misma conciencia de peligrosidad de las hierbas medicinales que con las especialidades farmacéuticas.

Las agencias sanitarias de seguridad de los medicamentos y productos sanitarios son las encargadas del control y seguridad de las hierbas medicinales. Por ejemplo, la Agencia Española de Medicamento y Productos Sanitarios retiró el Exolise®, una especialidad farmacéutica a base de té verde que estaba indicada como complemento de las dietas de adelgazamiento y se relacionó con casos de hepatotoxicidad grave en España y en Francia.

Volver al índice

| Tabla 2. Extractos de Hierbas de sospechosa o probada toxicidad | | |
|---|---|---|
| **Hierba** | **Uso** | **Reacciones Adversas** |
| Hierbas que contienen alcaloides pirrolizidínicos | | |
| Tusílago | Tratamiento de la tos | Carcinogénesis hepática |
| Consuelda | Gastritis<br>Úlcera gastroduodenal<br>Heridas, fracturas | Hepatotoxicidad (Enfermedad hepática venooclusiva)<br>Adenoma hepatocelular<br>Hemangiosarcoma<br>Tumores vesicales (en ratas) |
| Hierbas que contienen otras toxinas | | |
| Sasafrás | Flatulencia<br>Fatiga<br>Artritis reumatoide<br>Aromatizante | Intoxicacion narcótica a altas dosis<br>Hepatotoxicidad (en ratas y ratones)<br>Hemorragia hnasal<br>Hepatocarcinogénesis (en ratas y ratones)<br>Diarrea<br>Inhibición de enzimas hepáticas: prolongación de la acción medicamentosa |
| Muérdago | Antihipertensivo<br>Diurético<br>Antiespasmódico | Hepatotoxicidad<br>Gastroenteritis por aminas tóxicas y proteínas |

Al igual que los medicamentos pueden interactuar unos con otros y obtener resultados adversos o pérdida de eficacia, la interacción de hierbas medicinales y medicamentos es un hecho más que contrastado. Se debe tener en cuenta, sobre todo, en los pacientes con tratamiento crónico que requiera especial control en los niveles de fármaco en sangre, como los pacientes con epilepsia, o los que toman inmunodepresores, digoxina, o Sintrom® (tabla 3). Para mejorar la información y disminuir riesgos a personas polimedicadas que consumen habitualmente hierbas medicinales, en la tabla 3 se incluyen las interacciones más conocidas que pueden producir efectos no deseados.

*Volver al índice*

| Tabla 2. Extractos de Hierbas de sospechosa o probada toxicidad (continuación) | | |
|---|---|---|
| **Hierba** | **Uso** | **Reacciones Adversas** |
| Ginseng | Stress<br>Anemia<br>Diabetes<br>Insomnio<br>Impotencia sexual<br>Enfermedad hepática<br>Enfermedad cardiaca<br>Enfermedad renal | Depresión<br>Hipertensión arterias<br>Edema<br>Diarrea<br>Efectos estrogénicos (ginecomastia)<br>Síndrome de abstinencia: excitación, nerviosismo<br>Erupciones en piel |
| Regaliz | Dispepsia | Edema<br>Hipertensión arterial |
| Amigdalina (vit. B17) | Antineoplásico | Envenenamiento por cianuro |
| Aristoloquia | Dermatitis<br>Reumatismo<br>Gota | Carcinogénesis en distintos órganos |
| Poleo real o Hierba de San Juan | Como sedante<br>Como abortivo | Abortivo<br>Hepatotoxicidad<br>Necrosis centrolobulillar hepática (1 caso mortal) |
| Bloqueantes del Almidón | Para disminución de peso | Náuseas, vómitos, diarrea, gastralgia |
| * Modificada de *"Peligros asociados al empleo de plantas medicinales". Boletín Terapéutico Andaluz. 1989. 6(3).* | | |

A pesar de ser un hecho comprobado, existe un gran desconocimiento de las interacciones entre hierbas medicinales y medicamentos. Entre los principales motivos resaltan la poca atención que prestan los médicos al consumo de hierbas medicinales y la falta de comunicación de los pacientes a los médicos por considerarlas seguras. Los mecanismos por los que una hierba medicinal puede interactuar con un medicamento, son los mismos por los que un medicamento puede interactuar con otro. Si bien es cierto, que la mayoría de las veces lo hace al impedir la correcta absorción del mismo, como en el caso de los laxantes, que pueden hacer que no se

Volver al índice

absorba un antibiótico u otro medicamento en las cantidades adecuadas para ser efectivo.

A continuación se describen algunos ejemplos de interacciones entre hierbas medicinales y medicamentos que pueden producir efectos no deseados: algunos laxantes, como la cáscara sagrada (Rhamus prusiana) pueden incrementar la toxicidad por digoxina al disminuir los niveles en sangre de potasio;

Y es que son muchas las interacciones entre medicamentos y hierbas medicinales como para seguir pensando que son completamente inofensivas. Sirva de ejemplo algunas reacciones, que se han descrito, a tener presentes: algunos laxantes, como cáscara sagrada (*Rhamus prusiana*) pueden dar toxicidad por digoxina al producir bajada de los niveles en sangre de potasio;

el hipérico (*Hypericum perforatum*) reduce los niveles de digoxina, mientras que Ginseng siberiano (*Eleutherococcus senticosus*) los aumenta. Se han descrito hemorragias por la toma conjunta de aspirina®, o rofecoxib® con ginkgo (*Ginkgo biloba*), se han descrito un incremento de los casos de tos provocados por IECAS con la administración conjunta de crema de capsaicina (*Capsicum spp*); casos de crisis convulsivas en pacientes que tomaban flufenacina y aceite de onagro (*Oenothera biennis*); la zaragatona (*Plantado psyllium*) puede disminuir los niveles plasmáticos en los pacientes que toman litio con disminución de su eficacia; la insulina y los antidiabéticos orales podrían requerir ajustes con la toma conjunta de efedra (*Ephedra sinnica*) y gingseng (*Panax Gingseng*); el consumo de antiacoagulantes y ajo (*Allium sativum*), angelica (*Angelica sinensis*), boldo (*Peumus boldus*), ginseng (*Panax biloba*), salvia (*Salvia miltiorrhiza*) y jengibre (*Zingiber officinale*) puede potenciar su efecto y producir hemorragias; otros como hipérico (*Hypericum perforatum*) y zaragatona (*Plantado psyllium*) pueden disminuir su efecto; el onagro (*Oenothera biennis*), borraja (*Borago officinalis*) y ginkgo (*Ginkgo biloba*) al disminuir el umbral convulsivo de antiepilépticos puede provocar crisis; algunos anticonceptivos orales pueden perder su eficacia con el consumo de hipérico (*Hypericum perforatum*); el Khat puede interferir con la absorción de la ampiclina y amoxicilina, y el hinojo (*Foeniculum vulgare*) la del ciprofloxacino, disminuyendo su eficacia antiinfecciosa.

Volver al índice

| Tabla 3. Plantas Medicinales – Interacciones Medicamentosas | | | |
|---|---|---|---|
| Planta Medicinal (PM) | Combinación | Interacción | Comentario |
| PM con acción sobre CORAZÓN (que contienen glucósidos cardiacos) | | | |
| Adonís<br>Lirio de los valles (convalaria);<br>Corrigia | Digoxina digitoxina | Potenciación: Intoxicación digitálica | * |
| | Otros medicamentos | Varía, dependiendo de cada medicamento en particular | * |
| PM con acción DIURÉTICA | | | |
| Adonis;<br>Pan y quesillo (paniquesillo);<br>Zanahoria;<br>Hierba de San Juan (pericón corazoncillo);<br>Sasafrás (zazafrás);<br>Trinitaria (pensamiento) | Antihipertensivos | Difícil control de la HTA<br>Episodios de hipotensión | * |
| | Alcaloides digitálicos | Efecto y toxicidad de glucósidos cardiacos es aumentada por la pérdida de K+ asociada con la diuresis | * |
| | Miorrelajantes | Aumento de respuesta a tubocurarina y gallamina si se asocia a deplección de K+ por la acción diurética | * |
| PM con efecto SEDANTE | | | |
| Acónito (matalobos; napelo);<br>Lúpulo;<br>Lechuga silvestre;<br>Adormidera;<br>Pasionaria | Alcohol<br>Antihistamínicos<br>Hipnóticos | Potenciación de efectos sedantes con deterioro de la actuación en el manejo de vehículos o en trabajo con máquinas | ** |
| PM con acción ANTIHIPERTENSIVA | | | |
| Espino inglés;<br>Rauwolfia;<br>Eleboro;<br>Muérdago (almuérdago) | Antihipertensivos<br>Diuréticos | Hipotensión<br>Difícil control de la HTA | * |

*Volver al índice*

Tabla 3. Plantas Medicinales – Interacciones Medicamentosas (continuación)

| Planta Medicinal (PM) | Combinación | Interacción | Comentario |
|---|---|---|---|
| PM que AUMENTAN LA PRESIÓN SANGUÍNEA | | | |
| Regaliz | Regaliz<br><br>Antihipertensivos | Edema<br><br>HTA | *** |
| PM con acción ANTICOAGULANTE | | | |
| Castaño de indias | Otros medicamentos | Potenciación de la acción anticoagulante de las cumarinas | * |
| PM que producen GINECOMASTIA | | | |
| Gingseng (ginsén);<br><br>Rauwolfia | Ginseng o alcaloide rauwolfia con otros medicamentos que causan ginecomastia (metildopa, griseofulvina, espirolactona, alcaloides digitálicos, etionamida, fenotiazina); | Potenciación de efectos | ** |
| PM que producen ALUCINACIONES | | | |
| Lúpulo;<br><br>Pasionaria;<br><br>Alcanfor | Propanolol | Riesgo de alucinaciones | * |

(*) Advertir al paciente que abandone la automedicación.

(**) Advertir al paciente de la interacción.
(***) Los pacientes que reciben tratamiento para la HTA deberán ser advertidos de que no tomen derivados del regaliz.

+ Modificada de *"Peligros asociados al empleo de plantas medicinales". Boletín Terapéutico Andaluz. 1989. 6(3).*

*Volver al índice*

Los ejemplos descritos muestran la necesidad de controlar el consumo de hierbas medicinales y de realizar un uso racional de las mismas. Por ello es importante que lon pacientes comenten a sus médicos si consumen hierbas medicinales y que éstos registren su utilización en la historia clínica, principalmente en aquellos pacientes con tratamientos crónicos.

Las plantas medicinales siempre han estado entre nosotros, pero los conocimientos que tenemos sobre ellas y sus efectos nocivos nos obligan a utilizarlas con responsabilidad.

BIBLIOGRAFÍA

Notificación voluntaria de reacciones adversas a medicamentos. Tarjeta amarilla. Las hierbas medicinales. Institut Català de Farmacologia. Nº13 (1987).

Sanfélix Genoves, J; Palop Larrea, V; Rubio Gomis,E; *et al* Consumo de hierbas medicinales y medicamentos. Aten.Primaria, 2001. 28 (5) 53-56.

Serrano Ruiz, A; Cabrera García, L; Saldaña Valderas, M; *et al.* Riesgos de las plantas medicinales en el uso concominante con medicamentos. Información Terapéutica del SNS. 2003; 27(6). ttp://www.msc.es/farmacia/infmedic

Tres, JC. Interacción entre fármacos y plantas medicinales An. Sist.Navar 2006; 29 (2), 233-252.

Volver al índice

# LA UNIDAD DE NEUMOLOGÍA DEL HOSPITAL GENERAL DE REQUENA

## EL SÍNDROME DE APNEAS-HIPOPNEAS DURANTE EL SUEÑO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Miguel Ángel
Martínez García

Unidad de Neumología
Hospital General de Requena

En los últimos años hemos sido testigos del crecimiento de una enfermedad, el síndrome de apneas-hipopneas durante el sueño (SAHS), que, si bien hasta hace unas décadas no pasaba de ser una anécdota clínica, se ha convertido actualmente en la consulta especializada a Neumología más frecuente en la mayoría de centros. A pesar de este incremento en el número de derivaciones por sospecha de SAHS en los últimos años, una publicación reciente, en la que se recoge la situación actual del diagnóstico y tratamiento del SAHS en España, arroja resultados desalentadores: hasta el 90% de los pacientes con SAHS, algunos graves, sigue sin diagnóstico. Este hecho presenta una relevancia importante dado que ya no cabe duda de que el SAHS, que afecta a un 2-4% de la población general, provoca un incremento en la morbimortalidad tanto a corto (accidentes de tráfico y laborales como consecuencia de la hipersomnia) como a largo plazo (hipertensión arterial y eventos cardiovasculares).

La solución a esta situación probablemente presente un perfil multidimensional. Es necesaria una mayor concienciación de la magnitud del problema por parte de las Autoridades Sanitarias, una mayor infraestructura en las Unidades de Sueño, una mayor información a la población general sobre las consecuencias de esta patología y por último, probablemente también, una mayor formación y reciclaje sobre el SAHS tanto en atención especializada como en atención primaria (AP), si bien es patente el esfuerzo que en los últimos años ha tenido que realizar este colectivo de profesionales para actualizar sus conocimientos sobre una patología "jóven" desde el punto de vista médico pero enormemente importante desde el punto de vista epidemiológico.

Haciéndose eco de esta situación desde la Unidad de Neumología del Hospital General de Requena pusimos en marcha en nuestro Departamento de Salud un programa de formación y reciclaje en SAHS para los profesionales de AP y de información a la población general. El programa consistió en unas charlas de formación, talleres de CPAP, contacto fácil y directo con la Unidad de Sueño, información actualizada sobre el SAHS, resolución de problemas comunes y la implantación de un protocolo de derivación sencillo y funcional que permitiera al médico de AP analizar rápidamente el perfil clínico y de riesgo del paciente con sospecha de SAHS y realizar una derivación del mismo con distintos grados de preferencia. Por otra parte se

Volver al índice

informó a la población general mediante varios cientos de trípticos sobre el SAHS y de la necesidad de acudir al Centro de Salud ante la sospecha de padecer esta patología debido a las consecuencias negativas que podría tener para su salud. Los resultados evaluados a los seis meses de implantado el programa fueron un ejemplo de cómo AP y especializada pueden y deben trabajar conjuntamente como una unidad. Hasta el 80% de los profesionales de AP estuvo interesado en el programa y lo siguió adecuadamente, por lo que se consiguió tanto duplicar el número de pacientes con SAHS grave diagnosticados y tratados como mejorar de una forma clara la calidad de la información aportada por las hojas de derivación. Este hecho redundó sin duda en una mejoría de la calidad asistencial que quedó patente por las felicitaciones que incluso algunos pacientes nos hicieron llegar. Este éxito de cooperación hizo que, dentro de las actividades del año 2006, declarado por SEPAR (Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica) como año del SAHS, se implantara este modelo de programa conjunto en distintas zonas del país a una mayor escala.

El SAHS es sin duda un problema de salud pública y por lo tanto es obligación de todos los estamentos sanitarios hacer frente al mismo y de nosotros, como profesionales de la salud, ya sea en AP como en especializada, poner al día nuestros conocimientos sobre esta enfermedad. Mecanismos de cooperación y formación como el propuesto son, sin duda, un paso adelante en la consecución de este propósito.

Volver al índice

# QUÉ ES UNA REACCIÓN ADVERSA A MEDICAMENTO

**Vicente Palop Larrea[1], Óscar Pérez Quintana[2], Heliodoro Ibáñez Bargues[2], Teresa Benavent Company[2]**

1. Subdirector Asistencial del Depto. de Salud 11
2. Médico de Familia del Depto. de Salud 11.

Esta nueva sección nace ante la necesidad colectiva de profundizar en el uso racional del medicamento y dar una respuesta a la medicalización que se esta realizando de procesos fisiológicos o procesos banales que no necesitan tratamiento farmacológico. Se suma a esta intención la necesidad de dedicar más tiempo a escuchar a los pacientes y esforzarse en promocionar estilos de vida saludables.

La prescripción es un acto médico cargado de responsabilidad. Sin embargo, en ocasiones se convierte en un ejercicio excesivamente reflejo y poco meditado. Persiste el eterno error de creer que los medicamentos son inocuos, seguros al cien por cien, y se prescribe con frecuencia sin pensar si un fármaco determinado es el más adecuado para las características del paciente al que se le atiende o si es realmente es necesario. Es decir se cae en la trampa, de que los medicamentos nacen con el objetivo de tratar enfermedades y no enfermos.

Esta sección no pretende enseñar lo que se supone que ya se sabe, es un punto de encuentro y reflexión para hablar del uso racional del medicamento. Todos los lectores están invitados a participar, refrescando la memoria sobre temas concretos, manteniéndonos al día con nuevas aportaciones, o reflexionando sobre como realizar una prescripción responsable. Por ello, se inicia esta sección abierta a todos, independiente de la industria farmacéutica, con el deseo de que cada día vaya creciendo un poco más el interés por estos temas.

## ¿Qué es una Reacción Adversa a Medicamento (RAM)?

La medicalización de la sociedad ha producido que cada vez más, los pacientes esperen que la visita médica termine con la prescripción de un medicamento. La mayoría de los pacientes que acuden a un centro de salud a consulta tiene la creencia que los mejores médicos son los más prescriptores, cuestionando en ocasiones el buen hacer de algunos médicos si se finaliza la consulta sin mediar una prescripción farmacológica. Realmente, estos pacientes desconocen que la prescripción de un fármaco supone asumir un riesgo de un efecto adverso no deseado y que por tanto su utilización debe estar condicionada por la necesidad de tratar y porque el medicamento presente una relación beneficio/riesgo positiva. No se pueden asumir riesgos que sean más graves que la propia enfermedad a tratar.

Volver al índice

No se pretende con esta reflexión, el abandono de la terapéutica, sino que ésta se haga de manera responsable, valorando el beneficio de dicho acto médico y de forma razonada: llegar a un diagnostico concreto, analizar la necesidad o no de utilizar un tratamiento farmacológico, seleccionar el medicamento de elección en relación al proceso nosológico y a las características del paciente, planificar un objetivo terapéutico (profilaxis, control o curación de un paciente con una enfermedad), informar al paciente, y realizar un seguimiento de los efectos beneficiosos y reacciones adversa que puedan aparecer.

Cualquiera que lea el reciente articulo de TJ Moore y col, en la revista Arch Intern Med (2007;167:1752-9) "Serius adverse drug events reported to the food and drug administration", en el que se comenta el incremento de casos graves de reacciones adversas notificada a la base de datos de la FDA (15.107 notificaciones de muerte en EE.UU, en el año 2005, por problemas relacionados con los medicamentos), podría pensar que se esta perdiendo el sentido original por el que nace un medicamento, que es curar. Los beneficios que los medicamentos han aportado a la humanidad son indiscutibles; la medicalización de la sociedad, la falta de conocimiento de las reacciones adversas a medicamentos (RAM) más frecuentes y de los pacientes más susceptibles de padecerlas y el uso irresponsable de medicamentos hace que esos beneficios se cuestionen. Es cierto que las RAM están en relación con la propia actividad de las moléculas que componen los medicamentos o con la susceptibilidad particular de algunos individuos, pero también es cierto que muchas de estas RAM son evitables, y esto se debe conseguir desde el conocimiento terapéutico y del buen hacer.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define una reacción adversa a medicamento, como aquel efecto perjudicial o indeseado que aparece con las dosis habitualmente utilizadas en el hombre para la profilaxis, el diagnóstico o el tratamiento de un paciente. Pero, la toxicidad por fármacos no nace con la definición de la OMS. El conocimiento de las RAM es tan antiguo como la misma historia de la terapéutica. El código de Hamurabi en Babilonia (2000 a C.) sentenciaba a cortar la mano del médico que provocara la muerte a un paciente, Homero (950 a C.) ya comentó "*muchas medicinas si se mezclan pueden ser excelentes, pero otras pueden resultar mortales*". Pero no fue hasta 1785 cuando se documentó de

Volver al índice

forma oficial una RAM, lo hizo W. Whitering al describir los efectos de la digital; decía que administrada a dosis altas, podía ocasionar mareo, vómitos, visión borrosa e incluso la aparición de visión amarilla o verdosa de los objetos.

En 1880 la revista British Medical Journal publicó una investigación sobre muertes súbitas asociadas al cloroformo. En 1925 en EE.UU. se reguló la obligación de someter las sustancias con fines medicinales a pruebas biológicas, previa a su comercialización. En 1933 el dinitrofenol, un producto utilizado en las dietas de adelgazamiento, se asoció a cataratas, ceguera e hipertermia fatal, retirándose del mercado americano en 1935. En 1937, 105 personas fallecieron en EE.UU. por insuficiencia renal relacionada con sulfanilamida, que contenía dietilenglicol como disolvente. A lo lago de los años, cada vez se fueron conociendo más reacciones adversas, que quedaron plasmadas en 1952, en el primer libro sobre RAM "*Meyler's Side Effects of Drugs*". En 1961, el Dr. W. Lenz, en una reunión pediátrica en Kassel, comunico los primeros casos de focomelia en una serie de niños, cuyas madres durante el embarazo habían tomado talidomida. Posteriormente se dieron 4000 casos más en todo el mundo, con una mortalidad del 15 %. Desde este acontecimiento, se creó un clima de desconfianza hacia los nuevos medicamentos, sobre todo en gestantes. Y con el fin de no volver a repetir un suceso similar, se crearon las primeras agencias dedicadas a la vigilancia de los medicamentos. Así, a partir de 1961 nacieron los sistemas internacionales de farmacovigilancia, llegando a España en 1981, con la creación del primer centro en Barcelona, extendiéndose posteriormente a todas las comunidades autonómicas. Desde entonces, se han ido detectando reacciones adversas gracias a sistemas de notificación, como la tarjeta amarilla (Fig.1), se han retirado productos del mercado, y aún con limitaciones, el sistema sigue funcionando hasta nuestros días.

Se estima que entre un 3 y 5 % de los ingresos hospitalarios es producto de las RAM, y un 10-20 % de los pacientes ingresados en un hospital que reciben medicamentos, sufren reacciones adversas a éstos. Si se tienen en cuenta sólo los ingresos en ancianos, en más del 10% de los casos están relacionados con RAM.

*Volver al índice*

**Tabla 1.- Algoritmo de causalidad de las reacciones adversas a medicamentos**

| | *Puntuación* | | *Puntuación* |
|---|---|---|---|
| Secuencia temporal. | | Reexposición | |
| Compatible…… | 2 | Positiva: la RAM reaparece…… | 3 |
| Compatible pero no coherente…… | 1 | Negativa…… | -1 |
| No información…… | 0 | No información…… | 0 |
| Incompatible…… | -1 | No estudiable debido a la irreversibilidad de la RAM…… | 0 |
| RAM debida a la retirada del fármaco…… | -2 | | |
| Conocimiento previo. | | Causas alternativas que justifiquen la RAM. | |
| | | Evidencias importantes…… | |
| RAM…… | 2 | | -3 |
| | | Evidencias débiles…… | |
| Anecdótica…… | 1 | | -1 |
| | | No información…… | |
| Desconocida…… | 0 | | 0 |
| | | No causa alternativa…… | |
| No Información…… | -1 | | 1 |
| Retirada. | | | |
| | | Las categorías de imputabilidad son: | |
| Mejora al retirar el fármaco…… | 2 | → Improbable (</=0). | |
| No mejora al retirarlo…… | -2 | → Condicional (1-3). | |
| No retirada y no mejora…… | 1 | → Posible (4-5). | |
| No retirada y mejora la RAM…… | -1 | → Probable (6-7). | |
| No información…… | 0 | → Definida (>/= 8). | |
| No estudiable debido a la irreversibilidad de la RAM…… | 0 | | |
| Mejora la RAM (sospecha tolerancia al fármaco)……. | 0 | | |

**Modificado de Meyboom, R.H.B.; Royer, R.J. Causality classification at pharmacovigilance centres in the European Comunity. Pharmacoepidemiol Dru Saety*, 1992. pag. 87-97.

Volver al índice

Aproximadamente entre 2 y 3 pacientes de los que se atienden en una consulta de atención primaria es por RAM. Los médicos, en el ejercicio diario de su profesión, atienden a pacientes con clínica relacionada con alguna RAM, y deben evitar caer en errores comunes como el ignorarlas, el no diagnosticarlas, y/o tratar los síntomas con otros fármacos, sin retirar o disminuir la dosis del agente causal.

Se dice que los medicamentos son los grandes simuladores de las enfermedades, por ello, ante una enfermedad nueva o empeoramiento de una crónica, se debe realizar una anamnesis farmacológica detallada, incluyendo la automedicación. Si se sospecha de la existencia de un medicamento como responsables de la sintomatología del paciente, se debe aplicar el método científico en busca de una relación de causalidad (tabla 1). Si se establece indicios de causalidad, debemos reflejar la RAM en la historia clínica, valorar la gravedad de la misma, la capacidad de revertirla, la permanencia de algún efecto residual y la existencia de factores que hayan condicionado la aparición del efecto adverso, como son la edad, el sexo, enfermedades concomitantes, idiosincrasia del paciente, o interacciones con otros medicamentos.

Se deben notificar al Sistema Español de Farmacovigilancia las sospechas de RAM a fármacos nuevos, las interacciones, las RAM que producen muerte o ponen en peligro la vida, las que son causa de ingreso hospitalario o prolonguen la hospitalización, las que producen bajas laborales, aumentan costes del tratamiento, y las que producen malformaciones congénitas. Además se deberían intentar publicar las sospechas de RAM relevantes, es decir, desconocidas, graves y mortales, las relacionadas con medicamentos nuevos, y aquellas que presenten valor educacional y científico.

El uso responsable y racional del arsenal terapéutico, la detección precoz de las RAM, y la correcta utilización de la Tarjeta Amarilla, es imprescindible para una buena praxis que beneficie a nuestros pacientes. El primer paso para detectar una RAM es siempre pensar en la posibilidad de su existencia.

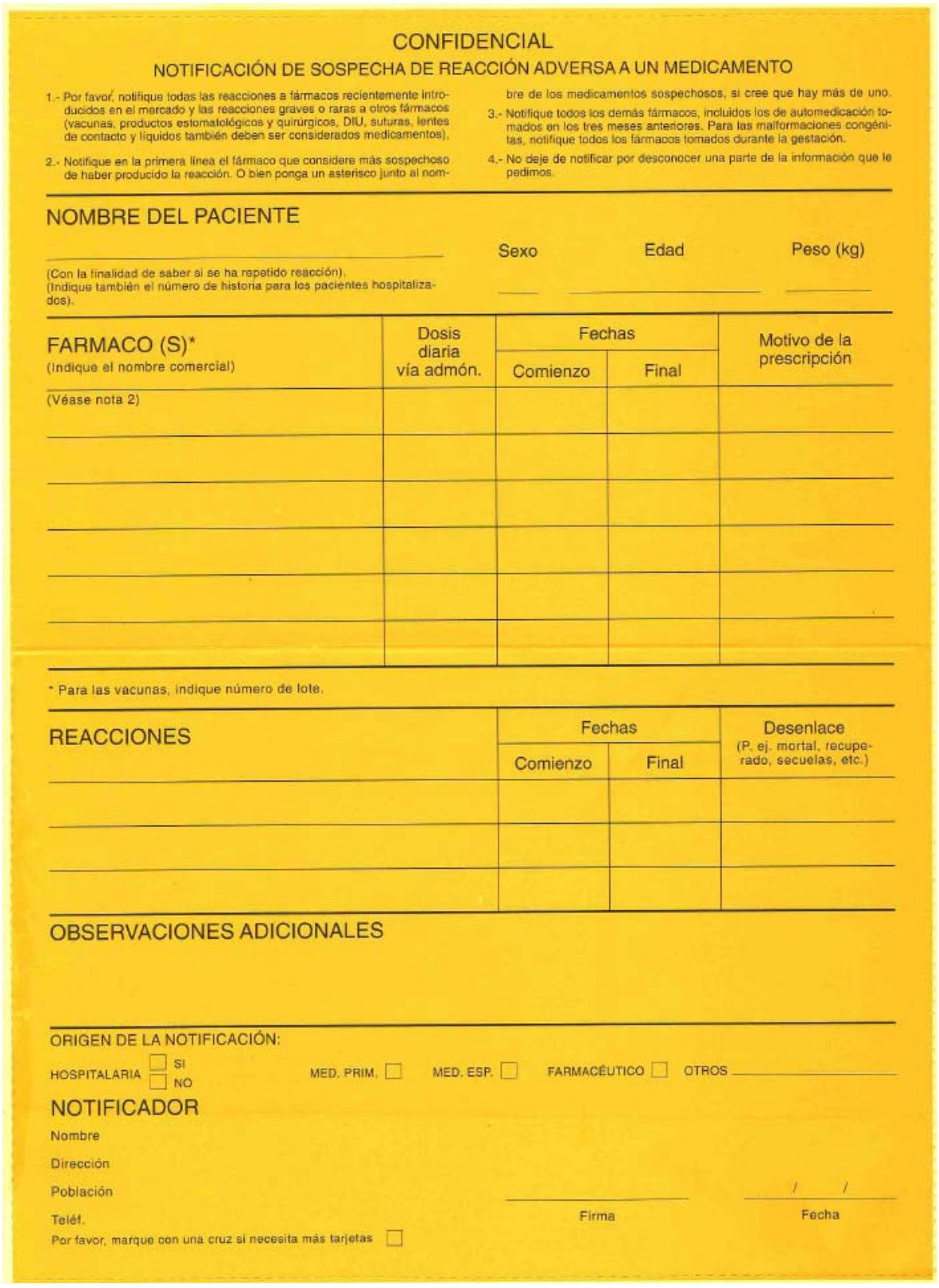
BIBLIOGRAFÍA

Palop Larrea V. *"Reacciones adversas a medicamentos"* Boletín de Información de Medicamentos (BIM). Hospital de la Ribera 2000-2006:18-9.

Ribas Casals A, Fluixá Carrascosa C. Reacciones adversas a medicamento. Guía de Actualización en Atención Primaria SEMFYC ediciones. Barcelona. 2006; (18.5):1362-9.

Sempere Verdu E. Estudi de la publicació de reaccions adverses a medicaments en la secció de cartes al director de quatre revistes mèdiques espanyoles. Tesis doctoral. Universitat de València. Valencia 2003; 15-23.

*Volver al índice*



CONFIDENCIAL

NOTIFICACIÓN DE SOSPECHA DE REACCIÓN ADVERSA A UN MEDICAMENTO

1.- Por favor, notifique todas las reacciones a fármacos recientemente introducidos en el mercado y las reacciones graves o raras a otros fármacos (vacunas, productos estomatológicos y quirúrgicos, DIU, suturas, lentes de contacto y líquidos también deben ser considerados medicamentos).

2.- Notifique en la primera línea el fármaco que considere más sospechoso de haber producido la reacción. O bien ponga un asterisco junto al nombre de los medicamentos sospechosos, si cree que hay más de uno.

3.- Notifique todos los demás fármacos, incluidos los de automedicación tomados en los tres meses anteriores. Para las malformaciones congénitas, notifique todos los fármacos tomados durante la gestación.

4.- No deje de notificar por desconocer una parte de la información que le pedimos.

NOMBRE DEL PACIENTE

(Con la finalidad de saber si se ha repetido reacción).
(Indique también el número de historia para los pacientes hospitalizados).

Sexo | Edad | Peso (kg)

| FARMACO (S)* (Indique el nombre comercial) | Dosis diaria vía admón. | Fechas | | Motivo de la prescripción |
|---|---|---|---|---|
| | | Comienzo | Final | |
| (Véase nota 2) | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

* Para las vacunas, indique número de lote.

| REACCIONES | Fechas | | Desenlace (P. ej. mortal, recuperado, secuelas, etc.) |
|---|---|---|---|
| | Comienzo | Final | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

OBSERVACIONES ADICIONALES

ORIGEN DE LA NOTIFICACIÓN:

HOSPITALARIA ☐ SI ☐ NO  MED. PRIM. ☐  MED. ESP. ☐  FARMACÉUTICO ☐  OTROS _____

NOTIFICADOR

Nombre

Dirección

Población

Teléf.

Por favor, marque con una cruz si necesita más tarjetas ☐

Firma  Fecha  / /

Tarjeta Amarilla.

Por el momento sólo se peude rellenar on-lines en algunas CCAA, entre las que no está la C.Valenciana.

Volver al índice

XXVII Congreso de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. SemFYC. Valladolid-Salamanca. 7 -10 de Noviembre 2007.
Del 07.11.2007 al 10.11.2007
Ver www.semfyc.es/valladolid2007

CONGRESO ESTATAL DE PLANIFICACION FAMILIAR
Barcelona, ( España )
del 14 al 16 de noviembre de 2007
Hotel Barceló Sants
www.bcmedic.com/PlanFamiliar.htm

Máster en Tabaquismo
Fecha inicio : 16/11/2007
Fecha fin : 21/06/2008
Hospital Clínico San Carlos Madrid

II Jornada de la Sociedad Valenciana de Medicina Paliativa.
Valencia 29 de Noviembre de 2007.
Colegio Oficial de Médicos de Valencia.
Avda. de la Plata nº 20.
Inscripciones hasta 23/11/2007.

I Simposio Internacional en Terapeútica Psiquiátrica: "Resolución de problemas en la práctica clínica: Esquizofrenias"
Tipo de evento: Simposio
Fecha inicio : 30/11/2007
Fecha fin : 01/12/2007
World Trade Center ( Barcelona )
Ver: http://www.geyseco.com/terapeutica.htm

XXVIII CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTERNA ( SEMI ) XII CONGRESO CATALANO-BALEAR DE MEDICINA INTERNA
Sitges - Barcelona, ( España )
del 21 al 24 de noviembre de 2007
Hotel Meliá Sitges
www.fesemi.org/congresos/semi/docs/diptico_xxviii_congreso_semi.pdf

II Congreso de las Sociedades Valenciana, Balear y Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria. Castellón 22 y 23 de mayo de 2008.
Ver: www.svmfyc.org

Volver al índice

# ALBUCASIS. UN CIRUJANO DE RENOMBRE

Juan Vte. Quintana Cerezal

También conocido, según las traducciones, como Abul-Qasim Khakaf ibn al Abbas al Zahravi, Al-Zahrawi, Albu-Massim, Albucassis, Abucasis y otros muchos. Nació alrededor de 936 en Medinat al-Zahra (Medina Azahara), ciudad cercana a Córdoba y destruida en la Reconquista pocos años tras la muerte de Albucasis, sucedida en la misma región en 1013. Allí desarrolló toda su vida personal y profesional como médico de la corte del califa Al-Hakam II.

Abu al-Qasim Khalaf bin 'Abbas el-Zahrawi

Al respecto de su vertiente clínica, en diversos estudios se relata que Albucasis destacaba la importancia de la relación médico-paciente y procuraba ganarse su confianza independientemente de su estatus social. A través de sus escritos se observa un especial cuidado de sus pacientes, tomando cada caso de forma individual para un mejor diagnóstico y tratamiento efectivo. Y siempre manteniendo unas básicas normas de ética.

Su trabajo más relevante y por el que es más conocido es la escritura de una enciclopedia médico-quirúrgica, el Kitab al-Tasrif (Método de Medicina) o simplemente Al-Tasrif. "*Concessio ei data qui componere haud valet*" en su traducción latina. Este tratado es la recopilación de 50 años de experiencia médico-quirúrgica junto con influencias de otras publicaciones; no hay que olvidar que Albucasis no abandonó su región en toda su vida. Al-Tasrif fue publicada en el año 1000 y consta de 1500 páginas distribuidas en 30 volúmenes, siendo los más extensos y detallados los dedicados a la cirugía.

El Al-Tasrif aborda aspectos de enfermedades, anatomía, farmacología, nutrición, cirugía, ortopedia, oftalmología, obstetricia, etc. Y es también conocido por ser el primero en editarse con dibujos de instrumentos quirúrgicos, unos 200, muchos inventados por Albucasis. Desde depresores linguales hasta fórceps obstétricos, pasando por extractores de dientes.

En los primeros volúmenes, traducidos posteriormente al latín por separado bajo el nombre de *"Liber Thoricae*", Albucasis describe 325 enfermedades con sus síntomas y tratamientos. Entre ellas, la primera

Volver al índice

BIBLIOGRAFÍA:

Wikipedia. Abu al-Qasim al-Zahrawi.[acceso el 15 de agosto de 2007] Disponible en: http://wikipedia.org/wiki/Abu_al-Qasim

Monzur Ahmed. El Zahrawi (Albucasis) - father of surgery. *Muslim Technologist* . 1990. [acceso el 15 de agosto de 2007] Disponible en: http://www.ummah.net/history/scholars/el_zahrawi/

descripción de la hemofilia.

En el volumen 28, "*Liber servitoris de preeparatione medicinarum simplicium*", describe la fabricación de medicamentos, técnicas de farmacia, fórmulas magistrales…

Pero la parte más extensa es la dedicada a la cirugía. Técnicas, instrumentos, patologías…

A Albucasis se debe el método de reducción de luxación de hombro, desarrollado y universalmente conocido en el s.XIX por Kocher; el manejo del embarazo ectópico; la técnica de mamoplastia para reducción del tamaño de las mamas; extracción de cataratas; litiasis biliares; técnicas de cauterización; cirugía y prótesis dentales entre otras.

Como inventor, se le atribuye el uretroscopio, diversas pinzas para la exploración bucal y otológica, el forceps, el hilo catgut para las suturas internas y la aguja quirúrgica. También el escalpelo y el espéculo entre otros instrumentos.

Su obra fue de referencia en las universidades europeas durante cerca de 500 años. La primera traducción al latín fue realizada por Gerard de Cremona (1114-1187), realizándose al menos 10 ediciones en 50 años. La última edición se realizó en 1778 en Oxford.

Página de una traducción al latín de 1531 del tratado de instrumentos médico-quirúrgicos de El Zahrawi

Por todo lo relatado es considerado el padre de la cirugía moderna.

En la ciudad de Córdoba hay una calle a él dedicada cercana a la mezquita y en el museo de la Torre de la Calahorra, cruzando el puente romano del Guadalquivir, se exponen los 200 instrumentos quirúrgicos por el descritos, en oro.

Volver al índice



Heliodoro Ibáñez Bargues

## VIERNES

15:00 Por fin acaba esta semana laboral. Me dirijo a casa, comemos y nos ponemos manos a la obra con las maletas. Nos vamos de "fin de". Hemos quedado a mitad de la tarde y aun quedan bastantes cosas por hacer.

18:30 Después de hacer todas esas cosas recogemos a la otra pareja, nos comemos una chocolatina e iniciamos el viaje rumbo al Mar Menor.

21:00 Llegamos a Cartagena y con el mapa que he bajado de internet trato de situar el hotel. Una vuelta por el centro... Otra vuelta por el centro..., y nos damos cuenta que casi todo es peatonal. ¡ Ahí está! Una vez localizado, encontramos aparcamiento en la Calle Real y nos acercamos a pie con las maletas.

21:40 Un señor mayor, menudo, y que está viendo un televisor de no más de 12 pulgadas, es quien nos atiende y nos registra. Subimos, nos aseamos y bajamos a cenar.

22:30 Encontramos un bar de tapas en la Calle del Carmen, a continuación de la Calle Puerta de Murcia. La entrada es estrecha, pero está lleno y huele bien. Al fondo, dando a la parte posterior se abre una terraza, donde nos preparan una mesa y cenamos. Probamos el mojete. Es verano, hace fresco y se está de maravilla. Pero el cansancio de toda la semana hace aparición entre nosotros y pronto nos vamos de vuelta al hotel.

00:55 Apagamos la luz de la habitación.

01:55 Nos dormimos.

## SÁBADO

08:45 Suena la alarma del móvil. Lo apago.

08:50 Vuelve a sonar la alarma del teléfono. Empezamos a abrir los ojos, y lentamente nuestros cuerpos van tomando la forma habitual de cada día. La cama es muy mala y me siento más cansado que cuando me acosté ( moraleja: busca un hotel aceptable con una cama más que aceptable cuando salgas de viaje ).

9:40 Ya estamos los cuatro en la puerta del hotel. Hemos dejado las llaves al misterioso señor de la entrada y nos vamos a desayunar.

9:45 En la Calle Puerta de Murcia, lugar comercial de la ciudad antigua, hay varios bares pero nos acercamos hasta uno que es panadería-café y que está enfrente mismo de unas ruinas romanas. La gente no para de entrar y los trabajadores no paran de servir. Nos sentamos. El desayuno buenísimo.

10:50 Queremos ir hacia la oficina de turismo que está en el puerto y por

Volver al índice

error entramos en la Calle del Aire. Al fondo hay unas escaleras. La curiosidad se apodera de nosotros y no podemos hacer otra cosa que subirlas.

11:05 Encontramos las ruinas del Teatro Romano, y la fachada de una iglesia. Una señora de uniforme sale de detrás de una caseta. Se llama Maribel y con una excepcional amabilidad nos atiende y nos hace una interesantísima explicación del Teatro, su descubrimiento y composición. La Iglesia es la Catedral Santa María la Vieja. Nos recomienda antes de acudir a la oficina de Turismo, visitar la Muralla Bizantina, cerca del mismo Teatro.

Teatro romano de Cartagena

11:30 Entramos en un edificio en el que se lee en la puerta " Muralla Bizantina ". Hay una exposición de fotografias en la entrada. De nuevo, otra señorita de uniforme, más joven que Maribel pero con su misma amabilidad, nos reune a los cuatro y nos dirige hacia el fondo de la galería, donde bajamos unos escalones y nos muestra la muralla. Aquellas piedras, conforme la guía avanza en la explicación parece que recobren vida y mentalmente trato de hacerme idea de lo que representaban varios cientos de años atrás.

12:00 Estamos en la puerta del ayuntamiento, también llamado Palacio Consistorial. Forma triangular, con fachadas diferentes estre sí. Si no estuviera aquí viéndolo, podría pensar que estoy paseando por el centro de una ciudad francesa del final del XIX. Antes de llegar a la oficina de información, entramos en el Palacio y vemos que el siguiente recorrido empieza en 20 minutos.

12:15 Hemos ido a la Oficina de Información, hemos recogido unos mapas de la ciudad y estamos de vuelta en el ayuntamiento.

12:20 La guía del Palacio, con el mismo uniforme que las dos anteriores, nos abre unas inmensas puertas de madera maciza y nos cuela en el vestíbulo. Es-

Volver al índice

Palacio Consistorial

pectacular. Suelos, techos, lámparas y escaleras de película nos rodean. Nos deja visitar varias salas y no para de hablar y hacer explicaciones sobre la historia del edificio. Nos quedamos embobados comtemplandolo todo.

13:00 Hay que hacer una parada, y eso implica una terraza de la Calle Mayor. Unas cañas y patatas son una combinación ideal. Miro el mapa de la oficina de turismo. Vaya, vaya... Las ruinas de enfrente de la cafetería donde hemos desayunado son unas Columnatas Romanas, que al parecer se encontraron en 1957 al realizar unas obras de alcantarillado. Dice la guía que se recuperaron ocho macizos de cimentación con cuatro bases de columnas que pertenecían a un Pórtico por el que se desarrollaría el tráfico peatonal de una gran edificación romana ubicada frente a la costa.

13:35 Es casi hora de comer pero no tenemos hambre. Nos vamos hacia el Castillo.

13:37 Nos hacemos fotos con estátuas de bronce que homenajean al soldado de marina, de pie y con petate a cuestas, y al artillero, sentado en un banco, petate en el suelo, esperando al autobús. A nuestras espaldas queda el Monumento a los Héroes de Cavite.

13:42 Andamos por un paseo con el puerto a nuestra derecha y según dice nuestro mapa-guía la Muralla de Carlos III a nuestra izquierda. Un submarino está en el centro del paseo del puerto. Es el submarino Peral. Leemos que es un original del primer submarino inventado por el cartagenero Isaac Peral que concibió el proyecto en 1884. La construcción se realizó en Cádiz y fue botado en 1888.

13:55 Llegamos al final del paseo, torcemos a la izquierda y vemos una torre metálica con un ascensor interior. Nos acercamos a verlo. Es el Ascensor Panorámico. Después de unos cuantos intentos fallidos, convenzo al resto de la

Volver al índice

Submarino Isaac Peral

Ascensor panorámico

expedición para que subamos en el aparato que nos llevará al Parque Torres y el Castillo de la Concepción.

14:02 Ya estamos arriba, cruzamos la pasarela y llegamos a tierra firme. Todos respiramos profudamente. El Castillo, tenia el objetivo de vigilar y defender la ciudad y la bahía de Cartagena. Ahora también se conoce como el "Castillo de los patos", tras acondicionarlo como Parque Torres. Damos una vuelta por los alrededores: hay muchos pavos reales sueltos, la gente se hace fotografías, e incluso coincidimos con una pareja de cantantes de un grupo musical que están haciendo un album por los jardines. También hay una fuente con patos. Al fondo, un vista preciosa, con el puerto al este, el auditorio, teatro romano y ayuntamiento al sur, y el resto de la ciudad al oeste. Terminamos de dar la vuelta al parque, y antes de bajar vemos desde lo alto y frente a nosotros la Plaza de Toros, que parece excavada en la roca, algo abandonada, pero muy bonita.

14:40 Volvemos a pasear por el puerto. El calor inunda nuestros cuerpos y nos pide sombra, tranquilidad y bebidas frias. Es momento de parar. Nos sentamos en uno de los variados bares del puerto y comemos con la brisa del mar y viendo el club nautico con sus embarcaciones.

Volver al índice

15:22 Consultamos la guía y vemos que hay un barco turístico que hace una excursión por la bahía.

15:30 En una parada del puerto nos explican el recorrido del barco, compramos la entradas y subimos al "Cartagena Puerto de Culturas". Está lleno de gente. Una música empieza a sonar y a continuación una cinta grabada comienza a explicar parte a parte el recorrido al tiempo que zarpamos.

15:50 Primera y única parada, el Fuerte de Navidad. Hemos comprado el billete con la entrada al Fuerte de modo que el barco nos deja y se va. Se trata de una fortificación de estilo neoclásico, junto al Faro de Navidad, de color rojo y blanco, en el margen derecho de la bahía. Subimos una cuesta y a la puerta nos espera una guía para mostrarnos el recorrido: un vídeo con la historia del Fuerte, que trataba de defender el acceso a la bocana del puerto de Cartagena, cruzando su fuego con la batería de trincabotijas en el margen izquierdo, unas actividades interactivas y por fin la subida a la planta superior donde hay una vista de la ciudad, el margen izquierdo de la bahía y todo el Mediterráneo bajo nuestros pies.

Faro de navidad

16:50 El barco llega a recogernos, subimos y completamos el viaje saliendo a mar abierto. Llama la atención el cambio de color del agua, del verde al azul ultramar. Las olas rompen contra el casco y nos salpican delicadas gotas de espuma. La brisa nos golpea los rostros. Cruzamos por el Faro de San Pedro, blanco y verde, y volvemos a tierra firme.

17:30 Tenemos sed. Regresamos por la Calle Mayor a la Puerta de Murcia y nos sentamos a refrescarnos en un bar.

18:30 Continuamos refrescando en el mismo bar.

19:30 Ahora nos refrescamos bajo el agua de la ducha y nos quedamos en la cama estirados para descansar un rato.

Volver al índice

21:30 Salimos a cenar de tapas por la Calle del Aire. Nos lo recomienda el curioso señor de la entrada del hotel y acertamos con la recomendación.

22:45 Es verano, es el mes de Julio, y en Cartagena estamos en pleno festival de " La mar de músicas ". Actúan en el auditorio, en el Parque Torres, y esta noche es el momento para unos grupos portugueses y brasileños, así es que vamos a verlo.

23:05 Acaban de cerrar el ascensor de la torre metálica y subimos a pie por una cuesta. Compramos la entrada y entramos en un auditorio lleno "hasta la bandera ". Nos sentamos en las últimas filas. Hace fresco y vamos en manga corta. La cantante lo hace muy bien.

00:05 Sigue entrando más gente al recinto. La verdad es que no se donde se van a colocar. Hace más fresco, y nosotros continuamos en manga corta. El grupo de ahora también lo hace muy bien.

00:35 Algunas personas se ve que tienen frío y se van. Nosotros somos unos de ellos.

01:00 Apagamos la luz de la habitación del hotel.

01:01 Nos dormimos.

**DOMINGO**

09:00 Suena la alarma del teléfono.

09:15 Al igual que ayer necesito más quince minutos de estiramientos para volver a mi forma habitual. Me vuelvo a acordar de la cama...

09:40 Nos reunimos los cuatro a la puerta del hotel y vamos a desayunar al mismo sitio de ayer.

09:45 La panadería está cerrada. El bar de al lado está cerrado. Un restaurante de comida rápida está cerrado. Parece que Cartagena aún duerme.

09:55 Un edificio modernista en la Calle Mayor tiene una cafetería en sus bajos y nos sentamos allí. Tras el desayuno volvemos a ser personas. Hablamos del plan de hoy. Iremos a dar una vuelta por el centro que aún no hemos visto y después al Museo Arqueológico Municipal.

10:25 Salimos por la Puerta de Murcia y caminamos por la Calle Honda hasta llegar a un parque donde vemos una Casa de estilo Gaudí. Consultamos el mapa. Se trata de la Casa Maestre. Leemos que únicamente se conserva como tal la fachada, inspirada en la Casa Calvet del arquitecto catalán. Presenta adornos rococó en la puerta principal, el mirador y los ventanales situados sobre él.

10:35 Giramos a la izquierda por la Calle Caridad, buscando la Iglesia del mismo nombre, sede de la patrona de la ciudad, la Virgen de los Dolores. Entramos y vemos que el interior es una única cúpula que me

Volver al índice

recuerda al Panteón de Agripa de Roma. Hay varias esculturas de Salzillo repartidas por la iglesia, y un bonito retablo rococó en la Capilla de la Comunión.

10:55 Llegamos al Parque Maestranza de Artillería, conocido como El Parque, y lo bordeamos hasta llegar a la Calle de Santa Florentina por la que entramos.

11:12 Antes de llegar a la Calle Puerta de Murcia un irresistible olor dulzón nos obliga de detenernos. Empezamos a salivar y nuestros ojos buscan la fuente de tal sensación. Acabamos de desayunar pero no podemos resistirnos a lo que estamos viendo: un puesto de venta de chocolate con churros!!!

11:20 La mitad del grupo ya se ha manchado y la otra mitad no tardará en hacerlo. Tenemos sed. Bebemos agua que también hemos comprado.

11:40 El misterioso hombre menudo del hotel se descubre. Es el dueño. Nos hace una despedida con toda una disertación sobre los yacimientos encontrado en los últimos años en el centro histórico y la repercusión sobre el urbanismo actual.

11:53 El coche se encuentra intacto en el mismo lugar en el que lo dejamos anteayer. Cargamos las maletas. Nos ponemos cómodos y salimos hacia el Museo Arqueológico.

12:05 El barrio del museo es muy tranquilo, no se va apenas gente, los edificios son bajos y hay lugar de sobra para aparcar.

12:10 Cruzamos unas verjas, atravesamos un pequeño jardin donde han colocado restos de ruinas y hay diversos tipos de plantas y arbustos, y entramos en el Museo. Es gratuito. Es un edificio rectangular con un subterráneo central a vista y un corredor en dos plantas alrededor del mismo. En el interior nos piden el lugar de procedencia y nos comentan que la guía ha empezado hace unos minutos el recorrido.

12:12 Nos unimos al grupo. Somos once personas.

12:13 Adivinad quién está dando las explicaciones... no, el hombre menudo no. Es Maribel. Nos reconoce y nos saluda. Nosotros estamos encantados con ella.

12:14 Me suena el teléfono. Todos se giran y me lanzan unas miradas asesinas. Me suben los colores. Salgo del grupo y respondo. Son mis padres. También ellos están de viaje.

12:18 Más gente entra en el museo, y se unen al grupo.

12:21 Sigue entrando personal en el museo, y también se unen al grupo.

12:27 Otras cinco personas ingresan en el grupo. Ahora ya somos cerca de treinta. A Maribel se le ve radiante y feliz.

12:50 Nos explica que el Museo fue fundado en 1943, y se edificaba sobre una necrópolis tardorromana descubierta en

Volver al índice

1967, que se podía contemplar in situ. También habla sobre la morfología del terreno, los estratos de sedimentación de Cartagena, la antigua laguna y la Muralla Púnica.

13:05 Sigue con los monumentos funerarios, pequeños objetos encontrados en los yacimientos y continua con estátuas de mayor tamaño del Teatro Romano. Todos estamos atentos. Parecemos una clase de primaria en el día de su primera excursión.

13:20 Ahora explica los mosaicos, unas inscripciones en piedra y objetos de las domos. Llevamos más de una hora y de allí nadie se mueve.

13:35 El final del recorrido es para objetos de los últimos siglos y las monedas.

13:50 Hora de preguntas. Nadie pregunta. Todo está claro. Maribel se despide del grupo y salimos.

14:03 Tenemos hambre y entramos en un restaurante a comer. Hablamos de visitar La Manga del Mar Menor antes de volver a casa. Hay división de opiniones.

15:30 Abro el coche, lo pongo en marcha, bajo las ventanillas y enciendo el aire. A los cinco minutos intentamos subir sin desfallecer en el intento. Hace mucho calor.

15:44 Salimos de la ciudad. Todos duermen ya placidamente en el coche.

16:00 Me desvio hacia La Manga y el Cabo de Palos.

16:10 Desde la autovía veo el Mar Menor, el brazo de tierra y el "Mar Mayor", es decir, el Mediterráneo. Es una imagen muy curiosa. Aviso al personal, pero a nadie parece interesarle demasiado. Quieren dormir.

16:25 Ya dentro de la zona turística, milagrosamente encuentro un sitio para aparcar. Se despiertan. Todos bajamos, unos más ilusionados que otros.

16:30 Estamos en la playa. Andamos por la arena. Ahora les gusta y no paran de sacar fotografías del mar y de la manga.

16:34 Hacemos fotos también en el otro lado del brazo de tierra.

16:41 El calor agotador es el mismo, y aunque parecía que se habían despejado el cansancio apremia y el sueño no se ha ido. Ahora sí, todos tenemos ganas de llegar a casa.

16:51 Muchos momentos en dos días. Muchos lugares visitados. Muchos recuerdos agradables. Gentes predispuestas. Comidas saludables. Cartagena. Subimos al coche. Ponemos un disco de Sabina y, con "19 días y 500 noches" nos embarcamos en el viaje de vuelta".

Volver al índice

# NUEVO DICCIONARIO TERMINOLÓGICO DE LAS CIENCIAS MÉDICAS

Heliodoro Ibáñez Bargues

Atentos a esta entrega, que viene cargada después de todo el verano.

## VADEMECUM

Os mostramos la mejor selección farmacológica y esta vez, con pruebas gráficas añadidas.

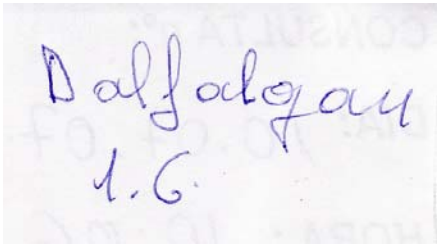
1.- De los primeros días del verano, una mujer acudió a la consulta por un dolor abdominal, y durante la anamnesis le pregunté sobre tratamientos actuales, a lo que me respondió que ella solo tomaba el "AS". La verdad, es que me entraron unas ganas tremendas de decirle que esperaba que fuera para ganar. Sinónimo: *AAS*.

2.- Mirad este recorte detenidamente:

Efectivamente es un recorte de calendario con una inscripción en el reverso que dice: "*Mas, con pastillas*". Ignorante de mí, le pregunté al paciente qué era aquel fármaco que yo no conocía, y rápidamente me aclaró: "*sí hombre, eso para el ardor de después de comer. Pero que sea en pastillas, por favor*". Sinónimo: *Almax*.

3.-**Calderón**: tenía entendido que el calderón era un símbolo musical que indicaba un punto de reposo alargando la duración de las figuras a las que afectaba y que el director era el que solía indicar cuando se tocaba la nota siguiente. Pero parece que hay un nuevo significado de esta palabra: se trata de un medicamento, a base de sulfato de glucosamina, indicado para el tratamiento de la artrosis. Hay que ver...!. Sinónimo: *Coderol*.

4. Mirad ahora este:




¿Qué os parece? ¿Ya lo habéis descifrado? Pues sí, dice "Dalfalgan 1.G.". Vamos, que si el medicamento no tenía ya un nombre complejo, faltaba este paciente para ir aumentando el número de "eles" por el medio. Sinónimo: *Dafalgan 1g*.

Volver al índice

## DICCIONARIO TERMINOLÓGICO

1.- **Vegetales**. Aquel hombre vino a la consulta y dijo: "*mire, es que me ha salido una rojez aquí abajo, al lado de los **VEGETALES**, y me pica*". Sobran comentarios. Sinónimo: *Genitales*.

2.- Esto fue lo que me dio un paciente para que se lo prescribiera.

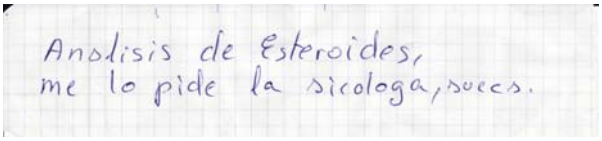
Vamos, lo del fuego en los labios de nuestras madres y abuelas de toda la vida, cuando estábamos débiles y que siempre marcaba la presencia de fiebre.

3.- Después del accidente de coche, el paciente acudió como cada semana a por su parte de baja. Ese día, al preguntarle cómo se encontraba y explorarlo de nuevo, él contestó: "*estoy mejor, y además todo esto que me está viendo hoy fue lo que me hizo el **MÉDICO FLORENCIO** cuando vino anteayer a mi casa*". Sinónimo: *Médico Forense*.

4.- **ISTOMAS**. La paciente de aquel jueves entró a la consulta y al preguntarle que le sucedía dijo directamente: "*deme tratamiento para la infección de orina, que es lo que tengo, porque los **ISTOMAS** ya me los conozco, que hace un1 mes tuve una*". Por si había entendido mal, le volví a preguntar que le pasaba, pero ella insistió en que los **ISTOMAS** eran los mismos que el mes anterior. Sinónimo: *Síntomas*.

5.- Después de aquel accidente de coche, el paciente acudió como cada semana a por su parte de baja. Ese día, al preguntarle cómo se encontraba y explorarlo de nuevo, él contestó: estoy mejor, y además todo ésto que me está viendo hoy fue lo que me hizo el **MÉDICO FLORENCIO** cuando vino anteayer a mi casa. Sinónimo: Médico Forense.

6. Y la joya de la corona…




Sobran comentarios. Sinónimo: "*Análisis de TIROIDES, me lo pide la PSICÓLOGA de Sueca*".

*Volver al índice*

## Os esperamos en Castellón,

## los días 22 y 23 de mayo de 2008

Si eres socio SVMFiC y no recibes regularmente correo electrónico o postal de la sociedad, es porque no tenemos tu dirección correcta.

Actualiza tus datos, por favor.

**www.svmfyc.org**

**www.semfyc.es**

**SVMFIC**
SOCIETAT VALENCIANA DE
MEDICINA FAMILIAR I COMUNITÀRIA

☐ NUEVA INSCRIPCIÓN
☐ ACTUALIZACIÓN DE DATOS

CUMPLIMENTAR EN MAYÚSCULAS DE FORMA LEGIBLE

Apellidos

Nombre NIF

Direcc. particular

CP Población

Provincia

Telf. fijo Telf. móvil

**correo electr.**

(letra clara imprescindible,
respetando mayúsculas y minúsculas)

Centro de trabajo

Dirección

CP Población

Provincia

Telf. fijo Fax

☐ Especialista en MFyC nº colegiado

☐ MIR ○R1 ○R2 ○R3 ○R4

Solicito que abonen con cargo a mi cuenta los recibos que pase a mi nombre la Societat Valenciana de Medicina Familiar i Comunitària (SVMFiC)

Cuota ordinaria: 35 €/semestre
Cuota MIR: R1, 0€; resto, 20€/año

Banco/Caja

entidad | Sucursal | DC | nº cuenta

Dirección sucursal

CP Población

Provincia

En a de de 20

Firma

c/Santa Cruz de la Zarza 4 bajo. 46021 VALENCIA
Tel.: 96 339 27 56 - Fax: 96 361 94 60
svmfyc@svmfyc.org www.svmfyc.org

*Volver al índice*

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 correo electrónico: **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.

No hay una extensión máxima, pero se recomienda una extensión entre 1 y 3 páginas.

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.

### 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

No hay una extensión máxima, pero se recomienda una extensión entre 1 y 3 páginas.

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

No hay una extensión máxima, pero se recomienda una extensión entre 1 y 7 páginas.

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.

### 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

No hay una extensión máxima, pero se recomienda una extensión entre 1 y 7 páginas.

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.

## B ) RINCÓN DEL SOCIO

En este apartado se incluyen artículos de opinión, propuestas, e ideas que quieras hacer. La extensión máxima será de 1 página.

## 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 los socios que espontáneamente quieran participar .