



Atalaya

MÉDICA TUROLENSE

2014

Nº 6



Presidente: Ismael Sánchez Hernández

Vicepresidente: Jesús Ángel Martínez Burgui

Atalaya Medica Turolense es el nombre de la cabecera de la revista que edita el Colegio Oficial de Médicos de Teruel. Esta revista servirá también para publicar aquellos temas que en cada momento interesen o preocupen a la profesión médica: Documentos de ética y deontología, observaciones o recomendaciones sobre aspectos asistenciales, legislación, convocatoria de premios, concursos, temas de interés médico actual, actividades colegiales, etc.

Se trata de una publicación de carácter semestral, abierta a todos los Médicos Colegiados en Teruel.

Comité Editorial:

Director: Jesús Ángel Martínez Burgui

Subdirector: Jesús Sánchez Padilla

Vocales del Colegio de Médicos de Teruel:

Sonia Sebastián Checa

Pedro I. Bono Lamarca

Beatriz Sanchís Yago

Agustín Galve Royo

Miguel Nassif Torbey

Comité Científico:

Coordinador: Jesús Ángel Martínez Burgui

José Manuel Sanz Asín (Servicio de Neurología del Hospital Obispo Polanco)

Clemente Millán Giner (Atención Primaria de Alcañiz)

Antonio Martínez Oviedo (Servicio de Urgencias del Hospital Obispo Polanco)

Carlos Izquierdo Clemente (Atención Primaria de Zaragoza)

Francisco Rodilla Calvelo (Servicio de Farmacología del Hospital Obispo Polanco)

Vicente Estopiñán García (Servicio de Endocrinología del Hospital obispo Polanco)

Rafael Saenz Guallar (Atención Primaria de Alcañiz)

José Enrique Ruiz Laiglesia (Servicio de Nefrología del Hospital Clínico)

Juan Carlos Cobeta García (Servicio de Reumatología del Hospital Miguel Servet)

Juan Antonio Domingo Morera (Servicio de Neumología del Hospital Miguel Servet)

Ivan Ulises Fernández-Bedoya Korón (Servicio de Radiodiagnostico del Hospital Obispo Polanco)

Enrique Alonso Formento (Servicio de Urgencias del Hospital Miguel Servet)

DISEÑO y MAQUETACIÓN: M.A. Cano

Edita: Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Teruel

Depósito Legal TE-131-2013

ISSN 2254-2671

Indexada en LATINDEX - Folio 24152

SUMARIO

Editorial

Código deontológico: compromisos y obligaciones de la profesión médica. Luis Ciprés Casasnovas

5

Colaboración científica

Médicos de familia ¿hasta aquí hemos llegado? Carlos Izquierdo Clemente

7

Originales

Hábito tabáquico entre los profesionales de los centros de salud del sector Teruel. B. Sanchis Yago / C. Izquierdo Clemente / C. Iannuzzelli Barroso / C. López Mas / S. Valdearcos Enguidanos / E. García López

Análisis de los tiempos quirúrgicos de las intervenciones de cirugía general y digestivo. J. Martín Pérez

Revisión de la eficacia de pautas de dosificación off-label de fármacos biológicos en psoriasis. A. González Álvarez / E. Giner Serret / V. Caballero Pérez / F. Rodilla Calvelo

12

Notas Clínicas

Glomerulonefritis post-estreptocócica en la infancia. A propósito de tres casos. V. Caballero Pérez / L. Gracia Torralba / E. Carlos López Soler / A. González Álvarez

Absceso cerebral por quemadura eléctrica; una rara complicación. M. León Escalante / W. Pita Merejildo / V. Suárez Contreras / C. Iannuzzelli Barroso

Síndrome de Marshall como causa de fiebre recurrente, a propósito de dos casos. J. Astudillo Cobos / I. Sirbu / O. Myronenko / P. Sanz de Miguel

Paciente con traumatismo y dolor en muñeca. A propósito de dos casos. M. Osca Guadalajara / M^a P. Muñesa Herrero / A. Castro Sauras / J. V. Díaz Martínez

Dolor persistente en muñeca tras traumatismo de 4 meses de evolución. J.V. Díaz Martínez / J.J. Ballester Gimenez / A. Castro Sauras / M. Osca Guadalajara

Dolor torácico. Síndrome de Boerhaave. E. C. López Soler / F. Rodero Álvarez / C. López Mas

Hernia de Spiegel: a propósito de un caso. C. Blanco Pino / F. J. Esteban Fuentes / M. Oset García / D. Soffiantini

37

Vocalía de Jubilados

Emponderamiento en torno al mayor ante el conflicto económico del desequilibrio demográfico. J. Sánchez Padilla

73

Celebraciones y eventos

Cursos impartidos

Concurso Navideño 2014

81

MEDICOS DE FAMILIA ¿HASTA AQUÍ HEMOS LLEGADO? (HISTORIA BREVE EN ESPAÑA)

Dr. Carlos Izquierdo Clemente

Centro de Salud Sagasta-Ruiseñores. Atención Primaria Zaragoza

A finales del siglo XX se produjo España una importantísima reforma de la Atención Primaria con tres hitos importantes:

- La creación de la especialidad de Medicina Familia y Comunitaria en 1978.
- El Real Decreto 137/1984 sobre estructuras básicas de salud.
- La promulgación de la Ley General de Sanidad en 1986.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

En España a finales del siglo XIX y primera mitad del siglo XX se desarrollaron numerosas "mutuas" y "cajas de enfermedades" promovidas por sindicatos y empresarios para la atención de los trabajadores, en muchas ocasiones con el sistema de "iguales" (cuotas periódicas fijas, para recibir atención sanitaria gratuita). Este sistema dio origen al instituto nacional de previsión (INP), organización sanitaria que cubría a la población obrera asalariada, la beneficencia con aportaciones públicas o privadas se encargaba de la población sin recursos. Se implanta el Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) en 1942. El SOE queda a cargo del INP, como entidad aseguradora única, y entre las prestaciones del Seguro, estaba la asistencia sanitaria en caso de enfermedad y maternidad, e indemnización económica por la pérdida de retribución derivada de las situaciones anteriores.

Hasta la década de los 80 se mantuvieron en atención primaria (AP) una estructura de médicos titulares en el medio rural y de médicos de cupo en ambulatorios para municipios de más de 10.000 habitantes. Ambos ejercían su labor asistencial en base a un cupo de asegurados. El médico rural tenía asignado un ámbito territorial (partido médico) y servía como funcionario con labores de salud pública, y asistencial en base al número de cartillas de trabajadores en su cupo, sobre los que tenía

labores sanitarias, además existía un sistema de iguales, pactado con las familias del municipio. Los consultorios individuales y los ambulatorios irían progresivamente desapareciendo hasta la actualidad, en la que se ha completado el mapa sanitario en Aragón.

En 1978 como consecuencia de la reforma efectuada sobre la gestión institucional de la seguridad social, la salud y el empleo, se suprimió el Instituto Nacional de Previsión, pasando la gestión y administración de los servicios sanitarios del Sistema de Seguridad Social al Instituto Nacional de la Salud (INSALUD), organismo de nueva creación.

En 1981 de acuerdo con el principio de descentralización territorial, se inicia el traspaso de competencias en materia de asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las Comunidades Autónomas, proceso que se culmina en el año 2001, con la transferencia a las 10 comunidades que restaban, incluida Aragón.

En 1986 la Ley General de Sanidad configura el nuevo modelo de organización sanitario español, creándose el Sistema Nacional de Salud, y define el concepto de servicio sanitario público que debe prestar el Estado.

A partir de 1989, se amplía la previsión constitucional en lo que se refiere a la protección de la salud de los ciudadanos, por una parte, se produce el cambio de financiación del gasto sanitario público, que pasa a ser fundamentalmente asumido por el Estado, a través del sistema impositivo ordinario; y por otra parte, se extiende la cobertura sanitaria de la Seguridad Social a las personas no incluidas en la misma y sin recursos suficientes.

DECLARACION DE ALMA-ATA

La conferencia internacional sobre atención primaria de salud de 1978, en Alma-Ata, capital de Kazajistán (una de las repúblicas de la antigua

URSS) patrocinada por la OMS. produjo el despegue de una nueva concepción de la A.P. en numerosos países incluido el nuestro.

Se propuso un objetivo, altamente motivador, pero imposible de cumplir "salud para todos en el año 2000". Se establecía que el derecho a la salud es un derecho humano fundamental. La desigualdad en salud se consideró política, social y económicamente inaceptable, se instaba al aumento de protección social para lograr el máximo de salud para todos.

Para lograr los fines de salud para todos se proponía la cobertura asistencial universal por los servicios de AP. y el desarrollo de sistemas nacionales de salud. Siendo preciso abordar la multicausalidad de la enfermedad, mantener el acercamiento bio-psico-social, la atención al individuo, a la familia y a la comunidad, con la necesidad de un equipo multidisciplinar para integrar promoción, prevención, curación y recuperación de la salud.

España estuvo presente en la conferencia y firmó la declaración de alma-ata .

CREACION DE LA MEDICINA DE FAMILIA

En un ambiente de permeabilidad ideológica durante la transición política y con los ejemplos de los centros de salud finlandeses como modelo promocionado por la O.M.S., la experiencia de gestión sanitaria de algunos salubristas emigrados de Latinoamérica, principalmente chilenos, el desarrollo en EEUU. de la especialidad de medicina de familia (primer país donde nace la especialidad en 1966) y con la filosofía emanada de declaración alma ata, se impulsó la reforma de A.P. que hoy conocemos.

La implantación de la especialidad se realizó previamente al marco jurídico de la A.P, de hecho los movimientos reivindicativos de las primeras promociones de especialistas de medicina familiar y comunitaria (MFC) vía MIR, impulsaron la creación de los centros de salud pilotos y los nuevos conceptos de trabajo.

La presencia de especialistas de médicos de familia en AP. fue decisiva para la implantación de equipos multidisciplinarios en el primer nivel asistencial con nuevos conceptos de trabajo en equipo:

- registros de actividades y sistemas de información, historias clínicas

- educación para la salud

- programación de la asistencia en consulta. Elaboración de protocolos

- realización de docencia e investigación.

Se crea la especialidad de MFC con el objetivo de lograr un medico bien formado en lo científico, capaz de tener una visión de salud de la comunidad. Se aspiraba a que este médico fuera la figura fundamental del sistema sanitario. En la convocatoria MIR de 1979 aparece por primera vez la especialidad de MFC y las unidades docentes pilotos de medicina de familia. Para que los futuros especialistas roten por los centros de salud tendrán que esperar hasta 1982, y un año después se aprueba el primer programa docente de la especialidad.

REAL DECRETO 137/84

El elemento legislativo clave de la organización de la atención primaria, que reflejo casi literalmente a continuación

- Zona de Salud

La Zona de Salud, marco territorial de la atención primaria de salud, es la demarcación poblacional y geográfica fundamental: delimitada a una determinada población, siendo accesible desde todos los puntos y capaz de proporcionar una atención de salud continuada, integral y permanente con el fin de coordinar las funciones sanitarias afines

- Centro de salud

El Centro de Salud es la estructura física y funcional que posibilita el desarrollo de una atención primaria de salud coordinada globalmente, integral, permanente y continuada, y con base en el trabajo de equipo de los profesionales sanitarios y no sanitarios que actúen en el mismo. En él desarrollará sus actividades y funciones el Equipo de Atención primaria. En el medio rural podrá, existir un Consultorio Local en cada una de las localidades restantes que constituyan la Zona. Igualmente, en el medio urbano, cuando las condiciones lo aconsejen, podrán existir otras instalaciones diferenciadas dependientes del Centro de Salud.

- Equipo de Atención Primaria

El conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios con actuación en la Zona de Salud recibe la denominación de Equipo de Atención Primaria. Componen o compondrán el Equipo de Atención Primaria: Los Médicos de Medicina General y Pediatría, Diplomados en Enfermería, Matronas, Auxiliares de Clínica, Trabajadores Sociales El personal de administración, recepción de avisos, información y cuidados de mantenimiento. Se pueden incorporar otros profesionales según Equipos, como unidad de salud mental (psiquiatra, psicólogo y apoyos) fisioterapeutas, odontólogos, etc.

Los Equipos de Atención Primaria son elementos organizativos de carácter y estructura jerarquizados, bajo la dirección de un Coordinador Médico.

- Funciones de los Equipos de Atención Primaria

Prestar asistencia sanitaria, tanto a nivel ambulatorio como domiciliario y de urgencia, a la población adscrita a los Equipos en coordinación con el siguiente nivel asistencial.

Realizar las actividades encaminadas a la promoción de la salud, a la prevención de la enfermedad y a la reinserción social.

Contribuir a la educación sanitaria de la población.

Realizar el diagnóstico de salud de la Zona.

Evaluar las actividades realizadas y los resultados obtenidos.

Realizar actividades, de formación pregraduada y posgraduada de atención sanitaria, así como llevar a cabo los estudios clínicos y epidemiológicos que se determinen.

Participar en los programas de salud mental, laboral y ambiental.

El trabajo en equipo obliga a que cada uno de sus miembros participe en el estudio, ejecución y evaluación de las actividades comunes.

DESARROLLO DE LOS CENTROS DE SALUD

La creación de los centros de salud ha llevado a la configuración de equipos diversos, con la participación de médicos de familia, enfermería,

trabajadora social, matrona, auxiliar de clínica y personal administrativo, según tipos de centros además odontólogos, psiquiatras, psicólogos, equipos de atención domiciliaria, etc.

Todo lo cual ha llevado a la construcción de nuevos centros, con la creación de la unidad de admisión, sistema de archivo y documentación clínica, salas de extracciones, urgencias y a veces cirugía menor, siendo más reciente la informatización generalizada de la actividad.

Así mismo ha mejorado el acceso a la realización de pruebas diagnósticas en el centro de salud: analíticas, electrocardiograma, espirómetros, citologías, etc. Y las peticiones externas de radiografías, ecografías, tac o resonancias, endoscopias, etc.

Por tanto a los programas iniciales de atención a la infancia, mujer, adulto, anciano, vacunaciones y patologías crónicas (diabetes, dislipemias, hta, epoc), se han ido añadiendo otros como atención al paciente terminal, deshabitación tabáquica, control de anticoagulación, etc.

El aislamiento secular del médico rural, y el escaso prestigio del médico general urbano han quedado atrás. los ciudadanos están satisfechos de la atención sanitaria en primaria, y ha aumentado el respeto hacia la misma desde el ámbito hospitalario, con el que se va aumentando la colaboración, aunque queda camino por recorrer.

Como ejemplo de la visión de los ciudadanos, reflejar un apartado de la Encuesta de Satisfacción de los Usuarios sobre el Sistema de Salud de Aragón, 2013-2014, estos responden que - el interés que demuestran los médicos junto a la amabilidad del personal en su trato son los dos indicadores mejor valorados del cuestionario (91,7% y 91,6%, respectivamente, de usuarios satisfechos o muy satisfechos).

EL SISTEMA DE ESPECIALIZACION. MIR

El sistema de especialización de posgrado ha significado un gran avance cualitativo para la educación médica en España, aunque su estructuración en torno a un examen tipo test, debería evolucionar hacia una valoración de la competencia y la racionalidad crítica. Resultó desde luego una gran aportación para la atención pri-

maria, con la nueva incorporación de especialistas formados en medicina de familia tanto en el hospital con sus otros compañeros de otras especialidades, como en el centro de salud con sus tutores.

La implantación de la atención primaria se caracterizó desde el inicio por la falta de homogeneización del colectivo de facultativos que ejercían. Dificultando la unidad del colectivo a la hora de sus demandas, y fue responsable de infinidad de conflictos laborales o de valoración para exámenes y concursos, traducidos en conflictos de integración en los equipos, y absorbiendo gran parte de la energía que el sistema precisaba para su desarrollo.

La dificultad de absorción de los especialistas nuevos por parte de la atención primaria ha favorecido una cierta diáspora de los mismos, fuera del medio natural que les corresponde, por ejemplo con los numerosos médicos de familia en servicios de urgencia, y en sistemas sanitarios de otros países.

El último programa de la especialidad de medicina familiar y comunitaria, aprobado por la **comisión nacional de la especialidad**, en 2005 establece un periodo de rotación de 4 años. Los futuros especialistas pertenecen a una **unidad docente**, con un coordinador al frente, y unos tutores que van a supervisar sus tareas, en el programa se incluyen desde las rotaciones a realizar, las competencias clínicas y otras competencias más recientes como: la entrevista clínica, la relación médico paciente, el razonamiento clínico en la toma de decisiones, la gestión de la atención o la bioética. Así mismo establece la organización de la unidad docente, su comisión asesora y las evaluaciones

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA FAMILIAR

Permanece la división entre facultativos de Atención Primaria en las sociedades científicas.

- SEMERGEN sociedad española de medicina rural y generalista, actualmente sociedad española de médicos de AP, con esta definición desde 1990

- SEMG sociedad española de médicos generales y de familia fundada en 1988

- SEMFYC sociedad española de medicina familiar y comunitaria desde 1982, participa como la representación española internacional de la WONCA y del CIMF

Quizá esta separación entre la representación científica de los profesionales, nos muestre todavía la falta de unión entre los médicos de ap.

Desde todos los puntos de vista sería deseable una reformulación de estas sociedades, o una unión de todas ellas.

FUTURO DE LA MEDICINA DE FAMILIA

Deberíamos tender a lograr que la figura del Médico de Familia sea el eje central del sistema sanitario ante los responsables políticos y sociales, orientando la sanidad hacia un modelo integral de entender los problemas de salud, de calidad y participativo, en el que la Atención Primaria ocupe una posición de liderazgo.

Apostar por el desarrollo continuo de la Medicina de Familia y de la Atención Primaria, generando nuevos conocimientos apoyados en el avance de la investigación, formando nuevos profesionales y promoviendo la incorporación progresiva de la medicina de familia en la universidad. Debemos dar a conocer a los estudiantes las labores propias de nuestro trabajo y de nuestra especialidad.



Todos los médicos de primaria vamos en el mismo barco, todos independientemente de nuestros valores y procedencia queremos un buen funcionamiento del sistema para nosotros

y para nuestros pacientes. Que la Atención Primaria y el Centro de Salud tengan la importancia y dotación que se merecen. Por tanto si se ha optado por esta denominación.

EN ATENCION PRIMARIA SOMOS TODOS MEDICOS DE FAMILIA

BIBLIOGRAFIA

1. <http://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/docs/medifamiliar.pdf>
2. <https://www.boe.es/boe/dias/1984/02/01/pdfs/A02627-02629.pdf>
3. <http://www.alma-ata.es/declaraciondealmaata/declaraciondealmaata.html>
4. [file:///C:/Users/usuario/Downloads/DPPMMLHM_Amigo_Rodriguez_P_Institucionalizacion_de_la_medicina%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/usuario/Downloads/DPPMMLHM_Amigo_Rodriguez_P_Institucionalizacion_de_la_medicina%20(1).pdf)
5. <https://www.saludinforma.es/portalsi/web/salud/calidad-informacion-sanitaria/encuestas-satisfaccion>
6. <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1979-3116>. Real Decreto 3303/1978, de 29 de diciembre, de regulación de la medicina de familia y comunitaria como especialidad de la profesión médica.
7. http://www.semfyc.es/es/informativo/la_especialidad/
8. <https://www.boe.es/boe/dias/1986/04/29/pdfs/A15207-15224.pdf> Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.