



## **Sociedad Castellano-Manchega de Médicos Generales y de Familia**



**TOLEDO - CASCO HISTÓRICO**  
**Palacio de Benacazón, 14 y 15 de Noviembre de 2008**

**N.º 21**

**ABRIL 2008**

## VISTA Y PLANO DE TOLEDO

### REVISTA:

«Sociedad Castellano-Manchega de Médicos Generales y de Familia»  
Comunicación de Soporte Válido  
N.º 1-CLM

### CONSEJO EDITORIAL

Carlos Miranda Fernández-Santos  
Fernando Gómez Ruiz  
Ángel Modrego Navarro  
Juan Antonio Trigueros Carrero  
Juan Antonio Martín Jiménez  
Francisco Matador Alcántara  
Pedro J. Tárraga López

### COMITÉ ASESOR

Ricardo Abengózar Muela  
José Luis del Burgo Fernández  
F. Javier Durán Rodríguez  
Antonio Fernández-Pro Ledesma  
José Luis Gismera Cortezón  
Julio Hernández Moreno  
Fernando Jiménez Díaz  
Aureliano Prieto González  
Antonio Prieto Perea  
Juan José Rodríguez Sendín  
Andrés Santoyo Hernández  
Juan Julio Ballesteros Ortega  
Josefina Fernández Rubio  
M.ª Vega Martínez Escudero

### CORRESPONDENCIA

Sociedad Castellano-Manchega  
de Médicos Generales y de Familia  
C/. Canarias, 3  
45005 TOLEDO

E-mail: [cmirandaf@sescam.jccm.es](mailto:cmirandaf@sescam.jccm.es)  
[fgomezr@semg.es](mailto:fgomezr@semg.es)

Web: [www.semg.es](http://www.semg.es)

Imprime: Imprenta Moreno-Ventas  
Depósito Legal: TO-1.489-2001  
I.S.S.N.: En trámite

### Portada

Doménikos Theotokópoulos. Óleo sobre lienzo 132 x 228 cms. 1608. Toledo. Museo de El Greco. (Actualmente puede visitarse en Toledo, Museo Victorio Macho Roca Tarpeya).

La “Vista y plano de Toledo” de El Greco se ha comparado con la famosa “Vista de Toledo” del Metropolitan de Nueva York y se considera una de sus más importantes pinturas de la última época del pintor cretense, fechándose aproximadamente entre 1610 y 1614. Se relaciona esta pintura con la “Vista de Venecia” de Jacopo de Barbari fechada en 1500.

Aún hoy es fácil identificar los monumentos de la ciudad en la vista de ambos cuadros. En la “Vista y plano de Toledo” un joven despliega el plano topográfico de Toledo mientras a la izquierda, El Greco representa a otro joven, esta vez de color dorado, con una cornucopia y un cántaro volcado que representa al río Tajo.

En primer plano y sobre una nube, el hospital de San Juan Bautista o de Tavera girado 180º a su disposición real, para poder ofrecernos su fachada principal, casi como está hoy en día, y no ocultar entonces la Puerta de Bisagra. La inscripción del plano nos lo indica y El Greco explica allí cómo pinta también la aparición de la Virgen a San Ildefonso, patrón de Toledo, para imponerle la casulla.

San Ildefonso, primer arzobispo toledano, nació en Toledo en 606, hijo de visigodos. Se trasladó a Sevilla para formarse junto a San Isidoro. Vuelto a Toledo y tras superar las presiones paternas, por intercesión de su madre y de San Eugenio, se hace monje y llegó a ser abad del monasterio de San Cosme y San Damián. A la muerte de sus padres fundó un convento de monjas en el pago llamado Deisla, no localizado. A la muerte de su tío San Eugenio III fue nombrado arzobispo de Toledo el 1 de diciembre de 659. Autor de “De virginitate perpetua Sanctae Mariae adversus tres infidelis” para desmontar a la secta joviniana, la Virgen se le apareció al entrar en la catedral para cantar maitines con el Cabildo. Ella ocupaba su silla de predicación y diciéndole “Ílégate a mí, siervo muy amado de Dios, y recibe de mi mano este regalo que te traigo de los tesoros de mi Hijo”, puso sobre sus hombros una riquísima casulla y se desvaneció como humo.

Esta representación se ha convertido en el segundo emblema de la ciudad de Toledo. El 23 de enero de 668 falleció San Ildefonso y fue enterrado en la iglesia de Santa Leocadia hasta que tras la invasión de los árabes, se trasladaron sus restos a Zamora.

El Greco representa muchas veces este episodio en sus pinturas. Es posible que el cuadro no se terminara y que la inscripción y el plano fueran obra de su hijo Jorge Manuel. Martín-Cleto, que transcribió el plano, sostiene que la caligrafía parece del hijo.

Este año se cumplen 400 años desde que El Greco lo pintó. Hemos decidido que sea el símbolo de nuestro XIII Congreso.

*Carlos Miranda Fernández-Santos*



La Sociedad Española de Medicina General ha solicitado, y le ha sido concedido, el cambio de nombre, pasando a ser Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia, manteniendo el anagrama SEMG y sin modificar la esencia de sus estatutos y filosofía de ser, más bien para dar la posibilidad de sentirse identificados a muchos compañeros que compartiendo las mismas inquietudes, han sido formados y ejercen en el concepto de medicina de familia, nada distinto por otra parte, a lo que hacemos todos a diario en nuestras consultas. La Sociedad Castellano-Manchega adapta su denominación a los nuevos estatutos SEMG.

Este nuevo número de SCMMG, el 22, nos sirve para presentar el XIII Congreso autonómico que, como se puede comprobar en el programa provisional, está dedicado a ofrecer los últimos avances y evidencias en un tema tan importante como la Diabetes Mellitus tipo 2. Es un nuevo reto, en un nuevo formato que, esperamos, genere en todos inquietud e interés. Animaros a participar en comunicaciones, pósters e imagen clínica.

El casco histórico de la ciudad de Toledo, que inicia la celebración del IV Centenario de la muerte de El Greco, creemos será un marco inmejorable para complementar formación científica y cultural.

## XII CONGRESO TALAVERA DE LA REINA SELECCIÓN DE COMUNICACIONES ORALES

### DISFUNCIÓN ERÉCTIL Y RIESGO CARDIOVASCULAR

**Autores:** Ángel Celada Rodríguez, Miguel Cerdán Oliver, José Miguel Ocaña López, Mateo A. López Cara, Miguel Palomino.

**Objetivo:** Valorar la prevalencia de Disfunción Eréctil (D.E.) en enfermos con enfermedades de riesgo cardiovascular.

Determinar la relación de DE con factores y enfermedades de riesgo cardiovascular.

**Metodología:** Durante seis meses de 2005 se captarán 999 pacientes con Enfermedad Cardiovascular crónica: 333 diabéticos, 333 hipertensos y 333 con hipercolesterolemia.

Se citará en consultas de los centros de salud participantes a pacientes mayores de 18 años que estén diagnosticados de estas enfermedades a los que se les tomará los siguientes datos:

Se valorarán las variables: edad, fecha nacimiento, peso, talla, IMC, consumos: de alcohol, tabaco, otras drogas.

Parámetros Lipídicos: Colesterol Total (CT), Triglicéridos (TG), cLDL, cHDL, Índice Aterogénico (IA): CT/HDL.

Parámetros glucémicos: Glucemia basal, Hgb glicada.

Cifras Tensionales: Tres tomas, válida la media de las dos últimas.

Data de las enfermedades.

Otras enfermedades.

Medicación que toma.

En la misma cita se le pasa el Cuestionario SHIM de DE y el LISSAT 8 de calidad de vida.

Según el resultado de éste tendremos dos grupos:

1.- Pacientes con DE.

2.- Pacientes no DE.

2.ª Parte: Análisis Estadístico.

Con estos dos grupos se hará un análisis estadístico relacionando todas las variables obtenidas en los dos grupos entre sí. Determinando y valorando las que tienen diferencias estadísticamente significativas.

Igualmente se determinará el estado de salud mediante el cuestionario IEFF obtenido.

3.ª Parte: Intervención.

Durante tres meses se hará un tratamiento de intervención tanto médico como psicológico. Y al terminar se pasará de nuevo los cuestionarios SHIM-IEFF para valorar eficacias de la intervención.

**Resultados:** Durante el primer mes se han realizado 95 encuestas, la edad de los participantes es de 65,86 años. Un 87% están casados. Un 30% son fumadores, un 61,4% reconocen tomar alcohol. El 48% son diabéticos, el 72% están diagnosticados de HTA y el 47,5% dislipemias. Un 38,6% obtienen una puntuación de 10 o menos en el SHIM, un 34,2% de 11 a 16 y sólo el 25,2% obtiene puntuación superior a 16. Un 85,7% de los participantes admite tener DE.

**Conclusiones:** En nuestro estudio hay una alta proporción de DE entre los afectos de Enfermedad Cardiovascular.

# INCIDENCIA DE CÁNCER COLORRECTAL

**Autor:** Juan Solera Albero.

**Objetivo:** Conocer el patrón de consumo alimentario y de estilo de vida de la población de estudio y evaluar la relación de los componentes de este patrón con la incidencia del Cáncer Colorrectal (CCR).

**Métodos:** Se trata de un estudio observacional, descriptivo y analítico, de sección transversal. Los datos que nos permiten clasificar las zonas de la provincia de Albacete, España, como de alta y baja incidencia del CCR se han obtenido de los archivos de los Servicios de Cirugía y Anatomía Patológica del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete y del Hospital Comarcal de Hellín, así como de las clínicas privadas de nuestra provincia y el Registro de Cáncer de la Delegación Provincial de Sanidad de Albacete, durante los años 1992 a 1999, las 33 zonas de salud que conforman la provincia. Se seleccionaron las tres zonas básicas de salud con más alta incidencia de CCR y las tres con más baja incidencia de CCR, así como los 25 censos de las poblaciones que pertenecían a estas dos zonas de alta y baja incidencia. Mediante muestreo aleatorio sistemático entre la población de 50 años o más, 445 personas fueron seleccionadas para ser incluidas en el estudio.

Posteriormente se realizó la encuesta en las dos zonas: alta y baja incidencia. Utilizando un modelo de regresión logística se calcularon las variables que de modo independiente estaban asociadas tanto a la zona de alta como a la de baja incidencia.

**Resultados:** Durante el período de estudio han aparecido en nuestra área 531 casos de CCR, de los

que 291 (54,99 %) eran hombres, con una tasa media de 15,9 por 100.000 hab/año.

Los resultados seleccionaron como zonas de mayor incidencia a Elche de la Sierra con una tasa de 30,2 por 100.000 hab/año, seguida de Alcadozo con 28,3 por 100.000 hab/año y Ontur con 26,9 por 100.000 hab/año.

Mientras que las zonas de menor incidencia son Ossa de Montiel con un 5,9 y en Munera con un 5,1 por 100.000 hab/año. Balazote con 6,5 por 100.000 hab/año también forma parte del grupo de baja incidencia.

De las 450 personas seleccionadas, completaron correctamente la encuesta 414 personas, el 92%.

En el modelo de regresión logística ajustado por diferentes variables, un grado de actividad física elevada (odds ratio (OR) 3,38, intervalo de confianza (CI) del 95% 1,30-8,84) y la presencia de antecedentes familiares de cáncer que no eran de primer grado (OR 3,38, 95% CI 1,45-7,90) estuvieron asociados a baja incidencia de cáncer, mientras que aquellos que consumían cualquier tipo de alcohol (OR 1,79, 95% CI 1,08-2,96), pasta y arroz entre 3 y 7 días a la semana (OR 2,23, 95% CI 1,33-3,72), consumo de huevos y/o tortilla entre 3 y 7 días a la semana (OR 2,68, 95% CI 1,49-4,80) y beber agua más de 2 litros diarios (OR 2,87, 95% CI 1,51-5,46) presentaron asociación con la zona de alta incidencia de cáncer.

**Conclusiones:** En nuestro estudio una actividad física elevada se encuentra asociada a una zona de baja incidencia de CCR, mientras que el consumo de alcohol y consumos elevados de pasta, arroz, huevos y agua lo están con una zona de alta incidencia de CCR.

## NORMAS DE PUBLICACIÓN

Los trabajos deben remitirse por duplicado a: Sociedad Castellano-Manchega de Médicos Generales y de Familia. C/. Canarias, 3 - 45005 Toledo. E-mail: cmirandaf@sescam.jccm.es - fgomezr@semg.es.

El texto se remitirá en hojas tamaño DIN-A4, impresas a doble espacio, tipo arial, tamaño 12 y por una sola cara numerada. Dichas copias deberán acompañarse de una versión en soporte informático (disquette) formato Word para Windows 95 o superior. Deben constar los datos personales y dirección del autor o autores.

El Consejo de Redacción acusará recibo de todos los trabajos recibidos, comunicando al autor su aceptación o no para su publicación.

# ESTUDIO DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL DURANTE 2006 EN UNA CONSULTA DE MEDICINA GENERAL

**Autor:** Francisco Javier Rodríguez Moroño (Centro de Salud de Santa Bárbara).

**Palabras clave:** Estudio, incapacidad, patologías, consulta, año.

**Objetivos:** Con el estudio se pretende determinar el patrón epidemiológico de las patologías que ocasionan absentismo laboral.

**Diseño del estudio:** Estudio epidemiológico descriptivo de 171 pacientes que precisaron partes de IT con baja y alta ocurridos en el transcurso de 2006 en una consulta de medicina general.

Las variables recogidas corresponden a: edad, sexo, patología previa, intensidad del trabajo, actividad, motivos, diagnósticos, solicitud y tiempo de baja.

El análisis estadístico de los datos se ha realizado mediante el empleo del programa informático Sigma 2.

**Emplazamiento:** El estudio se ha realizado en una consulta de medicina general. Este cupo tiene adscritas a 1 de julio de 2006 un total de 1.872 tarjetas sanitarias, 926 varones (49,5%) y 946 mujeres (50,5%), mayores de 14 años.

**Participantes:** Se han analizado 171 casos de pacientes mayores de 18 años pertenecientes todos a dicha consulta que solicitaron baja médica, y ésta les fue facilitada mediante parte de baja IT. De ellos, 101 (59%) eran varones y 70 (41%) mujeres, de edades comprendidas entre los 18 y 65 años de edad. Los casos han sido recogidos desde el 1 de enero de 2006 hasta el 31 de diciembre de 2006, ambos inclusive.

**Mediciones y resultados:** Los grupos de edad más afectados corresponden al de 45-55 años 56 (32,7%); seguido del 35-45 años 52 (30,4%). De ellos, 54 (32%) presentaban patología previa. Valorando la intensidad del trabajo, el 33% de las bajas correspondían a trabajadores que realizaban una actividad sedentaria; el 23% de ellas correspondían a una intensidad baja; 36% media y sólo

un 7,4% intensa. A los servicios corresponden 97 (57%) bajas y 74 (43%) a la industria. El motivo más frecuente de IT fue el traumatológico, 58 casos (33,9%), seguido por las intervenciones quirúrgicas 26 (15,2%) y las alteraciones genito-urinarias 24 (14%). Por enfermedad se produjeron 156 (91,2%) casos, 12 (7%) por accidente no laboral y 3 (1,75%) por accidente laboral. En cuanto a la solicitud de la baja 150 (88%) solicitó la baja por sí mismo y a 21 (20%) les fue ofrecida por el médico. El tiempo medio de baja fue de 26,7 días, siendo de 32,5 días para las mujeres y 21 días para los varones. Referido a los días de IT según los hábitos/antecedentes, los obesos presentan una media de días de baja por proceso de 37, el alcohol y tabaco 25 y 24 días respectivamente y los deportistas 2 días ( $p < 0,05\%$ ). En cuanto a la medias de días de IT por proceso, los obstétricos tienen una media de 84 días, seguido por los procesos psiquiátricos 48 días, y los genito-urinarios 46 días. El mayor número de bajas 28 (16,3%) se produjeron en el mes de marzo; así mismo también en este mes se produjo el mayor número de altas 28. En cuanto a los diagnósticos de bajas por sexos, tanto en el varón como en la mujer el mayor número de ellas se produjeron por procesos respiratorios 32, 27 seguidos por los procesos traumatológicos 27 y 17 casos respectivamente. Quienes tenían enfermedades previas presentan una media de 38,3 días de baja, frente a quienes no las presentan 19,5 días. Quienes trabajan en la industria presentan una media de días de baja de 32 días y los de los servicios de 22,8.

## Conclusiones:

1.- Existe cierta relación entre patologías de IT con la edad y sexo.

2.- Ciertas patologías mantienen distribuciones estacionales.

3.- Se encuentra relación entre el trabajo desarrollado y días de baja.

4.- A mayores hábitos de ejercicio físico menos días de baja.

5.- Debemos valorar mejor la información que se desprende del parte de IT.

# EVIDENCIAS CLÍNICAS SOBRE INFECCIÓN URINARIA, EN UN ESTUDIO DE 50 CASOS, EN UNA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

**Autor:** Francisco Javier Rodríguez Moroño (Centro de Salud de Santa Bárbara).

**Palabras clave:** Infección, orina, casos, descripción evidencias.

**Objetivos:** Conocer las manifestaciones de la enfermedad tanto clínicas, analíticas y evolutivas desde la evidencia de la práctica médica en el primer escalón de la misma; es decir, en una consulta de Atención Primaria.

**Diseño del estudio:** Se trata de un estudio epidemiológico descriptivo. Se han estudiado 50 casos de pacientes mayores de 14 años que han presentado una infección urinaria; recogidos durante un período de 12 meses, desde el 1 de julio de 2006 hasta el 30 de junio de 2007.

Las variables recogidas corresponden al sexo, edad, antecedentes personales, motivo de consulta, clínica, exploración, diagnóstico (cultivo, tira de orina Uristik 10), tratamiento y respuesta al mismo con cultivo posterior.

El análisis estadístico de los datos se ha realizado mediante el empleo del programa informático Sigma 2.

**Emplazamiento:** El estudio se ha realizado en una consulta de medicina general. Este cupo tiene adscritas a 1 de julio de 2006 un total de 1.872 tarjetas sanitarias, 926 varones (49,5%) y 946 mujeres (50,5%), mayores de 14 años.

**Participantes:** Se han analizado 50 casos de pacientes con diagnóstico de infección urinaria pertenecientes todos a dicha consulta. De ellos, 7 (14%) eran varones y 43 (86%) mujeres, de edades comprendidas entre los 14 y 86 años de edad. Los casos han sido recogidos desde el mes de julio de 2006 hasta el mes de junio de 2007, ambos inclusive.

**Mediciones y resultados:** Los grupos de edad más afectados corresponden al de >65 años (30%) y 55-64 años (20%). El motivo por el que acudieron a consulta fueron: disuria y/o polaquiuria 22 (44%); Control de enfermedades previas: 15 (30%); Dolor costal y/o lumbar 9 (18%); Astenia: 2 (4%); Dolor Abdominal 1 (2%); Dolor testicular 1 (2%). En la exploración clínica

sólo 16 (32%) pacientes presentan puño percusión renal positiva. Presentaban ITU previas 18 pacientes (36%), 6 de los cuales tenían antecedentes de diabetes. Referido a los diagnósticos, se realizaron 29 (58%) cultivos previos a tratamiento, de los cuales 11 (37,9%) fueron positivos y 18 (62%) negativos. Los cultivos positivos lo fueron 9 (81,8%) a E. Coli y 2 (19,2%) a Klebsiella. Más específicamente, de los cultivos realizados sólo con sospecha clínica, previos al tratamiento 8 (27,58%), fueron positivos 3 y 4 negativos. De los que se realizaron además de la clínica mediante tira de orina positiva, previo a tratamiento 9 (31%) en total, 4 fueron positivos y 5 negativos; y aquellos que se realizó cultivo previo a tratamiento por tener una analítica de orina con leucocituria y/o piuria 12 (41,3%) en total, 4 fueron positivos y 8 negativos. No existe diferencia significativa entre los diagnósticos realizados mediante tira y cultivo previo a tratamiento, pero sí entre ellos con respecto al sistemático de orina ( $p < 0,05\%$ ). Fueron tratadas 38 (76%) pacientes; 21 (55,2%) con derivados de la penicilina, 8 (21%) con derivados fosfomicínicos y 9 (23,6%) con quinolonas. Tras el tratamiento, mostraron resistencias, dando cultivo positivo a las penicilinas 3 (7,8%); 2 (5,26%) a fosfomicina y 5 (13,5%) a las quinolonas ( $p < 0,05$ ). El mayor número de diagnósticos fue la cistitis 17 (34%); ITU asintomática 14 (28%); 9 (18%) no determinados, 6 (12%) cólico renal; 2 (4%) pielonefritis y 2 (4%) prostatitis.

## Conclusiones:

1.- El grupo de edad más afectado corresponde al de mayores de 65 años.

2.- El motivo más frecuente de consulta fue la disuria y/o polaquiuria.

3.- El 44% de los pacientes que presentaban ITU previa tenía antecedentes de diabetes.

4.- La mayoría de las ITU en AP son por E. coli.

5.- No existe diferencias significativas referidas al cultivo + si se realiza el diagnóstico mediante clínica + tira, o bien clínica y cultivo, pero sí entre ellos y el sistemático de orina con leucocituria y/o piuria ( $p < 0,05\%$ ).

6.- No existen diferencias significativas entre el tratamiento por amoxicilina-clavulánico y fosfomicinas, pero sí entre ambos y el tratamiento con quinolonas ( $p < 0,05\%$ ), produciendo este último más resistencias.

7.- El diagnóstico más frecuente fue el de cistitis.

## EFECTIVIDAD DE ATORVASTATINA E HTA

**Autores:** Jaime de Miguel Clave, Juan Solera Albero, Pedro J. Tárraga López, Ángel Celada Rodríguez, Miguel Cerdán Oliver, José Miguel Ocaña López, Mateo A. López Cara y Miguel Palomino.

**Objetivo:** Evaluar la efectividad de Atorvastatina 10 mg sobre la presión arterial (PA) en pacientes hipercolesterolémicos e hipertensos en Atención Primaria (AP).

**Diseño:** Estudio prospectivo, abierto y aleatorizado de intervención en condiciones de uso habitual en pacientes hipercolesterolémicos e hipertensos.

**Participantes:** Doscientos cuarenta y cinco pacientes que tras la vista basal se distribuían en 2 grupos, el de estudio tratado con Atorvastatina 10 mg de 129 pacientes y el de control 116 pacientes que fueron tratados con otras estatinas a las dosis equivalentes (Simvastatina 20 mg, Fluvastatina 40 mg y Pravastatina 20 mg).

**Mediciones principales:** Se siguieron las recomendaciones de la OMS/SIH en la medición de la PA y el diagnóstico de control. Además se evaluaron presión del pulso y parámetros lipídicos. Se realizaron 3 visitas

durante 6 meses de seguimiento. El tratamiento antihipertensivo no se debe variar durante el estudio, si algún paciente cambia el tratamiento antihipertensivo sale del estudio.

**Resultados:** En ambos grupos se redujeron significativamente los parámetros lipídicos a los 3 y 6 meses: Grupo estudio redujo a los 3 meses (CT -41,69, HDL -2,12, LDL 32,08 y TGC -29,28) a los 6 meses (CT -60,40, HDL -0,35, LDL -46,07 y TGC -43,68), el grupo de control a los 3 meses (CT -40,38, HDL -0,21, LDL -28,44 y TGC -17,55) y a los 6 meses (CT -56,78, HDL -2,21, LDL -38,17 y TGC -31,90). Ambos grupos redujeron las cifras de PA: el de estudio (la sistólica a los 3 meses -8,21 mm Hg y -10,44 mm Hg a los 3 y 6 meses respectivamente mientras que el grupo de control -3,70 y -3,34 mm Hg, la diastólica el grupo de estudio -4,79 y -6,44 a los 3 y 6 meses respectivamente, mientras el de control -0,84 y -1,25 mm Hg y la presión del pulso en el grupo de control -3,05 y -6,44 a los 3 y 6 meses y para el de estudio -2,12 y -2,05.

**Conclusiones:** En Atención Primaria el tratamiento con estatinas a pacientes hipercolesterolémicos con hipertensión redujo los parámetros lipídicos y las cifras de PA.

### NOTA DE LA REDACCIÓN

Con este nuevo número “Sociedad Castellano-Manchega de Médicos Generales y de Familia” continúa una periodicidad trimestral, esperando llenar un vacío de comunicación en la Atención Primaria de nuestra Autonomía y deseando la colaboración de todos los que trabajamos en ella. Artículos científicos, Comunicaciones, Cartas, Convocatorias y todo cuanto sea de interés para mejorar nuestra formación y comunicación, tiene cabida en esta, vuestra Revista.

Os recordamos que para ser socio debes hacer la inscripción en la Nacional, utilizando el Boletín que publicamos en este número.

El precio es de 50 euros anuales, que da derecho, entre otras cosas, a recibir esta revista y “Medicina General”.

El doctor Enrique Arjona Laborda nos ha hecho llegar su Tesis Doctoral “Conducta Sexual y Calidad de vida de los ancianos institucionalizados en la provincia de Albacete”. 2007.

Un trabajo de excelente calidad que esperamos nos desarrolle en próximas colaboraciones, pero que nos llena de satisfacción. Un ejemplo a seguir.

¡Enhorabuena Enrique!



## XII CONGRESO TALAVERA DE LA REINA SELECCIÓN DE PÓSTERS

### APLICACIÓN DE UN PROTOCOLO DE VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL A ANCIANOS INMOVILIZADOS DE UNA POBLACIÓN RURAL

**Autores:** Antonio del Valle Cuerva, Domínguez Sánchez-Migallón, P. (Centro de Salud de Manzanares, Ciudad Real).

**Palabras clave:** Anciano, valoración geriátrica, inmovilizado.

**Introducción y objetivo:** La valoración geriátrica integral (VGI) es un proceso multidimensional e interdisciplinario que pretende cuantificar todas las alteraciones importantes en la esfera médica, funcional y social del anciano.

El **objetivo** es evaluar el resultado de un protocolo de VGI aplicado a la población anciana de 75 y más años inmovilizada no institucionalizada, así como detectar patología no conocida.

**Pacientes y Método:** Estudio transversal descriptivo durante los meses de Febrero y Marzo de 2006 en un cupo de Castellar de Santiago con 1.106 pacientes y tienen 75 años o más 183 (107 mujeres y 76 hombres) de los que 20 están inmovilizados y no institucionalizados. Se utilizó una hoja de recogida de datos específica que se completó mediante visita concertada a domicilio de cada uno de los mismos, anotando otras enfermedades asociadas, síndromes geriátricos y cuidador habitual.

**Resultados:** De los 20 pacientes incluidos 10 eran hombres y 10 mujeres (rango 75-90 años) con una edad media de 84,1 (+/- 4,44): Hombres 84,20 (+/- 5,18) Mujeres 84 (+/- 3,65) y todos sin estudios o estudios primarios incompletos. El 55% tienen una dependencia leve para ABVD. El 25% grave o total. El 65% no presenta deterioro cognitivo y el 15% moderado grave. En el 80% hay riesgo social, el 15% riesgo de problema social. El 75% presenta HTA, siendo la obesidad más prevalente en las mujeres, mientras que el EPOC/ASMA y cáncer lo son en hombres. Hay más mujeres que hombres que presentan ciertos síndromes geriátricos (incontinencia, estreñimiento, trastornos del equilibrio y caídas). Hay diferencias (no significativas  $p = 0,09$ ) en cuanto al cuidador principal según sexo.

#### **Conclusiones:**

1.- La VGI nos permite tener una visión global de los problemas de cada paciente, muchos ya conocidos pero otros que se han detectado al aplicar este protocolo: 2 (10%) de depresiones de nuevo diagnóstico, y 18 (90%) de disfunción familiar.

2.- Los síndromes geriátricos están presentes aproximadamente en el 50% de los pacientes (75% con trastornos sensoriales y la polifarmacia en el 80%).

3.- Al ser una muestra menor de 30, algunos resultados no pueden ser correctamente interpretados.



La Sociedad Castellano-Manchega de Médicos Generales y de Familia agradece a todos los que, con su inestimable colaboración, han hecho posible esta publicación.



# ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA EN LA ZONA DE SALUD DE MANZANARES, CIUDAD REAL

**Autores:** Domínguez Sánchez-Migallón, P., de Diego Sierra, D., Fernández Cañaveras, M. I., (en representación del EAP y PAC de Manzanares, Ciudad Real).

**Palabras clave:** Contracepción, intercepción, postcoital.

**Introducción:** El uso de la anticoncepción de emergencia (AE) ha adquirido una importancia progresiva, solicitada ante un supuesto fallo en el método “barrera” utilizado, o una relación sexual no planeada. Mediante la AE puede prevenirse entre el 57-85% de los embarazos no deseados, siendo >95% si se utiliza dentro de las primeras 24 horas.

**Objetivo:** Conocer las características de las demandantes de la AE en la Zona de Salud.

**Pacientes y método:** Inclusión de todas las

pacientes que soliciten la AE en el período desde el 31 de mayo al 30 de noviembre de 2006, mediante la recogida de datos epidemiológicos (en una hoja específica): edad, días desde última regla, motivo de solicitud, tiempo desde la relación, método usado previamente, uso previo de AE, día y hora de la solicitud y derivación al médico de cabecera.

**Resultados:** Se han indicado AE a 33 mujeres con una edad media de 23,2 años (DE 8,13; rango 14-47 años), siendo el 18,2% menores de edad. Días del ciclo: 0-5 días (24,2%), 6-10 días (15,1%), 11-15 días (21,2%), 16-20 días (21,2%), 21-28 días (9,9%), no consta (33,3%). Tiempo desde la relación: 0-6 horas (18,2%), 7-12 horas (27,2%), 13-18 h (21,2%), 19-24 horas (3%), 25-48 horas (15,1%). Motivo de solicitud: 66,6% (rotura de preservativo) 33,3% (relación sin protección). Uso de método previo: 72,7% (preservativo). Día y hora de solicitud:

	8:00-14:59	15:00-21:59	22:00-7:59	TOTAL
<b>Lunes</b>	-	6	2	8
<b>Martes</b>	1	3	3	7
<b>Miércoles</b>	1	3	3	7
<b>Jueves</b>	-	1	-	1
<b>Viernes</b>	-	2	1	3
<b>Sábado</b>	-	1	2	3
<b>Domingo</b>	-	-	4	4
	2	16	15	33

**Conclusiones:** La solicitante de la AE suele ser de 18-25 años de edad, que la pide en el 60% antes de las 12 horas de la relación, por rotura de preservativo (en 72,7%), y que suele utilizar método barrera en el 72,7%. Ha usado anteriormente la AE

en el 27,2%.

La demanda se hace en el PAC (93,9%), siendo el lunes por la tarde (desde las 15 a 21,59 horas) el mayor número de solicitudes. Sólo el 6,1% ha acudido al Centro para solicitar la AE.

Sociedad Castellano-Manchega de Médicos Generales y de Familia no se responsabiliza de las opiniones de los autores ni necesariamente está siempre de acuerdo con su contenido.



MEDICINA GENERAL  
 PALACIO DE BENACAZÓN  
 TOLEDO  
 CASCO HISTÓRICO  
 14 Y 15 DE NOVIEMBRE DE 2008



SOLICITADO INTERÉS CIENTÍFICO-SANITARIO A LA CONSEJERÍA DE SANIDAD DE LA JUNTA DE COMUNIDADES DE CASTILLA-LA MANCHA

## VIERNES, 14

De 16,00 a 20,00 horas:

Recogida de Documentación.

De 16,00 a 19,30 horas:

Talleres de Formación (Acreditados).  
 Actividad Asociación de Pacientes.

20,30 horas:

Palacio de Benacazón:  
 Inauguración Oficial del Congreso.  
 Cocktail.

## SÁBADO, 15

De 10,00 a 12,00 horas:

Mesa de Debate:  
 «Avances Terapéuticos en Diabetes Mellitus Tipo 2».

De 12,00 a 12,30 horas:

Descanso. Café.

De 12,30 a 14,00 horas:

Mesa de Debate:  
 «Diabetes y Enfermedades Cardio-Vasculares: Últimos Objetivos Terapéuticos».

14,15 horas: Comida de Trabajo.

16,30 horas:

Lectura de Comunicaciones Orales.

De 17,30 a 19,30 horas:

Mesa de Debate.  
 «El Greco y los Médicos:  
 De D. Rodrigo de la Fuente al Dr. Marañón».

19,30 horas:

Conferencia de Clausura.  
 Acto de Clausura y Entrega de Premios.

21,30 horas:

Cena de Clausura.

## BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN

Dr. D./Dña.: .....

Domicilio: .....

Código Postal: ..... Población: .....

Teléfono: ..... Fax: ..... E-mail: .....

Centro de Trabajo: .....

Acompañante Fecha y firma:

Nombre y Apellidos: .....

## CUOTAS DE INSCRIPCIÓN

<input type="checkbox"/> Socios de SCMG	330,00 Euros	Acompañante	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> No socios	380,00 Euros	Acompañante	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Médicos MIR	200,00 Euros	Acompañante	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

## FORMA DE PAGO

Cheque o transferencia bancaria a nombre del  
XIII Congreso Castellano-Manchego de Médicos Generales y de Familia.  
CAJA CASTILLA LA MANCHA - C/. Andalucía, 6 - 45005 TOLEDO - C/C 2105-0062-31-1290013281

Remitir Boletín de Inscripción junto con la forma de pago (cheque o fotocopia de transferencia) a:  
D. Francisco Matador Alcántara  
Bajada de Castilla-La Mancha, 3 - 3.º A - 45003 TOLEDO  
Teléfono 630 93 58 94 - Fax 925 38 27 58 - 925 22 71 55 - E-mail: med005132@saludalia.com

## RESERVA DE ALOJAMIENTO

**Directamente a:**

### **HOTEL SAN JUAN DE LOS REYES**

**C/. Reyes Católicos, 5 – Teléfono 925 28 35 35 – Fax 925 22 14 10 – E-mail: info@hotelsanjuandelosreyes.com**

### **HOTEL PINTOR EL GRECO**

**C/. Alamillos del Tránsito, 13 – Teléfono 925 28 51 91 – Fax 925 21 58 19 – E-mail: info@pintorelgreco.com**

**Referencia: XIII Congreso Castellano-Manchego de Médicos Generales y de Familia**

Dr. D./Dña.: .....

Domicilio: .....

Código Postal: ..... Población: .....

Teléfono: ..... Fax: ..... E-mail: .....

Centro de trabajo: .....

Tipo de habitación:  Doble Fecha y firma:

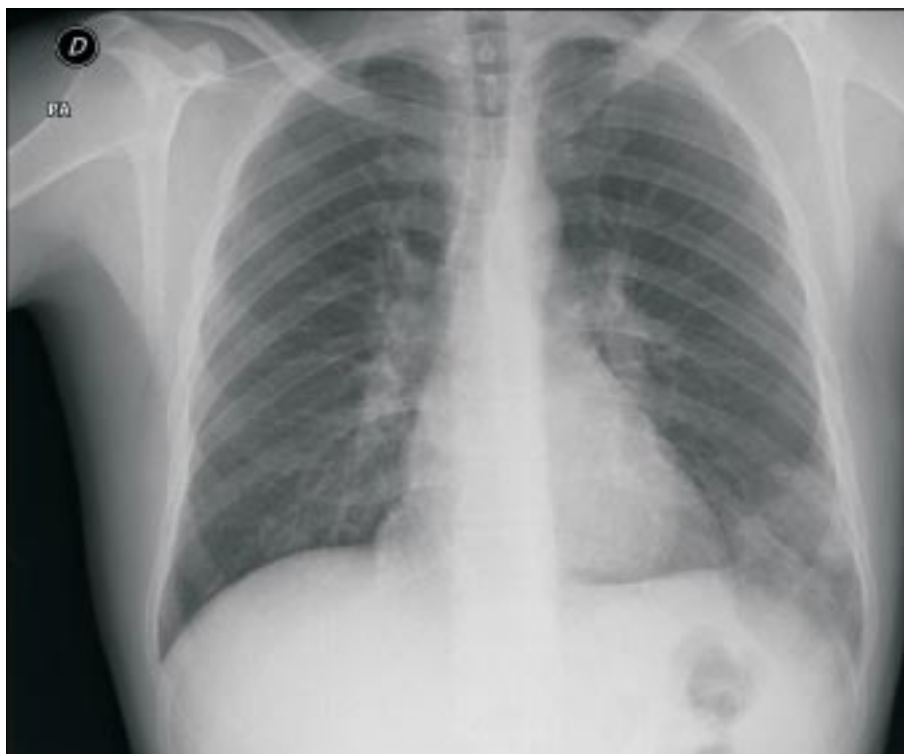
Fecha de entrada: ..... Fecha de salida: .....

N.º de noches: .....

Habitación doble uso individual: 96,00 Euros/noche (Desayuno Buffet incluido) + 7% IVA

## XII CONGRESO TALAVERA DE LA REINA SELECCIÓN DE IMÁGENES CLÍNICAS

Dr. D. Juan Solera Albero - Zona VII Albacete



Varón de 32 años, acude a consulta de su médico de cabecera por presentar escalofríos ocasionales desde hace 3 días y fiebre de 39,8°C. No fumador y no dolor torácico. No otro síntoma. Antecedentes de asma ocupacional desde hace 8 años en tratamiento en la actualidad con Pulmicort y Butoasma.

TA112/59,88 lpm y SO<sub>2</sub>=98%. Eupneico. Visto en dos ocasiones previas por otros colegas y tratado por catarro de vías altas. Auscultación pulmonar normal. Se le pide RX tórax y encontramos con un infiltrado pulmonar en lóbulo inferior izquierdo compatible con neumonía LII.



Paciente de 71 años que acude a consulta por gonalgia. Claudicación intermitente a pocos metros y deformidad en varo de rodillas.

RX con claros signos de artrosis de rodilla y calcificación arterial poplitea y tibial posterior.

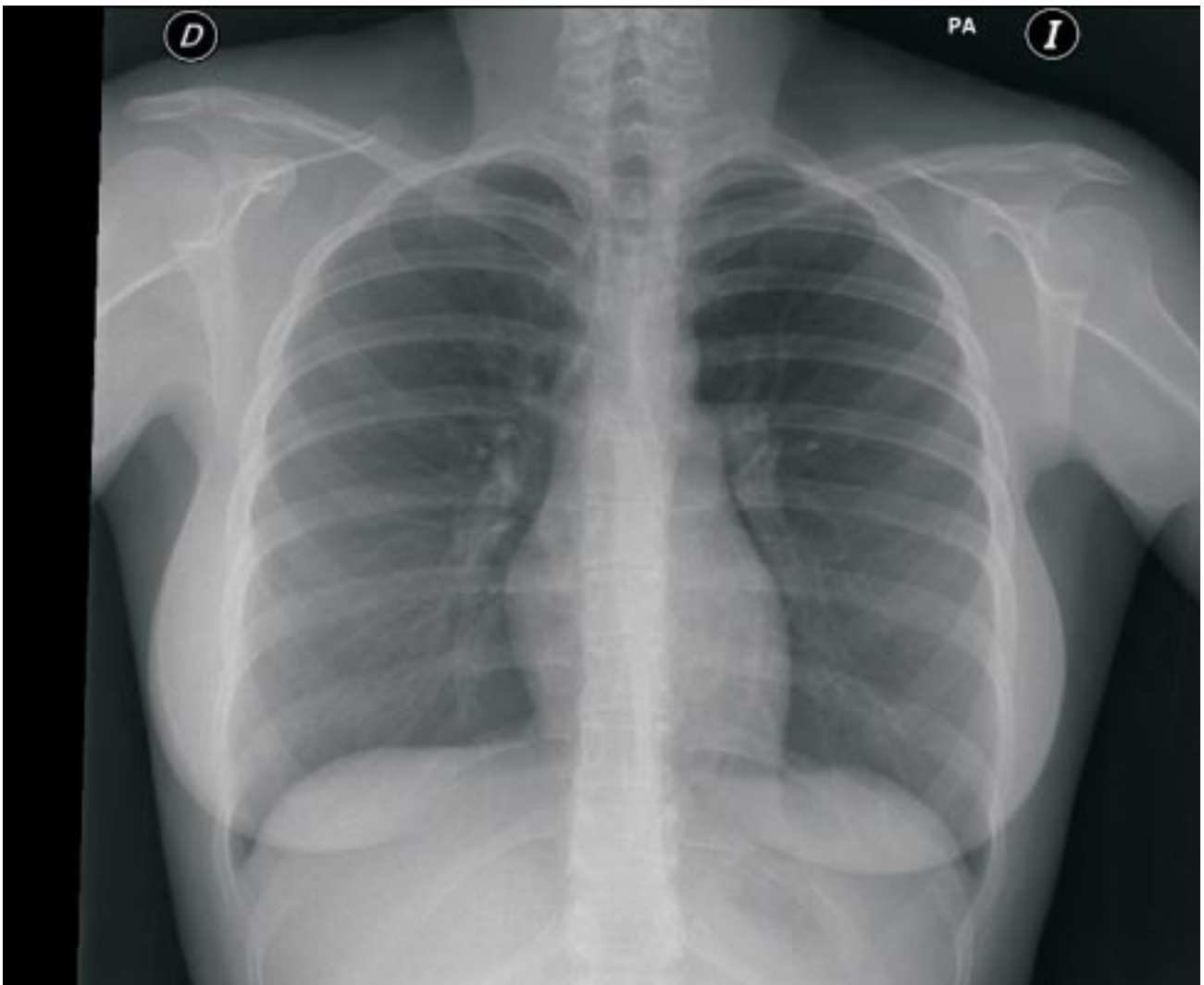
Exostosis ósea femoral pararotuliana.



Paciente de 23 años que tras sufrir accidente de moto ingresa en hospital por fractura de fémur.

Encontrándose en observación en el boss hace una insuficiencia respiratoria. Se descarta neumonía y

neumotórax. Aparece una hipovascularización, joroba de Hampton e infiltrados focales laminares. Derrame pleural. Se ingresa en UCI durante 3 días. Embolismo pulmonar.



**Descripción**

Las imágenes corresponden a la ecografía realizada en consulta de Atención Primaria a una mujer de 69 años que consulta por molestias abdominales difusas y sensación de distensión abdominal de tres

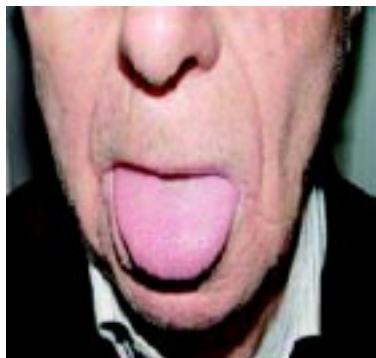
meses de evolución con antecedente reciente de metrorragia. En dicha ecografía se aprecia una imagen hiperecoica de forma irregular, en el seno de otra imagen mucho mayor anecoica y con presencia de ecos aislados en su interior, sugestiva de tumor ovárico con abundante contenido líquido.



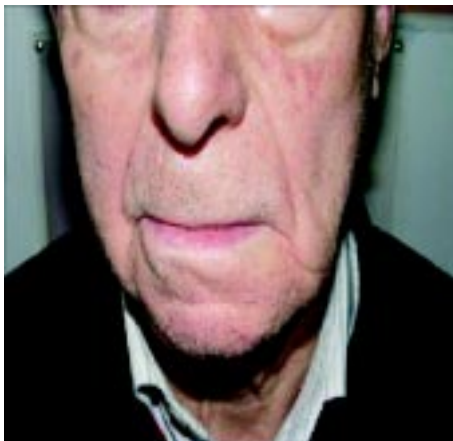
## ONICOMICOSIS BLANCA SUPERFICIAL (TRICOPHYTON)



## SÍNDROME DE MELKERSON ROSSENTHAL



LENGUA PLICATA

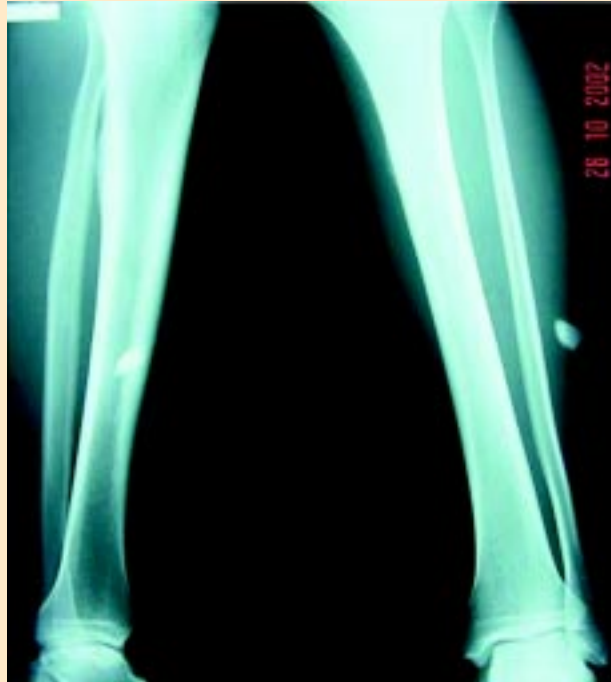


PARÁLISIS FACIAL



EDEMA FACIAL O PERIORAL

## CUERPO EXTRAÑO (TROZO DE CRISTAL EN TERCIO ANTERIOR DE PIERNA IZQUIERDA)



INDURACIÓN EN PIERNA IZQUIERDA TRAS ACCIDENTE DE TRÁFICO, QUE LE «PINCHA» AL PACIENTE TRAS UN MES DE EVOLUCIÓN

## EXANTEMA SÚBITO



EXANTEMA MACULO PULPOSO TRAS TRES DÍAS DE FIEBRE ALTA (> DE 39° C) EN NIÑA DE 20 MESES





## FORMULARIO

### PARA RESUMEN DE COMUNICACIONES CIENTÍFICAS

TÍTULO .....

PALABRA CLAVE .....

Autor/es: 1.º firmante

Apellidos ..... Nombre .....

Dirección ..... Provincia .....

Teléfono ..... Fax ..... E-mail .....

Centro de Trabajo .....

COMUNICACIÓN

PANEL PÓSTER

MATERIAL NECESARIO:

RETROPROYECTOR

PROYECTOR DE DIAPOSITIVAS

CAÑÓN DE VÍDEO

## **NORMAS GENERALES DE PRESENTACIÓN DE RESÚMENES**

### **1.- ADMISIÓN DE RESÚMENES:**

- 1.1.- Fecha límite: 15 de Octubre de 2008.
- 1.2.- Sólo serán admitidos los trabajos originales, no publicados en revista o como comunicación en otros congresos.

### **2.- CUMPLIMENTACIÓN DEL FORMULARIO:**

- 2.1.- El texto de los artículos se enviará en soporte informático (disquete), formato Word para Windows 98 o superior.
- 2.2.- Una copia impresa en papel de la misma versión del artículo que contiene el disquete.
- 2.3.- Constará de:
  - 2.3.1.- Título: deberá ser conciso. Palabras claves: 3.
  - 2.3.2.- Nombre y dirección del autor o autores.
  - 2.3.3.- Resumen: no más de una hoja.
- 2.4.- Nombre y dirección de quien leerá la comunicación (imprescindible estar inscrito en el Congreso).

### **3.- SELECCIÓN:**

El Comité Científico, al aceptar la comunicación, enviará al primer firmante las normas de presentación, así como su inclusión como póster o comunicación oral. A título orientativo, las comunicaciones orales tendrán una duración máxima de 10 minutos.

### **4.- PÓSTER:**

Se presentarán en tamaño 1x0,8 mts.

### **5.- IMAGEN CLÍNICA:**

Se admitirán imágenes clínicas con un pequeño texto explicativo en formato diapositiva Ppt o bien ficheros Jpg en disquete.

### **6.- PREMIOS:**

- Mejor comunicación oral: 600 €
- Mejor póster: 400 €
- Mejor imagen clínica: 300 €

### **7.- ENVÍO:**

Se enviará el original a:  
XIII Congreso Castellano-Manchego de Médicos Generales y de Familia  
Dr. Ángel Modrego Navarro  
Centro de Salud Buenavista  
Avda. de Irlanda, s/n. - 45005 TOLEDO  
amodrego@sescam.jccm.es - Fax 925 22 71 55

## III CURSO DE SALUD SEXUAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

Sociedad Castellano-Manchega de Médicos Generales y de Familia  
Parador Nacional de Cuenca



Fecha	Horario	Contenido	Profesorado
17 Mayo de 2007	09,00 10,30	Introducción: Importancia de la Salud Sexual en la mujer	Dr. Vicent Bataller
17 Mayo de 2007	10,30 12,00	Disfunciones sexuales Femeninas	Dr. Juan Solera Albero Dr. Ángel Celada Rodríguez
17 Mayo de 2007	12,15 13,30	Entrevista Clínica en Salud Sexual: Abordaje de los pacientes acerca de la Calidad de vida, diagnóstico y tratamiento	Dr. Juan Pedro Serrano Selva
17 Mayo de 2007	13,30 14,00	Patología urogenital y su relación con la actividad sexual	Dr. Julio Virseda Rodríguez
17 Mayo de 2007	16,30 17,30	Incontinencia Urinaria y su relación con la actividad sexual	Dr. Pedro J. Tárraga López
17 Mayo de 2007	17,30 18,30	Abordaje urológico de la Incontinencia Urinaria	Dr. Miguel Segura Martín
17 Mayo de 2007	18,30	Abordaje ginecológico de la incontinencia urinaria	Dr. Esteban González Mirasol

### BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN

#### DATOS PERSONALES

Apellidos .....

Nombre ..... D.N.I. / C.I.F. ....

Domicilio .....

Localidad ..... C. P. .... Provincia .....

Teléfono ..... Fax ..... E-mail .....

Centro de Trabajo .....

#### Remitir a:

Sociedad Castellano-Manchega de Médicos Generales y de Familia  
Dr. D. Juan Solera Albero - Centro de Salud Zona 7 (Albacete) - Móvil 696 42 02 65 - Fax 967 50 98 54

