



Sociedad Castellano-Manchega de Médicos Generales y de Familia



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

N.º 22

JULIO 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
fgomezr@semg.es

Web: 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 “Íllégate 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

DECÁLOGO DE MEDIDAS URGENTES PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA

Dr. D. Benjamín Abarca Buján
Presidente de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

Estimado/a compañero/a:

Durante los últimos meses la mayoría de las Comunidades Autónomas han puesto en marcha los planes de mejora para la Atención Primaria acordados a raíz de las movilizaciones de la primavera pasada. Estas acciones se están llevando a cabo con muy distinta velocidad y también dando distinta prioridad a las medidas alcanzadas, debido seguramente a los desiguales puntos de partida.

La realidad es que la mayoría de los médicos de Atención Primaria perciben que la situación, lejos de mejorar, no se ha modificado o incluso ha empeorado, y demandan acciones concretas a sus entidades representativas.

Por todo ello, la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG), en el transcurso de su XV Congreso Nacional y IX Internacional celebrado en Málaga recientemente, presentó un *Decálogo de medidas urgentes*, para ser aplicado en los próximos seis meses, independientemente del cumplimiento a medio plazo de los planes de mejora de cada Comunidad Autónoma y de la Estrategia AP-21.

Este *Decálogo de medidas urgentes*, que fue excelentemente acogido, ha sido elaborado pensando en que su implementación inmediata, sin precisar en su

mayor parte de un aporte presupuestario extraordinario, solamente de voluntad política y cambios en la gestión, pueda dar solución provisional a la difícil situación que atraviesa el primer nivel asistencial, al margen de siguiendo curso a las medidas previstas en los planes de mejora.

De esta forma, me permito remitirte esta carta y solicitar el apoyo de tu organización para poder juntos impulsar el *Decálogo de medidas urgentes*. En caso de que consideres necesaria alguna modificación o la incorporación de otras cuestiones entre las diez medidas, se recogerán siempre que sea una propuesta avalada por la mayoría de organizaciones que lo suscriban. Posteriormente, se remitirá a las Consejerías de todas las Comunidades Autónomas y al Ministerio de Sanidad y Consumo, además de difundirse a los medios de comunicación.

A principios del próximo año se presentará el seguimiento realizado en cada Comunidad Autónoma para su valoración y correspondiente toma de decisiones.

A continuación te detallo las diez medidas propuestas.

Esperando poder contar con la colaboración de tu organización, aprovecho la ocasión para enviarte un cordial saludo.

DECÁLOGO DE MEDIDAS URGENTES

1. No superar 1.500 TIS de población asistida adscrita a cada médico.
2. Implantar la receta electrónica multiprescripción.
3. Elaborar un modelo de Informe de Salud único para todas las administraciones.
4. Regular que la burocracia de otros niveles asistenciales sea realizada por quien la genere (prescripción, cita para revisión, transporte sanitario...).
5. Adecuar los documentos de Incapacidad Temporal al tiempo previsible de duración según cada paciente.
6. Reservar en agenda una hora al día para formación e investigación.
7. Flexibilizar las agendas en función de las características de cada Centro de Salud.
8. Crear la figura de Auxiliar Sanitario de Apoyo en la Consulta (ASAC) y/o regular el rol de todos los profesionales sanitarios y no sanitarios de los Centros de Salud.
9. Aumentar la capacidad resolutoria con el libre acceso a pruebas complementarias.
10. Retribuir las sobrecargas de trabajo al menos en la misma cuantía que la que percibe el personal sustituido.

MANEJO FARMACOLÓGICO DE LA DM 2 ANTIDIABÉTICOS ORALES E INSULINIZACIÓN

Dr. D. Carlos Miranda Fernández-Santos - Centro de Salud "Buenavista" - Toledo
Dr. D. Pablo Miranda García - Hospital "La Princesa" - Madrid

Según la ADA-2008 la diabetes mellitus es un conjunto de enfermedades metabólicas caracterizadas por la hiperglucemia como consecuencia de defectos en la secreción de insulina, en la acción de la insulina, o en ambas cosas a la vez. La hiperglucemia crónica de la diabetes se asocia a daños a largo plazo, disfunción y fracaso de diversos órganos, en especial de los ojos, riñones, nervios, corazón y vasos sanguíneos.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2

En la Diabetes Mellitus tipo 2 coexisten dos defectos principales:

1. La resistencia a la insulina, presente en mayor o menor grado en más del 80% de los pacientes diabéticos, principalmente en aquellos con obesidad central.
2. La insulinodeficiencia.

En función de la predominancia de uno u otro defecto y de diversos aspectos de la evolución de la enfermedad como son el estado ponderal (obesidad o normopeso), complicaciones y otros procesos concomitantes, se realizará la elección de uno u otro fármaco.

Sobre la insulinodeficiencia actúan los fármacos secretagogos (Sulfonilureas y Meglitinidas).

Sobre la resistencia a la insulina la Metformina (de forma indirecta reduciendo la producción hepática de glucosa) y las Glitazonas (aumentando la captación de glucosa en los tejidos muscular y grasa).

Disponemos de otro grupo, los Inhibidores de las Alfa-glucosidasas, que actúan retrasando la absorción de los hidratos de carbono.

Otros estimulan la respuesta insulínica tras la ingestión de hidratos de carbono: Incretinas

Biguanidas: Metformina

Inhibe la neoglucogénesis hepática. Es el fármaco inicial de elección en todos los pacientes con diabetes tipo 2 (salvo intolerancia o contraindicación). No produce aumento de peso y es el único antidiabético oral que demostró una reducción de las complicaciones macrovasculares a largo plazo. Su efecto secundario más frecuente es la diarrea que se produce en torno a un 30% de los pacientes, es dosis-dependiente y suele ser transitoria. No produce hipoglucemia en monoterapia aunque puede agravar la producida por otros hipoglucemiantes.

Contraindicaciones:

- Insuficiencia renal y/o hepática moderada o severa.
- Embarazo o lactancia.
- Alcoholismo.
- Enfermedad aguda grave o cirugía mayor.
- Durante 24-48 horas tras el uso de contrastes yodados.
- Insuficiencia cardíaca congestiva severa.

Sulfonilureas (SU)

Estimulan la secreción de insulina preformada en el páncreas. Los efectos secundarios más frecuentes de las SU son el aumento de peso y las hipoglucemias. Los alimentos interfieren en su absorción (excepto glimepirida) por lo que el fármaco se administrará al menos 30 minutos antes de la ingesta.

Contraindicaciones:

- Diabetes con déficit de insulina: tipo 1 o secundaria a enfermedad pancreática.
- Embarazo, cirugía mayor o enfermedad grave.
- Antecedentes de reacciones adversas a sulfamidas.
- Enfermedad hepática (si es leve puede usarse glipizida).
- Enfermedad renal (si es leve-moderada puede usarse gliquidona, gliclazida y glimepirida).

Tiazolidinadionas (Glitazonas)

En la actualidad hay dos comercializadas: Pioglitazona y Rosiglitazona (la troglitazona fue retirada por producir toxicidad hepática grave). Su acción se produce aumentando la captación y el uso de glucosa en músculo y tejido grasa. Su efectividad es inferior a la de sulfonilureas y metformina, sin embargo la rosiglitazona demostró ser superior a ellas en el mantenimiento a largo plazo del buen control glucémico en monoterapia. La pioglitazona redujo ligeramente los eventos CV en pacientes que ya habían tenido un evento previo. Su principal indicación sería como combinación en pacientes obesos en los que fracasa la monoterapia con metformina. No producen hipoglucemias, sin embargo producen retención de líquidos que puede dar lugar a anemia dilucional, descompensación de una insuficiencia cardíaca o edemas. También suelen producir un discreto aumento

de peso. La rosiglitazona aumenta el colesterol total, LDL y HDL, mientras que la pioglitazona sólo aumenta el HDL y reduce los triglicéridos.

Contraindicaciones:

- Diabetes tipo 1, embarazo o lactancia, insuficiencia cardíaca o hepatopatía (realizar controles de enzimas hepáticos).

Inhibidores de alfa glucosidasas:

Acarbosa y Miglitol

Actúan retardando la absorción de hidratos de carbono a nivel intestinal. Son útiles si existe hiperglucemia postprandial con glucemia basal no muy elevada. La acarbosa ha demostrado una reducción de la aparición de eventos CV en un metanálisis. No producen hipoglucemias en monoterapia. Cuando se utilizan en combinación con sulfonilureas, glinidas o insulina pueden producirse hipoglucemias que se tratarán con glucosa oral, pero no con sacarosa (azúcar), debido a que ésta retarda su absorción. Su efecto secundario más frecuente es la flatulencia, que se produce hasta en un 30% de los casos.

Contraindicaciones:

- Embarazo o lactancia, trastornos gastrointestinales, insuficiencia renal severa.

Secretagogos de acción rápida (glinidas):

Repaglinida y Nateglinida

Producen una liberación postprandial de insulina a través de un receptor diferente al de las sulfonilureas. Son ventajosos para el control de hiperglucemias postprandiales y tienen menor riesgo de hipoglucemias que las sulfonilureas. La repaglinida es más potente que la nateglinida. Se debe advertir a los pacientes que

omitan la dosis si se saltan una comida, debido a que producen una liberación rápida de insulina y de corta duración, por lo que podría desencadenarse una hipoglucemia.

También pueden ser útiles en pacientes con un horario y distribución de comidas irregular. Pueden ser utilizadas en pacientes ancianos y con insuficiencia renal. Sus efectos secundarios son hipoglucemias y discreto aumento de peso.

Contraindicaciones:

- Diabetes tipo 1 o secundaria a enfermedad pancreática, embarazo o lactancia, insuficiencia hepática.

- Repaglinida no debe asociarse con gemfibrozilo.

Inhibidores de la dipeptidilpeptidasa IV (DPP-IV):

Sitagliptina

Actúa inhibiendo a la enzima DPP-IV, la cual tiene como función degradar al péptido intestinal GLP-1, el cual se libera en el intestino ante la llegada de los alimentos, produciendo la liberación de insulina pancreática. Posee como principal característica el control de la hiperglucemia sin producir incremento de peso y con una incidencia de hipoglucemias muy baja.

Tiene una potencia hipoglucemiante similar a la de las sulfonilureas. Se administra en dosis única diaria. Está indicada en tratamiento combinado con metformina, sulfonilureas, glitazonas y en triple terapia junto a metformina y sulfonilurea.

En la actualidad no posee estudios sobre su capacidad de reducir la aparición de complicaciones crónicas.

Contraindicaciones:

- Diabetes tipo 1 o secundaria a enfermedad pancreática, embarazo o lactancia e insuficiencia renal moderada o grave.

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.

	Nombre comercial[®]	Presentación (comprimidos)	Dosis diaria (mg)	Vida media
SULFONILUREAS				
Glibenclamida	Daonil Euglucon Glucolon Norglicem	5 mg. (30 y 100)	2,5-15	10 h
Gliclazida	Diamicon UniDiamicon	80 mg. (20 y 60) 30 mg (60)	40-240 30-120	10-12 h 16 h
Glisentida	Staticum	5 mg. (30 y 100)	2,5-15	4 h
Glipizida	Glibenese Minodiab	5 mg. (30 y 100)	2,5-15	2-4 h
Gliquidona	Glurenor	30 mg. (20 y 60)	15-90	1-2 h
Glimepirida	Amaryl Roname Glimepirida EFG	2 mg. (30 y 120) 4 mg. (30 y 120)	1-6	8 h
Clorpropamida	Diabinese	250 mg (30)	125-500	36 h
GLINIDAS				
Repaglinida	Novonorm Prandin	0.5 mg. (90) 1 mg. (90) 2 mg. (90)	1.5-6	1 h
Nateglinida	Starlix	60 mg (84) 120 mg (84) 180 mg (84)	180-540	1,5 h
BIGUANIDAS				
Metformina	Dianben Metformina EFG	850 mg. (50)	850-2550	7 h
Inh α-GLUCOSIDASAS				
Acarbosa	Glucobay Glumida	50 mg. (30 y 100) 100 mg (30 y 100)	75-300	3 h
Miglitol	Diastabol Plumarol	50 mg. (30 y 90) 100 mg. (30 y 90)	75-300	3 h
TIAZOLIDINADIONAS				
Rosiglitazona	Avandia	4 mg. (28 y 56) 8 mg. (28)	4-8	3-4 h
Pioglitazona	Actos	15 mg. (28 y 56) 30 mg. (28 y 56)	15-30	5-6 h
INHIBIDORES DPP-IV				
Sitagliptina	Januvia	100 mg. (28 y 56)	100	12 h
COMBINACIONES				
Metformina + Rosiglitazona Glimepirida + Rosiglitazona Metformina + Pioglitazona	Avandamet Avaglim Competact	1000 + 2 mg (56) 1000 + 4 mg (56) 4 + 4 mg (28) 4 + 8 mg (28) 850 + 15 mg (56)	2000 + 8 4 + 8 1700 + 30	

TRATAMIENTO COMBINADO DE LA DIABETES TIPO 2

La terapia combinada se basa en el aprovechamiento del efecto sinérgico de los diferentes mecanismos de acción de los fármacos. Además permite utilizar menores dosis, pudiéndose reducir la frecuencia o gravedad de los efectos adversos con una efectividad superior. Existen multitud de posibles combinaciones, sin embargo hay algunas que no se recomiendan, como son: la combinación de una sulfonilurea con una glinida, glinidas con inhibidores de las alfa-glucosidasas o insulina con rosiglitazona. Las más utilizadas son:

1. Metformina-Sulfonilurea: Actualmente se acepta que esta combinación es el tratamiento de **primera elección** cuando fracasa la monoterapia, siempre y cuando no existan contraindicaciones o intolerancia a alguno de ellos.

2. Metformina-Glitazona: Aunque ambas tienen acción sobre la resistencia a la insulina, la metformina actúa preferentemente en el hígado y las glitazonas en tejidos periféricos, por lo que su acción se ve potenciada. Además esta combinación produce tan solo un leve aumento de peso, por lo que resulta de gran utilidad en pacientes con sobrepeso u obesidad.

3. Metformina-Glinida: Podría ser una alternativa a la asociación metformina+sulfonilurea (actualmente de elección y con mayor experiencia de uso) en pacientes con riesgo de hipoglucemias (p.e.: ancianos), con horarios de comida irregulares o en pacientes en los que predominan las hiperglucemias postprandiales.

4. Metformina-Sitagliptina: Indicado en pacientes con problemas de sobrepeso o hipoglucemias con otras combinaciones.

5. Sulfonilurea-Inhibidor de las alfaglucosidasas: Indicados a pacientes en tratamiento con sulfonilurea con grado de control metabólico inadecuado, básicamente por mantener glucemias postprandiales elevadas y que además presentan contraindicación o intolerancia a la metformina.

6. Sulfonilurea-glitazona: Mejora el control glucémico con respecto al uso de ambas en monoterapia.

Esta combinación se asocia además a una reducción de las concentraciones de insulina. Suele haber un incremento de peso y de colesterol. Esta sería una combinación de segunda línea indicada en aquellos pacientes con sobrepeso que no tolerasen, o en los que está contraindicada la metformina.

7. Glinida-Glitazona: Es una asociación potencialmente útil aunque con escasa experiencia en la bibliografía y que no ha sido todavía formalmente autorizada. Sería una alternativa en pacientes con insuficiencia renal moderada-grave donde ambos pueden utilizarse.

8. Terapia combinada con tres fármacos orales: La combinación más recomendada sería la compuesta por metformina, sulfonilurea y una glitazona. Ésta podría ser una alternativa a utilizar temporalmente en pacientes que no aceptan de ninguna manera la insulinización.

9. Insulina-Metformina: Esta asociación es de primera elección en pacientes que no se controlan con monoterapia ni combinación de antidiabéticos orales. Esta combinación se acompaña de una estabilidad en la evolución del peso, a diferencia del aumento que ocurre en el tratamiento con insulina en monoterapia.

10. Insulina-Glitazona: Es una asociación útil en aquellos pacientes con sobrepeso u obesidad en los que la metformina no se tolera o está contraindicada. La EMEA (Agencia Europea del Medicamento) ha aprobado el uso de insulina en combinación con pioglitazona.

11. Insulina-Sulfonilurea: Con esta pauta se consigue un mejor control metabólico que con insulina en monoterapia. El paciente idóneo para esta pauta es aquel en el que la metformina no se tolera o está contraindicada.

12. Insulina-Inhibidor alfaglucosidasas: Se puede utilizar esta combinación en pacientes en tratamiento con insulina con grado de control metabólico inadecuado, básicamente por mantener glucemias postprandiales elevadas. Sin embargo es una asociación de escasa potencia.

13. Insulina-Glinida: Es una combinación similar a la de insulina con sulfonilurea aunque con menor experiencia de uso. Puede ser útil en pacientes con glucemias postprandiales elevadas.



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

INSULINA

Criterios de insulinización

- Diabetes tipo 1.
- Diabetes Gestacional.
- Diabetes tipo 2:
 1. Fracaso del tratamiento con antidiabéticos orales (HbA1c >8%) a pesar de combinación a dosis plenas de antidiabéticos orales.
 2. Descompensaciones hiperglucémicas agudas.
 3. Enfermedades intercurrentes: sepsis, IAM, cirugía mayor, traumatismo grave, intolerancia oral, insuficiencia cardíaca, hepática o renal aguda.
 4. Embarazo.
 5. Pérdida de peso no explicable por dieta hipocalórica o cetonuria intensa.

Condiciones previas a la insulinización

Antes de instaurar el tratamiento con insulina el paciente o su cuidador deben saber:

- Realizar autocontroles.
- La técnica de manejo de la insulina.
- Reconocer y tratar una hipoglucemia.

¿Cómo insulinizar a un paciente?

Con una dosis de insulina: Esta pauta se utilizará en pacientes con diabetes tipo 2 que ya no se controlan con antidiabéticos orales (ADOs). Para ello comenzaremos añadiendo a los ADOs una dosis de insulina intermedia (antes de acostarse) o una insulina prolongada (a cualquier hora). La dosis inicial será de 10 unidades (UI) o también 0,1 - 0,2 UI/Kg/ día.

A continuación habrá que subir progresivamente la dosis de insulina hasta conseguir un buen control. El parámetro que nos va a dirigir en este proceso es la glucemia capilar en ayunas.

Las modificaciones en el tratamiento insulínico se recomienda realizarlas suave y lentamente: se aumentará la dosis inicial en 2 UI cada 3 días hasta conseguir que la glucemia en ayunas sea menor de 130 mg/dl. Si los valores están muy alterados (glucemia ayunas >200 mg/dl) se incrementará la dosis 4 UI cada 3 días.

Inicialmente mantendremos la misma pauta de fármacos orales que recibía el paciente (excepto rosiglitazona). El momento de ajustar los ADOs será cuando consigamos el control adecuado de la glucemia, entonces retiraremos los ADOs a excepción de la

metformina; si ésta estuviese contraindicada o no se tolerase se puede mantener otro ADO (excepto rosiglitazona).

Con múltiples dosis de insulina: El objetivo de esta pauta es conseguir un control glucémico estricto a lo largo de todo el día.

Básicamente podemos encontrarnos ante dos situaciones diferentes de partida:

1. Diabéticos tipo 2 a tratamiento con una dosis de insulina y metformina que presentan valores de HbA1c >8%, fundamentalmente a expensas de valores de glucemia postprandial elevados. En estos casos será preciso añadir insulina rápida (o ultrarápida) antes de las comidas.

2. Pacientes que no recibían previamente insulina como puede ocurrir ante un debut de diabetes tipo 1, diabetes gestacional o diabetes tipo LADA. También será necesario de manera temporal en diabéticos tipo 2 durante el transcurso de enfermedades intercurrentes graves, descompensaciones agudas, presencia de cetonurias intensas, pérdida de peso o embarazo.

Por lo tanto el tratamiento con múltiples dosis de insulina se instaurará de distinta manera según la situación de partida:

I. Paciente con diabetes tipo 2 a tratamiento con una dosis de insulina prolongada y metformina. En este caso se mantiene el mismo tratamiento añadiendo una dosis de insulina rápida (2UI) antes de las tres comidas.

II. Paciente con diabetes tipo 2 a tratamiento con insulina intermedia y metformina. En este caso se puede:

a).- Cambiar la insulina intermedia por prolongada procediéndose a continuación del mismo modo que en el supuesto anterior.

b).- Cambiar la insulina intermedia por una mezcla. En este caso reduciremos inicialmente un 20% la dosis de insulina que recibía y la repartiremos: 60% antes del desayuno y 40% antes de la cena, siendo aconsejable además añadir una dosis de insulina rápida antes de la comida del mediodía (2 UI).

III. Pacientes no tratados previamente con insulina. En este caso se comenzará administrando 0,2-0,3 UI/Kg/día de insulina en una sola dosis a cualquier hora si ésta es prolongada o dos dosis de intermedia (60% antes del desayuno y 40% antes de la cena). En cuanto tengamos un buen control de las glucemias preprandiales se añadirá insulina rápida o mezcla igual que en los supuestos anteriores. También podrá añadirse metformina, si procede.

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.

	Inicio	Pico	Duración	Presentación y Nombre comercial
Ultrarápida	15 min	1 h	5 h	<i>Lispro</i> (Humalog pen®) <i>Aspart</i> (NovoRapid fp®) <i>Glulisina</i> (Apidra solostar®)
Rápida	30 min	3 h	8 h	<i>Regular</i> (Actrapid inn®)
Intermedia	1-2 h	6-10 h	18 h	<i>NPH</i> (Humulina NPH pen®) <i>NPL</i> (Humalog NPL pen®) <i>Detemir</i> (Levemir fp e inn®)
Prolongada	1 h	1-24 h	24 h	<i>Glargina</i> (Lantus optiset, opticlik y solostar®)

Regular + NPH	30 + 70	<i>Humulina 30/70 pen®</i> , <i>Mixtard 30 inn®</i>
Lispro + NPL	25 + 75 50 + 50	<i>Humalog Mix 25 pen®</i> <i>Humalog Mix 50 pen®</i>
Aspart + NPA	30 + 70	<i>NovoMix 30 flexpen®</i>

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- American Diabetes Association.
<http://professional.diabetes.org>
- Canadian Diabetes Association.
www.diabetes.ca
- Estrategia en diabetes del Sistema Nacional de Salud. 2006. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 2007.
- Grupo de trabajo sobre Diabetes y Enfermedades Cardiovasculares de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) y de la Sociedad Europea para el Estudio de la

Diabetes (EASD). Guías de práctica clínica sobre diabetes, prediabetes y enfermedades cardiovasculares: versión resumida. Rev. Esp. Cardiol. 2007;60 (5): 525. e1- e64.

- F. J. Ampudia-Blasco, J, Rosenstock, estrategias de insulinización en la diabetes mellitus tipo 2. Avances en diabetología 2008; 24 (1); 7-20.

- Guía de Buena Práctica Clínica en Diabetes tipo 2. OMC. Madrid 2003.

- Grupo de Diabetes de la Asociación Galega de Medicina Familiar e Comunitaria (semFYC) Guías Clínicas 2007; 7 (6).

www.fisterra

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”.



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

PALACIO DE BENACAZÓN
 C/. Recoletos, 1 - Toledo

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.

PALACIO DE BENACAZÓN
 C/. Recoletos, 1 - Toledo

20,30 horas:
 Inauguración Oficial del Congreso.
 Cocktail.

SÁBADO, 15

PALACIO DE BENACAZÓN
 C/. Recoletos, 1 - Toledo

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.

MUSEO VICTORIO MACHO
REAL FUNDACIÓN DE TOLEDO
 Roca Tarpeya Plaza de Victorio Macho, 2 - Toledo

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.
 Restaurante «La Perdiz»
 C/. Reyes Católicos, 7 - Toledo

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

INTOXICACIÓN POR ESTRAMONIO A PROPÓSITO DE UN CASO

Dr. D. Enrique Arjona Laborda

Médico de Atención Primaria - Centro de Salud de Alcaraz (Albacete)

Mujer de 56 años que acude al Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) de Albacete sobre las 18 horas, aquejada de lengua seca, disartria moderada y anestesia labial de manera progresiva a medida que ingiere una sustancia líquida media hora antes de su llegada al centro.

Como antecedentes personales destacan:

- Histerectomía radical más doble anexectomía por cáncer de endometrio 15 años antes. Reintervenida en tres ocasiones.

- Depresión leve en tratamiento con Trazodona 100 mgs./día.

Preguntada por el tipo de sustancia consumida, contesta que son unas hierbas que le han aconsejado para su estreñimiento pertinaz ya que los laxantes habituales prescritos por su médico de cabecera no han sido efectivos en modo alguno. Recuerda que le comentaron que se trataba de una especie de higo.

En ese momento la paciente presentaba pupilas midriáticas, T.A. 140/85, Fc: 100 ppm., Glucemia capilar: 134 mgs./dl., ligeramente aturdida, aunque coherente y no desorientada.

ACP: No soplos ni extratonos, rítmico y ligeramente taquicárdico.

Buena función respiratoria. Leve disnea más achacable a la preocupación que empezó a sentir la enferma.

Abdomen: Blando, dispersible, no masas ni megalías. Cicatriz quirúrgica antigua.

Pares craneales: Sin alteraciones significativas.

EES: Normales. No pérdida de reflejos ni de tono muscular en esos momentos.

EII: Moderada dificultad para elevación activa y mayor a contrarresistencia. Pulsos conservados.

Genitourinario: No relajación de esfínteres. No globo vesical.

Diagnóstico de sospecha: INTOXICACIÓN ATROPÍNICA.

Se le coge vía periférica para administración de fluidos y se monitoriza a la paciente, trasladándola al Hospital General Universitario de Albacete acompañada de un facultativo con una Fc de 124 ppm. y una TA 100/60.

La paciente ingresó consciente, orientada y quedó en observación a las 19,30 horas, confirmándose el diagnóstico previo.

El tratamiento es sintomático, ya que no hemos revisado que exista antídoto y el pronóstico es bueno. La Fisostigmina es el fármaco de elección en la intoxicación atropínica por su capacidad de atravesar la barrera hematoencefálica, revirtiendo las manifestaciones centrales del síndrome anticolinérgico. Debe utilizarse únicamente en el medio hospitalario, asegurando previamente la vía aérea, ventilación y estabilidad hemodinámica con monitorización clínica y cardíaca. Entre los efectos

adversos hay que destacar la posibilidad de desencadenar una crisis colinérgica caracterizada clínicamente por alteraciones del ritmo cardíaco (bradicardia, BAV, asistolia), salivación, broncorrea, hipotensión, broncoespasmo, diarrea, vómitos y convulsiones; el tratamiento se realiza con atropina.

La Fisostigmina está contraindicada en asma, gangrena, íleo mecánico, uropatía obstructiva, glaucoma y enfermedades cardiovasculares. Así mismo está contraindicado el uso conjunto de otros fármacos con actividad colinérgica como la succinilcolina.

Características de la planta

El Estramonio (*Datura Stramonium*) o Higuera del Diablo, crece con gran vigor en zonas con tierra removida, sintiendo predilección por los solares y escombreras donde se mezcla con otras ruderales. Toda la planta contiene los alcaloides como la atropina, nicotina, hiosciamina e hioscina, pero la concentración de estas sustancias es más alta en las semillas. Posee propiedades relajantes, anestésicas y es usada de otras formas para atenuar el dolor. Conocida y utilizada debido a sus propiedades mágicas por las brujas del medioevo o los chamanes, hoy en día su uso está reservado a las empresas farmacéuticas por su alta toxicidad ocupando el primer puesto en el ranking de mortalidad por plantas venenosas a nivel mundial. Es fácil de localizar y obtener, pero no tanto de manipular. Pertenece a la familia de las solanáceas al igual que la Belladona, la Mandrágora y el Beleño Negro.

Bibliografía: A. Gutiérrez Mañas, G. López Legarra, E. Lizarralde Palacios. Servicio de Urgencias y Medicina Interna. Hospital de Basurto. Bilbao.

Correspondencia: Enrique Arjona Laborda
C/. Carmen, 15 - 2.º D - 02005 Albacete
E-mail: myanos_@hotmail.com



Estramonio (*Datura Stramonium*) o Higuera del Diablo



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

IMAGEN CLÍNICA

MATERIAL NECESARIO:

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

FUNDACIÓN SEMG - SOLIDARIA: HAZTE SOCIO

POR FAVOR, RELLENE TODOS LOS DATOS Y ENVÍELOS A NUESTRA SEDE CENTRAL AL FAX 913 644 121

Quiero ser Socio Colaborador de la Fundación SEMG-Solidaria aportando:

- 60
 120 al año*
 180
 (otra cantidad que desee)

**Podrá cancelar este compromiso cuando usted lo decida.*

En este momento prefiero colaborar con una sola vez.

Podrá deducir el 25% de su aportación en la Declaración del IRPF.

DATOS PERSONALES

Nombre:
Apellidos:
D.N.I.:
Domicilio: Código Postal:
Localidad: Provincia:
Fecha de Nacimiento:
Teléfono: Fax: E-mail:
Profesión:

DOMICILIACIÓN BANCARIA

Esta modalidad nos facilita los trabajos administrativos. Gracias por su colaboración.

Sr. Director del Banco/caja:
como titular de la cuenta

□□□□ □□□□ □□ □□□□□□□□□□

le rogaría que a partir de la fecha sean atendidos los recibos que la Fundación SEMG-Solidaria presente al cobro.

Fecha y firma del titular de la cuenta

