



**SEMG** Castilla-La Mancha  
Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia



Editadas por el BAZAR COLLADO  
ALBACETE - Fachada del edificio de la Feria



14<sup>º</sup> CONGRESO  
 **SEMG** Castilla-La Mancha  
Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia  
[www.semg.es](http://www.semg.es)

# HIPERTENSIÓN, COLESTEROL: ¿FUMADOR? “CONTROL INTEGRAL CARDIOMETABÓLICO”

**CENTRO CULTURAL DE CCM DE ALBACETE**  
**6 y 7 de Noviembre de 2009**



## 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

## EDITORIAL

### «UNO DE LOS NUESTROS»



Dr. D. Juan José Rodríguez Sendín

Es el nuevo Presidente de la Organización Médica Colegial y en su currículum figura como Centro de Trabajo, el Centro de Salud de Noblejas (Toledo).

Es Médico Titular.

Fundador de esta Sociedad en 1988 y Presidente de la SEMG de 1995 a 2001.

Nosotros hemos ido heredando.

Es Juanjo, «Uno de los nuestros», como el título de la película de Scorsese y que protagoniza Robert de Niro. Pero es que esto tiene mucho de película, de novela de ficción que supera la realidad y es que, muchas veces, somos tan cortos de vista que no vemos ni nuestra propia «peli».

No se trata de contar aquí los méritos de Juanjo, sino que es un placer enorme dedicarle esta pequeña página y desearle suerte en su mandato. Si él la tiene, nosotros también la tendremos.

Porque al fin y al cabo es «Uno de los nuestros».

Un abrazo Juanjo.

*Carlos Miranda Fernández-Santos*

# Conducta sexual en el anciano institucionalizado en la provincia de Albacete

Dr. D. Enrique Arjona Laborda

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

## Antecedentes

Según estudios de Káiser, en las mujeres a partir de los 60 años, la actividad sexual disminuye hasta un 50% y las que permanecen activas las DS aumentan. Pfeiffer encontró que en los varones entre 66 y 71 años las relaciones sexuales descendían hasta el 28%. En el «Libro de la vida Sexual» (López Ibor, 1971) se puede leer que «la sexualidad involucre entre los 47 y 55 años. A partir de ahí todo son ocasos, imposibilidades y lujurias».

## Objetivo

Determinar la Sexualidad y el grado de Disfunción Sexual (DS) en los ancianos institucionalizados en la provincia de Albacete.

## Método

Se trata de un estudio observacional descriptivo de carácter transversal mediante entrevista personal. A partir del censo de ancianos institucionalizados en la provincia de Albacete (2.331 en el 2005) y visitando 8 Residencias, se seleccionaron mediante muestreo sistemático 246 sujetos. Los criterios de inclusión fueron personas mayores de 65 años en condiciones físicas y psíquicas para realizar la entrevista y que residan las 24 horas en Instituciones Públicas, Privadas o Mixtas. Constante de muestreo 2,6; nivel de confianza 95%; precisión +/- 5%. El 56% eran mujeres, siendo la edad media de 78,5 años con una (de) +/- 6,42.

Las preguntas fueron:

- ¿Le interesan los temas relacionados con el sexo?
- ¿Es usted sexualmente activo/a?
- ¿Cree usted que se ha modificado su apetencia sexual?
- ¿Tiene dificultad para conseguir o mantener la erección?
- ¿Ha notado dificultad para eyacular?

## Resultados

Respecto al interés por el sexo, el 41,5% refiere no tener ninguno, poco el 28,2% y algo el 29%. En cuanto a frecuencia de actividad sexual el 58,9% no tiene ninguna, muy pocas veces el 28,9% y a veces el 11,4%. Se ha modificado su apetencia negativamente en el 50% de los encuestados y al 47,2% les apetece alguna vez. En relación a la erección el 17,1% presenta problemas frecuentes. Igual porcentaje para la eyaculación.

## Conclusiones

En los ancianos institucionalizados de la provincia de Albacete existe una alta prevalencia de disfunción sexual,

existiendo relación negativa con la edad y el sexo. Los problemas de erección y eyaculación, la poca actividad sexual y la falta de apetencia en las mujeres son las disfunciones sexuales más frecuentes entre nuestros residentes.

## Discusión

- Nuestro grupo considera que se imponen consejos por parte de expertos en el tema sobre medidas que hagan más atractivas la relación de pareja.

- La pérdida de pareja, sobre todo en edades tardías, ha condicionado en nuestro trabajo, la renuncia prácticamente total a la sexualidad.

- En general, en todas las investigaciones aparece como más intenso el descenso en las relaciones sexuales en la mujer.

- Consideramos que es necesario ir eliminando excesivos tabúes, moralidad o temor a ser descubiertos.

- Es importante que nuestros ancianos sepan que los hábitos tóxicos (tabaco, alcohol) o determinados fármacos aumentan los problemas de relación sexual ya de por sí deteriorada.



## Diabetes y disfunción eréctil (DE)

Dr. D. Pedro J. Tárraga López - Dr. D. Juan Solera Albero - Dr. D. Ángel Celada Rodríguez

Médicos Generales y de Familia de Albacete. Grupo Salud Sexual Sociedad Cast.-Manchega de Médicos Generales y de Familia

El sexo no siempre es dulce. Esta frase puede describir bien la relación que existe entre la diabetes y el sexo. En efecto, la diabetes puede traer consigo problemas de erección y además, una disfunción eréctil puede servir para pensar en diagnosticar una diabetes o hiperglucemia. Parece ser que los diabéticos no dejarán de contar sus problemas, ya que a la restricción drástica que deben sufrir en muchas de sus comidas favoritas, ahora se le suma la de una pobre vida sexual.

La disfunción eréctil (DE) es un marcador potencial de enfermedad cardiovascular, ya que comparte con ésta muchos factores de riesgo, como edad, tabaquismo o dislipemias (grasas altas en la sangre); y coexisten con muchas otras enfermedades, como diabetes e hipertensión. La DE es un problema muy común en varones diabéticos y asociada con neuropatía diabética y enfermedad vascular periférica. El 50% de los varones diabéticos desarrolla esta patología dentro de los 10 años del diagnóstico. La prevalencia es de entre 50% y 70% en los varones diabéticos y se incrementa con la edad, llegando a ser 95% en varones diabéticos de 70 años. En pacientes diabéticos tratados, según el estudio MMAS, la prevalencia de impotencia fue 3 veces mayor que en la muestra completa de pacientes.

Según un estudio epidemiológico con 15.770 pacientes diabéticos, el 22% de los pacientes con diagnóstico reciente ya tenían DE. La prevalencia para diabetes tipo I aumentó, de 6% para pacientes entre 30 y 40 años a 55% en los de 60 a 70 años. En forma similar, para

diabetes tipo 2 pasó de 4% a 48% para los mismos grupos de edades.

En efecto, se estima que un 50% de los hombres con diabetes desarrolla algún tipo de disfunción eréctil en los siguientes diez años a instalada la enfermedad. Las malas noticias no terminan y el porcentaje va en aumento, es decir, que la impotencia se mantiene y la cifra llega al alarmante porcentaje de 95% para los diabéticos que llegan a los 70 años de vida. Y a los problemas de diabetes, generalmente se suman otros como enfermedad cardiovascular e hipertensión, lo que hace bastante difícil lidiar con el cuadro y poder tener más espectro de medicación para resolver todos los problemas al mismo tiempo. De más está decir que la prevención juega un papel fundamental y las personas con malos hábitos alimenticios, que además consumen alcohol y tabaco y tienen historial familiar, deben tener sumo cuidado en su estilo de vida.

Para entender cómo es que la diabetes se asocia con una disfunción eréctil, es necesario primero tener claro el proceso y los factores que intervienen en una erección. Debemos saber que el mecanismo de la erección está compuesto por dos fases básicas, la primera de ellas es la fase eléctrica y la segunda de ellas es la fase hidráulica.

La primera fase -eléctrica- tiene lugar en el sistema nervioso periférico hasta donde llegan los estímulos externos o incluso internos (recuerdos, fantasías). Dentro de esta fase están también incluidos los olores. Al producirse estos estímulos,

se desencadena la fase hidráulica en que la sangre empieza a fluir rápidamente hacia los cuerpos cavernosos del pene, produciéndose una erección. Ahora bien, la disfunción eréctil, puede obedecer a una falla bien en la primera fase o bien en la segunda fase, o en ambas. Por otra parte veamos el escenario de un diabético para comprender mejor la figura. La hiperglucemia continua del diabético hace que se produzca una arterioesclerosis en los vasos que llegan hasta el pene. Son comunes estas atrofas en las zonas más periféricas del cuerpo como los dedos del pie o de las manos también. Por otra parte, el diabético desarrolla neuropatías durante su enfermedad.

Pues bien, ahora que tenemos claros los dos escenarios, debemos decir que las neuropatías se encargan de mellar el sistema eléctrico del organismo y por tanto conducen a una falla en la fase eléctrica de la erección. A su vez, la esclerosis hace su «trabajo» sobre la fase hidráulica, bloqueando el adecuado flujo de sangre hacia la periferia del pene. El resultado, el diabético es impotente. A su vez, el factor psicológico juega un papel importante también porque el diabético, al ser diagnosticado con la enfermedad, sabe que debe vigilar muy bien sus niveles de azúcar de por vida y, entre otras cosas, se le advierte que después del sexo hay un descenso del nivel de azúcar, además de advertirles de la posibilidad de que aparezcan estas disfunciones sexuales. Se instala entonces la ansiedad en el diabético y se tiene un tercer factor que contribuye a la disfunción eréctil. Más estudios

muestran dificultades que se van sumando en la pesada carga del diabético. Se ha visto que estos presentan un déficit del aminoácido arginina, que es precursor del óxido nítrico, un gas fabricado por el cuerpo, considerado como neurotransmisor, y que tiene entre sus funciones, la vaso dilatación, en especial a nivel de los cuerpos cavernosos del pene.

Por supuesto que se produce un círculo vicioso, y la disfunción eréctil actúa directamente sobre la mente del diabético, éste se deprime, lo cual hace impacto a su vez en sus niveles de azúcar. El estrés hace su trabajo también y se segrega cortisol, una hormona que cataboliza el músculo para convertirlo en azúcar y luego en grasa, además de fomentar una retención de líquidos. El panorama se oscurece por completo para el diagnosticado con diabetes.

La diabetes está asociada con pérdida de calidad de vida. Según un estudio publicado en la revista Diabetes Care, la disfunción eréctil en los diabéticos está asociada con un incremento en el estrés provocado por la diabetes, peor control metabólico y aumento muy importante en los síntomas depresivos. Según este estudio, el 63% de los pacientes reportó que sus médicos nunca los interrogaron sobre problemas sexuales; además, la incidencia de DE aumenta con la duración y la severidad de la diabetes.

En la evaluación de los pacientes con DE es necesario realizar una historia clínica exhaustiva, considerando cirugías, enfermedad endocrina, neurológica, psiquiátrica o de infecciones de transmisión sexual (ITS). Hay que buscar evidencia de enfermedad cardiovascular y estudiar el sistema genitourinario y, en particular, buscar signos de ginecomastia (agrandamiento

de las mamas), patología del pene -como el Peyronié- o de los testículos. En cuanto a exámenes de laboratorio, se debe determinar análisis de sangre con bioquímica especificando sobre todo parámetros glucémicos y lipídicos.

Por eso se habla hasta el cansancio de la importancia de los hábitos alimenticios y estilo de vida en general. Con estas consideraciones, es obvio cuál es el camino que se debe tomar a partir de ahora, dieta balanceada, estilo de vida sano, ir reduciendo la dosis de alcohol y de tabaco y sumarle la práctica de algún deporte. El paciente diabético con DE, como se ha visto en varios estudios, es muy susceptible a la hora de mejorar la cumplimentación de la dieta y los estilos de vida, aumentando también su adherencia al tratamiento.

Definitivamente, **prevención** es la palabra clave.

### Bibliografía

-Boolell, M.; Gepi-Attee, S.; Gingell, JC et al: «Sildenafil, a novel effective oral therapy for male erection dysfunction». Br J Urol 1996; 76:257-261.  
-Boolell, M. et al: «Sildenafil: an orally active type 5 cyclic GMP-specific phosphodiesterase inhibitor for the treatment of penile erectile dysfunction». Int J Impotence Res 8: 47-52, 1996.  
-Cohen, A.; Kaplan, P.; Friedman, R.: «Novel remedies for drug-induced sexual dysfunction». En: 150th Annual Meeting of American Psychiatric Association (APA), San Diego, USA, 1997.  
-Crenshaw, Th.; Goldberg, J.: Sexual Pharmacology. W. W. Norton & Company, NY, 1996.  
-Feldman HA, Goldstein I, et al. Impotence and its medical and psychosocial correlates results of the Massachusetts male Aging Study. J Urol 1994; 151: 54-61

-Kaplan, H.; Saddock, B.: Synopsis of Psychiatry, 7th Edition. Williams & Wilkins, 1994, Baltimore, USA.  
-Muskin, P.: «Talking About Sexual Dysfunction to Enhance Adherence with Medication», en: 157th Annual Meeting of American Psychiatric Association (APA), New York, USA, 2004.  
-NIH Consensus Development Panel on Impotence. JAMA 1993; 270: 83-90.  
-Porst H, Rosen R, et al.: «Tadalafil allows men with erectile dysfunction to have successful intercourse up to 36 hours postdose». J Urol, 167 (4), A709, 2002.  
-Rajfer, J., Aronson, W.J., Bush, P.A., Dorsey, F.J., Ignarro, L.J. Nitric oxide as a mediator of relaxation of the corpus cavernosum in response to nonadrenergic noncholinergic neurotransmission. New England Journal of Medicine, 326, 90-94, 1992.  
-Sapetti, A.: «Estudio abierto naturalístico del uso del sildenafil en 64 pacientes con disfunción eréctil de diversas etiologías», en el XV Congreso Argentino de Psiquiatría de APSA, Mar del Plata, abril de 1999.  
-Sapetti, A.: «Open Naturalistic Study on the Use of Sildenafil on 64 Patients with Erectile Dysfunction of Broad Spectrum Etiologies, (trabajo premiado como mejor presentación clínica) en el 14 th World Congress of Sexology de la WAS (Hong Kong), agosto de 1999.  
-Sapetti, A.: «El paciente fóbico y las disfunciones sexuales». Revista de la Asociación Argentina de Psiquiatras (AAP), vol. 2, n° 4, 1996, Bs. As.  
-Thadani et al.: «The effect of Vardenafil, a potent and highly selective PDE5 inhibitor for the treatment of ED on the Cardiovascular response to exercise in Patients with ED after coronary artery disease». JACC, Vol. 40, 11, 2006-12, 2002.

# Estudio de mortalidad en una zona rural (1995-2008)

Dr. D. Enrique Arjona Laborda<sup>1</sup> - Dña. E. Ortega Martínez<sup>2</sup> - Dña. E. Cabezuelo Rodríguez<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Médico de AP. - C. de Salud de Alcaraz - <sup>2</sup>Enfermera de AP - C. de Salud de La Roda - <sup>3</sup>Enfermera de AP. - C. de Salud de Alcaraz

## Resumen

Estudio descriptivo sobre mortalidad en una zona rural del Centro de Salud de Alcaraz (Albacete).

El período de seguimiento ha sido de 14 años.

El municipio estudiado ha sido Peñascosa, que el 1-1-1995 contaba con 466 habitantes y con 435 a 31-12-2008.

## Características de la zona de estudio

Población de la provincia de Albacete, situada en la sierra de Alcaraz, a 85 kilómetros de la capital. Comprende 6 pedanías que también se han incluido en el estudio.

Altitud: 1.170 metros.

Extensión: 189,26 Km<sup>2</sup>.

Existe centro médico y, atendiendo a la población, pedanías y cortijos, un médico y una enfermera.

## Objetivo

Determinar la mortalidad de la población por edades, sexo, y causas de fallecimiento en el período 1-1-1995 a 31-12-2008.

## Método

Estudio observacional descriptivo longitudinal, extrayendo los datos a través de las historias clínicas de los pacientes.

Período de seguimiento: 14 años (1-1-1995/31-12-2008).

N: 44.

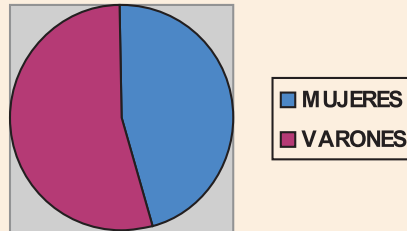
Media de muertes/año: 3,1.

Rango: (19-97 años).

Porcentaje según sexo:

- Varones: 24 - 54%.

- Mujeres: 20 - 45%.



Porcentaje según edad media global según sexo:

- Edad media global:

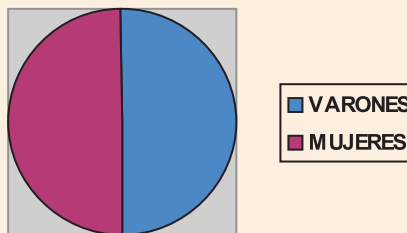
77,7 años.

- Edad media varones:

68,9 años.

- Edad media mujeres:

69,6 años.



## Causas

NEOPLASIAS: 18 (40,9%).

- Adenocarcinoma próstata: 3.
- Cáncer pulmón: 3.
- Cáncer gástrico: 3.
- Linfomas: 3.
- Cáncer colon-rectal: 2.
- Hepatocarcinoma: 1.
- Cáncer endometrio: 1.
- Tumor cerebral: 1.
- Leucemia: 1.

CARDIOVASCULARES: 8 (18,2%).

- Cardiopatía isquémica: 6
- Insuficiencia C. congestiva: 1
- Paro cardíaco: 1

NEUROLÓGICAS: 8 (18,2%).

- Enfermedad de Alzheimer: 4.
- A.C.V.: 3.
- Demencia senil: 1.

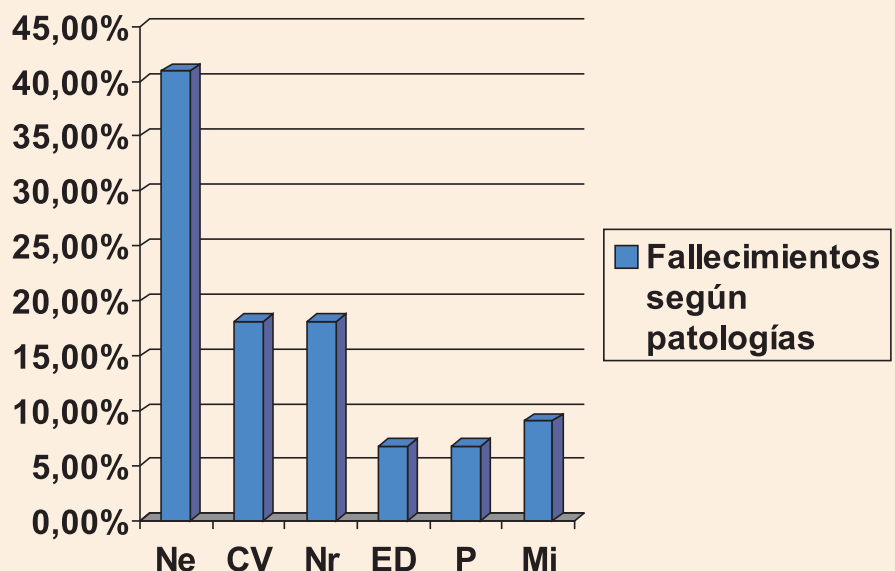
ENDOCRINAS: 3 (6,8 %).

- Diabetes Mellitus: 3.

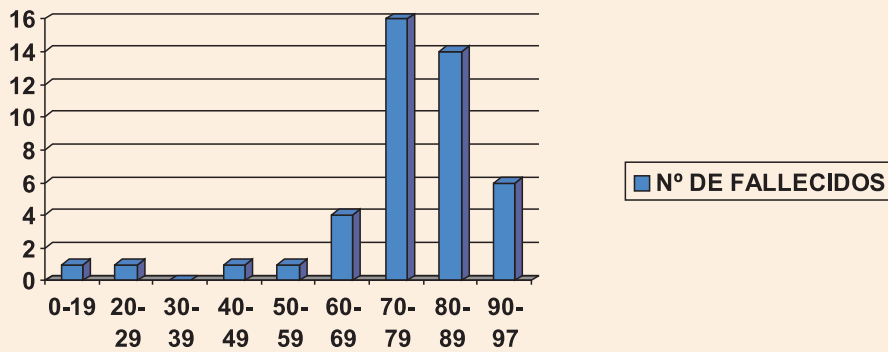
PULMONARES: 3 (6,8 %).

- Insuficiencia respiratoria severa: 2.
- Edema pulmón: 1.

MISCELÁNEAS (Muerte súbita, Accidentes de Tráfico, Ancianidad, etc.): 4 (9,1%).



Mortalidad por décadas



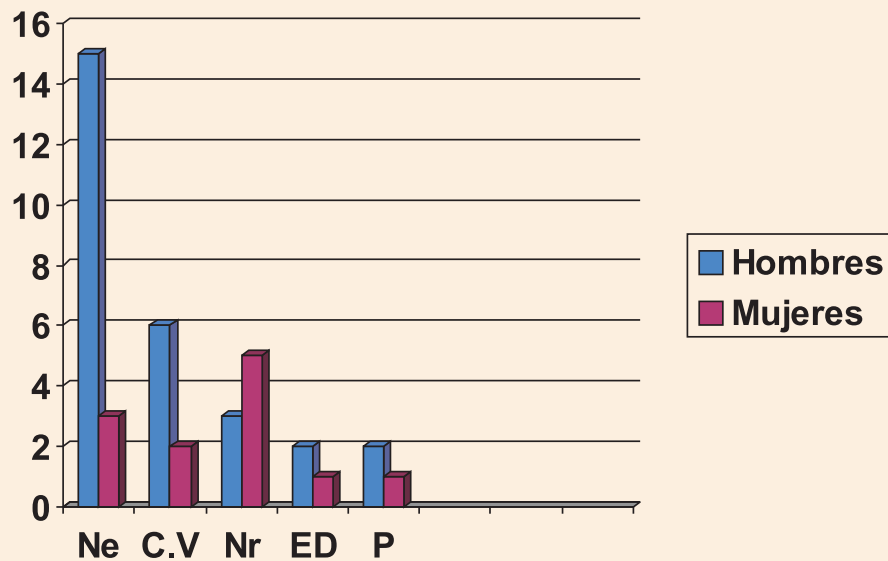
CAUSAS DE MORTALIDAD POR SEXOS:

Mujeres:

- Neoplasias: 3
- Cardiovasculares: 2
- Neurológicas: 5
- Endocrinas: 1
- Pulmonares: 1

Hombres:

- Neoplasias: 15
- Cardiovasculares: 6
- Neurológicas: 3
- Endocrinas: 2
- Pulmonares: 2



LUGAR DONDE FALLECIERON LOS PACIENTES:

- Domicilio: 22
- Hospital: 17
- Institucionalizados: 5

Discusión

Seguimiento ante sospecha de síndrome metabólico.

Se imponen medidas preventivas con respecto a neoplasias (patología más frecuente). Abandono de alcohol y tabaco.

Para enfermedades cardiovasculares es necesario incidir en dieta hiposódica, hipocalórica y ejercicio adecuado a la edad.

Conclusiones

Se observa mayor mortalidad por cáncer en hombres influenciado por tabaco, alcohol y factores laborales.

La mayor tasa de mortalidad se presenta en el período comprendido entre 70 y 90 años.

En la zona de estudio existe un alto consumo de grasas saturadas.

La causa de mortalidad predominante en hombres es la neoplasia, mientras que en mujeres es la neurológica.

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”.

# Litiasis biliar en paciente joven, ¿algo más que casualidad?

Dr. D. Pablo Miranda García  
MIR. Hospital «La Princesa» - Madrid

## Epidemiología y edad

- Hasta ahora se consideraba que la litiasis biliar se asociaba con la edad.
- La máxima frecuencia se asociaba entre la cuarta y la sexta década de la vida.
- La proporción por sexo es 3:1 más frecuente en mujeres.

## Caso clínico 1

Mujer española de 21 años, obesa, con clínica de dolor cólico en hipocondrio derecho.



## Caso clínico 2

Mujer peruana de 27 años, GAV: 1-0-1, normopeso.



## Comentario

- Ambas fueron tratadas con colecistectomía laparoscópica evolucionando sin complicaciones y encontrándose asintomáticas.

## Reflexión

- Puede estar cambiando el perfil de los pacientes con litiasis biliar.



## Made in Centro de Salud «Buenavista»

Dra. Dña. Carmen Baz Collado - Dr. D. Ignacio Jaén Díaz  
Centro de Salud «Buenavista» - Toledo

- Adenopatías inguinales en un paciente de 42 años.
- Las características de las mismas (grandes, redondeadas, mal definidas y desestructuradas, perdiendo la diferenciación corticosinusal) hacen pensar en un mal pronóstico.
- Se envía a segundo nivel asistencial para descartar linfoma abdominal.



### 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.

## CURSOS PRECONGRESO

### 1.- Control y Tratamiento del Paciente EPOC en AP.

**- Moderador:**

Dr. D. José Luis Castro Navarro.  
Médico de Familia del Centro de Salud de  
Munera (Albacete).

**- Ponente:**

Dr. D. Jesús Martínez Moratalla.  
FEA de Neumología. Complejo Hospitalario  
Universitario de Albacete.

### 2.- Manejo del Dolor en AP.

**- Moderador:**

Dr. D. José Miguel Ocaña López.  
Médico de Familia del Centro de Salud de  
Alcaraz (Albacete).

**- Ponentes:**

Dr. D. Martín Arcas Molina y Dr. D. Santiago Uña  
Orejón. FEA de Anestesia. Unidad del Dolor del  
Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

## MEDICINA GENERAL

### CENTRO CULTURAL DE CCM DE ALBACETE

6 Y 7 DE NOVIEMBRE DE 2009



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

## PROGRAMA CONGRESO

### VIERNES, 6 DE NOVIEMBRE

16:00 horas: Recogida de Documentación.

16:30 horas: **Sala 1. Taller Insulinización del  
Paciente Diabético Tipo 2 en AP.**

**- Moderadora:**

Dra. Dña. Carmen Frías López. Médico de  
Familia del Centro de Salud Zona IV de Albacete.

**- Ponente:**

Dr. D. Antonio Hernández. FEA de  
Endocrinología del Complejo Hospitalario  
Universitario de Albacete.

18:30 horas: **Sala 1. Taller Objetivo Óptimo en el  
Tratamiento de la Hipercolesterolemia.**

**- Moderador:**

Dr. D. Pedro J. Tárraga López.

**- Ponente:**

Dr. D. José Antonio Blázquez Cabrera. FEA de  
Medicina Interna. Complejo Hospitalario  
Universitario de Albacete.

17:30 horas: **Sala 2. Taller Manejo de la Cardiopatía  
Isquémica en AP.**

**- Moderador:**

Dr. D. José Luis Martínez Donate. Médico de  
Familia. Servicio Urgencias AP de Albacete.

**- Ponente:**

Dr. D. Manuel Aguilera Sadaña. Jefe de  
Cardiología. Complejo Hospitalario  
Universitario de Albacete.

20:30 horas: Conferencia Inaugural: «Los Estudios  
de Medicina en los Nuevos Planes de  
Convergencia Europea».

**- Presentador:**

Dr. D. Enrique Arjona Laborda. Médico de Familia  
del Centro de Salud de Alcaraz (Albacete).

**- Moderador:**

Profesor Dr. D. José Martínez Pérez. Decano  
de la Facultad de Medicina de la Universidad  
Castilla-La Mancha.

**- Ponente:**

Profesor Dr. D. José Antonio Rodríguez Montes.  
Decano de la Facultad de Medicina de la  
Universidad Autónoma de Madrid.

21:00 horas: Inauguración Oficial del Congreso.

22:00 horas: Cóctel en el Hotel los Llanos de Albacete.

### SÁBADO, 7 DE NOVIEMBRE

10:00 horas: **Mesa de Debate 1: Novedades  
Terapéuticas en el Abordaje del  
Paciente Diabético en AP.**

**- Moderador:**

Dr. D. Ángel Celada Rodríguez. Médico de  
Familia del Centro de Salud de Madrigueras  
(Albacete).

**- Ponentes:**

**El Médico General y de Familia ante el  
Control Integral del Paciente Diabético Tipo 2.**  
Dr. D. Carlos Miranda Fernández-Santos.  
Centro de Salud «Buenavista» de Toledo.

## ¿Qué aportan los Nuevos Tratamientos Farmacológicos de la Diabetes?

Dr. D. Francisco Botella Romero. Jefe de Sección de Endocrinología del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

11:30 horas: **Café. Visita Zona de Póster.**

12:00 horas: **Mesa de Debate 2: Abordaje del Paciente Hipertenso con Riesgo Cardiovascular Alto.**

**- Moderador:**

Dr. D. Juan Solera Albero. Médico de Familia del Centro de Salud Zona 7 de Albacete.

**- Ponentes:**

**La Incumplimentación del Tratamiento como Causa de Mal Control de la HTA.**

Grupo de cumplimentación de SEHLELA.

**Tratamiento del Hipertenso con RCV Alto.**

Dr. D. José Abellán Alemán. Médico de Familia de Murcia. Director de la Cátedra de Riesgo Cardiovascular de la Univ. Católica de Murcia.

13:30 horas: **Presentación de Comunicaciones Orales e Imágenes.**

14:30 horas: **Comida de Trabajo.**

17:00 horas: **Mesa Cultural: Los Médicos y la Feria de Albacete.**

**- Moderador:**

Dr. D. Julio Virseda Rodríguez. Jefe de Servicio de Urología del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

**- Ponentes:**

D. Antonio Sielva. Director del Instituto de Estudios Albacetenses.

Dr. D. Pascual Masegosa. Cirujano Jefe de la Plaza de Toros de Albacete.

D. José Sánchez. Profesor UCLM. Periodista Taurino del Diario «La Verdad».

Colaboran:

Excmo. Ayuntamiento de Albacete  
Fundación III Centenario de la Feria de Albacete

20:00 horas: **Clausura del Congreso**

22:00 horas: **Cena de Gala en el Restaurante D. Gil.**

## BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN

Dr. D./Dña.: .....

Domicilio: .....

Código Postal: ..... Población: .....

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

Centro de Trabajo: ..... Fecha y firma: .....

### CUOTAS DE INSCRIPCIÓN Y FORMA DE PAGO

Socios de SCMG - 330,00 Euros     No socios - 380,00 Euros     Médicos MIR - 200,00 Euros

Cheque o transferencia bancaria a nombre del XIV 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

### HOTEL LOS LLANOS (Disponibilidad: 50 habitaciones)

Avenida España, 9 – Teléfono 967 22 37 50 – Fax 967 23 46 07 – 02002 Albacete

Precio por habitación en régimen de alojamiento y desayuno buffet:

Habitación doble: 119,70 € – Habitación doble uso individual: 91,80 € – Precios netos IVA no incluido

### HOTEL SAN JOSÉ (Disponibilidad: 20 habitaciones)

C/. San José de Calasanz, 12 – Teléfono 967 50 74 02 – Fax 967 50 61 27 – 02002 Albacete

Precio por habitación en régimen de alojamiento y desayuno buffet:

Habitación doble: 102,00 € – Habitación doble uso individual: 77,00 € – Precios netos IVA no incluido

Referencia: XIV Congreso Castellano-Manchego de Médicos Generales y de Familia

Dr. D./Dña.: .....

Domicilio: .....

Código Postal: ..... Población: .....

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

Centro de trabajo: ..... Fecha y firma: .....

Tipo de habitación:  Doble     Doble uso individual    N.º de noches: .....

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

## Imágenes clínicas

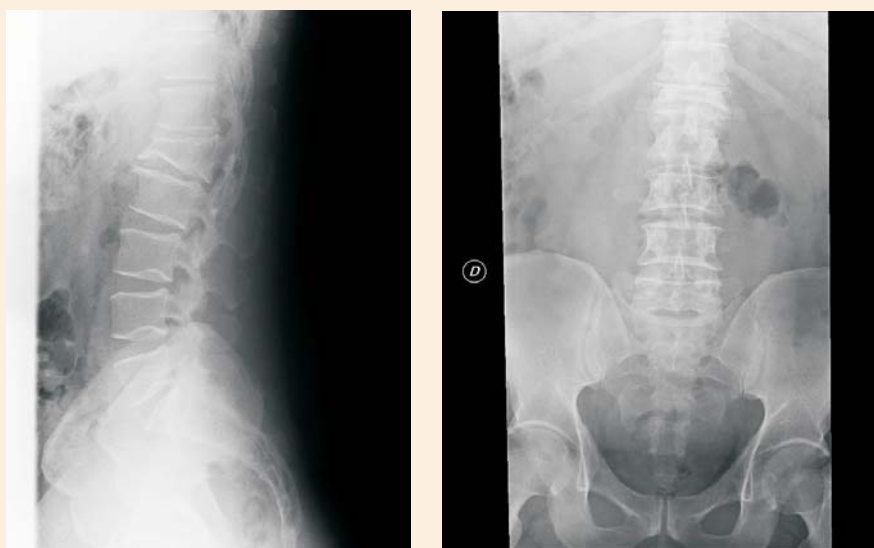
Dr. D. Juan Solera Albero - Zona VII Albacete

Varón de 42 años de edad, acude a consulta por presentar gonalgia rodilla derecha de varios días de evolución. No antecedentes traumáticos. A la exploración no bloqueo ni derrame articular, crujido a la extensión, signo del cajón negativo y no limitaciones a la movilización. Tras seguir tratamiento antiinflamatorios sistémicos y reposo relativo durante 15 días, no mejora por lo que se decide una radiografía de dicha rodilla.



Condromatosis rotuliana y calcificación del ligamento lateral interno.

Varón de 42 años que acude a consulta por dolor lumbar tras esfuerzo físico en el campo. Exploración física con limitación flexión del tronco y no irradia a MMII. Antecedente de accidente de moto a la edad de 17 años con afectación columna vertebral.



Aplastamiento vertebral de L1 anterior, destrucción anterior y esclerosis interespacio posterior vertebral.

Varón de 44 años de edad, hace tres años presentó heridas en mano derecha, tras accidente doméstico con rotura de puerta de casa. Tras cura en el servicio de urgencias, fue dado de alta con sutura herida y vendaje elástico, revisión en 48 horas. Buena evolución y a los tres años del accidente acude a consulta con molestias en el área de la sutura, sin limitaciones ni signos locales, sólo sensación de parestesias ocasionales y «como calambres a la extensión del pulgar». Tras valoración se le realiza una radiografía.



Cuerpo extraño en el área del aductor del pulgar derecho.

**Dra. Dña. M.<sup>a</sup> Vega Martínez Escudero**

Artritis tofácea



Artropatía gotosa rodilla 1



Artropatía gotosa rodilla 2



Artropatía tobillo 1 derecho

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.



Pie derecho



Pie izquierdo



Lateral



Muñecas



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

# Curso de formación de formadores, profesionales sanitarios, en manejo del riesgo cardiovascular: «profesional tutor»

Grupo de información a pacientes con enfermedades crónicas: autocuidados (GIECA)

**Hotel Kris Doménico  
Toledo**

**30 de Octubre de 2009**

## Descripción de la actividad

La Universidad de los Pacientes ha desarrollado un curso de formación de formadores denominado «Profesional Tutor» que consiste en un módulo de habilidades docentes y comunicativas que capacita a profesionales sanitarios para impartir sesiones de formación a personas afectadas por enfermedades crónicas. El elemento básico y diferencial de este programa radica en el hecho de que los profesionales sanitarios que imparten formación a pacientes no deben hacerlo desde una posición técnica, sino como facilitadores o promotores del autocuidado.

Este curso toma como referencia y utiliza algunos elementos de los programas de formación en el autocuidado de enfermedades crónicas, que tienen como objetivo proporcionar las habilidades, motivación y confianza necesarias para que los pacientes crónicos puedan manejar los síntomas de la enfermedad, adquirir hábitos de vida saludables y conseguir una mejor calidad de vida.

## Destinatarios

El curso de formación de formadores está dirigido a profesionales sanitarios que deben realizar sesiones de divulgación y formación para pacientes sobre manejo del riesgo cardiovascular.

## Metodología

Curso eminentemente práctico, con presentaciones teóricas muy breves y ejercicios dirigidos a:

- Identificar las barreras que tienen los pacientes a la hora de acceder a información sobre salud.
- Valorar y seleccionar contenidos y materiales divulgativos para pacientes.
- Adecuar estrategias formativas a objetivos didácticos.
- Practicar técnicas de relajación y para conseguir objetivos en salud.
- Adquirir habilidades para mejorar la comunicación con los pacientes e impartir sesiones de formación.

## Profesorado

El curso está impartido por profesionales de la Universidad de los Pacientes especialistas en la formación de adultos y en promoción de autocuidado de la salud.

## Documentación de trabajo

Los participantes reciben una carpeta de documentación que incluye:

- Técnica para conseguir objetivos en salud.
- Verbos utilizados para formular objetivos didácticos.
- Fórmula de legibilidad de materiales divulgativos.
- Técnica para la resolución de problemas.
- Bibliografía sobre formación en el autocuidado de

enfermedades crónicas, competencias en salud y sobre la elaboración de material divulgativo para pacientes.

## Contenidos del programa

- El nuevo modelo de paciente y su representación colectiva.
- Identificación de barreras en la búsqueda de información sobre salud.
- Las competencias en salud y la formación en el autocuidado de enfermedades crónicas.
- Técnica para conseguir objetivos en salud.
- Técnica de relajación.
- Identificación de necesidades de información y formación.
- Objetivos didácticos en la formación de pacientes con riesgo cardiovascular.
- Formulación de objetivos didácticos e identificación de conocimientos, habilidades y actitudes.
- Comunicación médico-paciente.
- Criterios para la elaboración y selección de contenidos y materiales didácticos para pacientes con riesgo cardiovascular.
- Estrategias y metodologías formativas. Aspectos organizativos y logísticos.
- Adecuación de estrategias formativas a objetivos didácticos.
- Role-playing: impartición de una sesión de formación.
- Evaluación de la formación. ¿Cómo medir el impacto de la formación en la salud de los pacientes?

## Duración y estructura del programa

El Taller de formación de formadores en manejo del riesgo cardiovascular tiene una duración de 10 horas lectivas. Está estructurado en 2 sesiones, con 5 horas de formación por sesión:

Horario:

- 09,00 h. - 14,00 h.: Sesión 1.
- 14,00 h. - 15,00 h.: Almuerzo de trabajo.
- 15,00 h. - 20,00 h.: Sesión 2.

## Competencias adquiridas

Al finalizar el programa, los participantes estarán en condiciones de:

1. Entender los cambios sociales que promueven la aparición de un nuevo modelo de paciente activo.

2. Promover la adquisición de competencias en salud por parte de los pacientes.

3. Conocer iniciativas nacionales e internacionales de formación en el autocuidado de enfermedades crónicas.

4. Identificar técnicas útiles para detectar necesidades informativas de los pacientes con riesgo cardiovascular.

5. Mejorar la relación y la comunicación con los pacientes crónicos.

6. Formular objetivos didácticos.

7. Tener criterios para preparar y seleccionar material divulgativo para pacientes con riesgo cardiovascular.

8. Seleccionar metodologías adecuadas para realizar sesiones de formación a pacientes.

9. Medir el impacto de la formación en la salud de los pacientes.

10. Elaborar cuestionarios de autovaloración de la salud.

## Titulación

Los participantes en el curso recibirán un diploma acreditativo de la Universidad de los Pacientes. Este curso también está acreditado por la Universidad Autónoma de Barcelona dentro del programa «Paciente Experto».

## OBJETIVOS GRUPO GIECA SEMG 2009/2010

Los médicos inscritos en el curso conformarán el Grupo de Trabajo GIECA cuyas actividades vendrán dadas por el desarrollo de actividades informativas a pacientes con riesgo cardiovascular utilizando vías de contacto con los pacientes a través de los Centros de Salud, las Asociaciones de Pacientes y la colaboración de la Administración Local y Autonómica.

Dichas actividades tendrán una continuidad y un soporte por parte de la SEMG Castilla-La Mancha, intentando difundir entre los pacientes LA FORMACIÓN EN EL AUTOCUIDADO DE LA SALUD, considerada por la OMS como uno de los elementos básicos de la atención sanitaria a las enfermedades crónicas. La CORRESPONSABILIZACIÓN de los pacientes y ciudadanos en el cuidado de su propia salud es un pilar básico en la sostenibilidad y calidad del Sistema Nacional de Salud.

El conocimiento y accesibilidad mutua del Médico General y de Familia y el ciudadano hacen que sea éste el marco idóneo para el desarrollo de esta nueva actividad SEMG.

## BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN

(Sólo socios SEMG Castilla-La Mancha) 20 plazas

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MÉDICOS GENERALES Y DE FAMILIA DE CASTILLA-LA MANCHA

GRUPO DE INFORMACIÓN A PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS: AUTOCUIDADOS (GIECA)

### Curso de formación de formadores, profesionales sanitarios, en manejo del riesgo cardiovascular: «profesional tutor»

Sede: HOTEL KRIS DOMÉNICO

Fecha: Toledo, 30 de Octubre de 2009

Horario: de 09,00 a 20,00 horas

Nombre y Apellidos ..... D.N.I. Nº .....

Matrícula gratuita a socios SEMG Castilla-La Mancha. Para formalizar tu inscripción te agradeceré que envíes este formulario al fax: 913644120 o e-mail: semg@semg.es

Necesidades de alojamiento, comunicar a: cmirandaf@semg.es



## 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 2009.
- 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:  
XIV 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