

UNIVERSIDAD DE SALAMANCA

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE ANATOMÍA e HISTOLOGÍA HUMANAS



TESIS DOCTORAL

**ESTUDIO, EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO DE
LAS PATOLOGÍAS EN UN CENTRO DE
ATENCIÓN PRIMARIA
(C.S. Garrido Sur Salamanca)**

**Directora: Dra. M^a Ángeles Pérez de la Cruz
Doctoranda: Inocencia Domínguez Polo**

Salamanca, 2015



María Ángeles Pérez de la Cruz, Profesora titular del Departamento de Anatomía e Histología Humanas de la Universidad de Salamanca.

CERTIFICA QUE:

El trabajo realizado por Dña. Inocencia Domínguez Polo, titulado “Estudio, Evolución y Tratamiento de las Patologías en un Centro de Atención Primaria (C. S. Garrido Sur de Salamanca)” reúne los requisitos necesarios para su presentación y defensa ante el Tribunal Calificador para poder optar al Grado de Doctor por la Universidad de Salamanca.

Y para que así conste, firmo la presente certificación en Salamanca a 30 de Noviembre de 2015.

Fdo. M^a Ángeles Pérez de la Cruz

Mi directora de tesis es Médica, doctora en Medicina y Cirugía Profesora del departamento de Anatomía e Histología, pero permítame ¡por favor! que simplemente diga María Ángeles ¡Gracias! Por dirigir este trabajo, por ayudarme a ser doctora, por tu generosidad, tu paciencia, tu compañía y cariño en la adversidad, en definitiva por el inmenso regalo de tu amistad.

A mis hermanas ausente y presente que cultivaron, con esmero, la semilla que nuestros padres solo pudieron sembrar.

A los miembros de la Gerencia de Atención Primaria de Salamanca tanto a Bienvenido de Arriba, Director Gerente, como a Fernando Diego Director Médico que dieron paso a Doradía quien realizó todos los trámites para poder realizar este estudio.

A mis compañeros del C.S. Ana, José-Luis y Milagros que me proporcionaron todo los “papeles” que pudiera necesitar, incluso antes de pedirlos.

A mis amigas por aguantar mis ausencias entenderlas y animarme y a ti María por ser artífice del principio y final de este trabajo sin dejarte vencer por el cansancio.

Un agradecido abrazo a todos.

*A la Memoria de mis Padres.
A mis Sobrinos motor de mi vida.*

ÍNDICE

ACRÓNIMOS	7
LEGISLACIÓN.....	9
I.- INTRODUCCIÓN	11
1.-HISTORIA DE LA SANIDAD	12
1.A.- Época <i>Medieval</i>	13
1.B.- La Medicina del <i>Renacimiento</i>	13
1.C.- La Medicina en el Siglo XIX.....	14
1.D.- La Medicina en el Siglo XX.....	15
1.E.- Situación actual de la Sanidad	16
2.- ESTRUCTURAS BÁSICAS DE SALUD	19
2.A.- Áreas de Salud	19
2.B.- Zona Básica de Salud.....	19
2.C.- Centro de Salud.....	20
2.D.- Consultorio	21
2.E.- El Equipo de Atención Primaria	21
3.- ZONAS BÁSICAS DE SALUD Y SUS CORRESPONDIENTES	
CENTROS DE SALUD URBANOS DE SALAMANCA.....	22
3.A.- Centros Urbanos	22
3.B.- Centros Periurbanos	23
3.C.- Centros Semiurbanos	23
3.D.- Centros de Salud Rurales.....	23
3.E.- Z.B.S. Garrido Sur Urbana	24
4.- PATOLOGÍAS	24
4.A.- Derivaciones a atención especializada programada.....	25
4.B.- Derivaciones al servicio de urgencias hospitalarias	26
5.- PRUEBAS DIAGNOSTICAS EN A.P.	26
5.A.- Pruebas de laboratorio	28
5.B.- Pruebas de imagen	29
5.B.1.- Radiología	30
5.B.2.- Ecografía	31
5.C.- Densitometría.....	32
5.D.- Electrocardiograma.....	33
5.E.- Espirometría	35
5.F.- Endoscopia	37

6.- TRATAMIENTOS EN CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA	38
7.- CRIBADOS DE CÁNCERES	38
7.A.- Cribados de cáncer de cérvix.....	38
7.B.- Cribado cáncer de mama	40
7.C.- Cribado cáncer de colon	41
8.- INCAPACIDAD TEMPORAL	43
II.- OBJETIVOS.....	44
III.- MATERIAL Y MÉTODOS.....	46
IV.- RESULTADOS Y DISCUSIÓN	49
1.- Patologías atendidas en Atención Primaria	52
2.- Patologías derivadas al Segundo Nivel de Manera Programada.....	68
3.- Patologías derivadas al Servicio de Urgencias Hospitalarias.....	76
4.- Cribado de cáncer de cérvix	81
5.- Cribado de cáncer de mama.....	83
6.- Cribado de cáncer de colon	85
7.- Incapacidad transitoria.....	86
8.- Pruebas diagnósticas.....	91
9.- Tratamiento.....	93
V.- CONCLUSIONES	99
VI.- BIBLIOGRAFIA	102
VII.- ANEXOS	116
VIII.- LISTA DE TABLAS Y FIGURAS.....	126

ACRÓNIMOS

- A.P.: Atención Primaria.
- A. S.: Área de Salud
- A.P.S.: Atención Primaria de Salud.
- B.O.E.: Boletín Oficial del Estado.
- C.A.: Comunidad Autónoma.
- C.I.A.P.: Clasificación Internacional de Atención Primaria.
- C.M.O. Contenido Mineral Óseo.
- C. S.: Centro de Salud.
- D.O.: Densitometría Ósea.
- D.M.O.: Densidad de Mineral Óseo.
- D.X.A.: Absorción Fotónica Dual de Fuente radiológica.
- ECG.: Electrocardiograma
- E.P.O.C.: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.
- E.R.G.E.: Enfermedad Reflujo Gástro-Esofágico
- F.T.: Fuero del Trabajo.
- H.B.P.: Hipertrofia Benigna de Próstata.
- H.S.I.L.: VPH Alto Riesgo Oncogénico.
- I.N.P.: Instituto Nacional de Previsión.
- I.T.: Incapacidad Transitoria
- L.A.T.: Ley de Accidentes de Trabajo.
- L.B.R.S.: Ley de Bases de Régimen Sanitario.
- L.B.S.N.: Ley de Bases de la Sanidad Nacional.
- L.B.S.S.: Ley de Bases de la Seguridad Social.
- L.C.H.: Ley de Coordinación hospitalaria.
- L.F.P.A.P.: Ley de Financiación y Perfeccionamiento de la Acción Protectora.
- L.G.S.: Ley General de Sanidad.
- L.G.S.S.: Ley de Bases de la Seguridad Social.

L.S.: Ley de Sanidad.
L.S.I.L.: VPH Bajo Riesgo Oncogénico
M.O.: Masa Ósea.
M.X.: Mamografía.
O.M.S.: Organización Mundial de la Salud.
O.R.L.: Otorrinolaringología.
P.D.P.C.M.: Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama
R.D.: Real Decreto.
R.D.L.: Real Decreto Ley.
R.M.: Resonancia Magnética.
S.E.H.: Servicio de Especialidad Hospitalario.
S.I.I.: Síndrome de Intestino Irritable
S.I.L.: Sistema Información de Laboratorio
S.N.S.: Sistema Nacional de Salud.
S.O.E.: Seguro Obligatorio de Enfermedad.
S.O.H.: Sangre Oculta en Heces.
S.S.: Seguridad Social.
S.P.S.: Sistema Público de Salud.
S.R.O.O.: Seguro Retiro Obligatorio Obrero.
S.T.C.: Síndrome del Túnel Carpiano.
SUH.: Servicio Urgencia Hospitalarias
T.B.C.: Tuberculosis
T.E.P.: Trombo Embolismo Pulmonar.
T.O.C.: Trastorno Obsesivo Compulsivo
T.S.I.: Tarjeta Sanitaria Individual.
T.S.O.H.: Test de Sangre Oculta en Heces.
U.E.: Unión Europea.
VPH.: Virus del papiloma Humano.
Z.B.S.: Zona Básica de Salud.

LEGISLACIÓN

- ✓ Código Sanitario Año 1.822.
- ✓ Ley de Sanidad Año 1.855.
- ✓ Comisión de Reformas Sociales 1.883.
- ✓ Decreto que desarrolla la primera de las tres leyes de nuestro país. Año 1.898.
- ✓ Ley de Accidentes de Trabajo. Año 1.900.
- ✓ Real Decreto de 12 de Enero Instrucción General de Sanidad. Año 1.904.
- ✓ Instituto Nacional de Previsión (INP). Creado en el Año 1.908.
- ✓ Creación de Seguros Populares 1.910.
- ✓ Seguro de Retiro Obligatorio Obrero Año 1.919.
- ✓ Seguro Obligatorio de Maternidad 1.923.
- ✓ Ley de Bases de Régimen Sanitario Año 1.934.
- ✓ Fuero del Trabajo. Año 1.938.
- ✓ Ley de 14/12 1.942 se aprueba la ley del Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE).
- ✓ Consejo General de Sanidad. Año 1.943.
- ✓ Ley de Bases de la Sanidad Nacional. Año 1.944.
- ✓ Ley de Coordinación Hospitalaria. Año 1.962.
- ✓ Ley de Bases de la Seguridad Social. Año 1.963.
- ✓ Real Decreto (R.D.) 3.160/1.966. de 23 de Diciembre.
- ✓ Ley de 24/1972 de Financiación y Perfeccionamiento de la Acción Protectora.
- ✓ Ley General de la Seguridad Social Año 1.974.
- ✓ CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA se aprueba en el Año 1978.
- ✓ Real Decreto-Ley 36/1.978 de 16/11 sobre Gestión de la Seguridad, la Salud y el Empleo.
- ✓ Transferencia de Competencias a Comunidades Autónomas Año 1.978.
- ✓ Transferencia primera del INSALUD a Cataluña en 1.981.
- ✓ Decreto 137/1.984 sobre Estructuras Básicas de Salud.

- ✓ Ley General de Sanidad (LGS) se promulga en 1.984.
- ✓ Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social. Año 1.994.
- ✓ Pacto de Toledo 1.995.
- ✓ Ley 15/1.997 Habilitación de Nuevas formas de Gestión del Sistema Nacional de Salud (SNS).
- ✓ Informe de la Subcomisión Parlamentaria para la Consolidación y Modernización del SNS 1.997.
- ✓ Decreto 32/1.998 de 18 de febrero. Delimitación territorial de Zona Básica de Salud.
- ✓ Decreto 6/2.002 de 10 de enero, establece las Demarcaciones Asistenciales en las Zonas Básicas de Salud.
- ✓ Ley 16/2.003 de 28 de Mayo, de Cohesión y Calidad de la Ley del Sistema Nacional de Salud B.O.E. 29 de Mayo de 2.003 nº 128 (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Gestión Sanitaria Integral Pública y Privada).
- ✓ Real Decreto 1555/2.004, de 25 de junio, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad y Consumo (BOE de 25 de Junio de 2004).
- ✓ Real Decreto 1133/2.008, de 4 de julio, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad y Consumo (BOE de 9 de julio de 2008).
- ✓ Real Decreto 1823/2011 de 21 de diciembre. BOE 21 Diciembre nº307.
- ✓ Real Decreto-Ley 16/2.012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. BOE de 24 Abril 2012 nº 98.

I.-INTRODUCCIÓN

1. HISTORIA DE LA SANIDAD

Los orígenes de la Medicina se pierden con los de la Humanidad. Los métodos utilizados han ido cambiando pero la finalidad ha sido siempre la misma, la recuperación del paciente. ⁽¹⁾

Al pueblo sumerio, cuna de nuestra civilización, puede considerársele fuente de la Medicina. Suyo es el texto médico más antiguo, que se conoce, plasmado en dos tablillas del que se han recuperado más de 800 recetas para combatir el dolor. ⁽²⁾

En el antiguo Egipto las diferentes fuentes de esta cavilación nos enseñan que padecían las mismas dolencias que sufrimos hoy y ya disponían de algunos remedios que se mantienen en la actualidad como férulas e incluso muletas. En el papiro de *Ebers* se hace referencia a enfermedades reumáticas. ⁽³⁾

La etiología de la enfermedad varía según los pueblos:

Los semitas la consideraban como la sanción de un pecado. ⁽⁴⁾

Para los griegos eran la manifestación de un desequilibrio de la Naturaleza. Pueden ser considerados como los primeros en utilizar una concepción científica del mundo, siendo Hipócrates quien aplicó a la Medicina una metodología científica y sistemática y definió el papel del médico en la sociedad. ⁽⁵⁾ y escribió el documento sobre ética médica como es el *Juramento Hipocrático*. El cual se leía en la ceremonia de graduación y se sigue leyendo actualmente en nuestra Universidad. ⁽⁶⁾

Los principios de beneficencia y de no-maledicencia son expresados en el Juramento Hipocrático y constituyen la base de la Ética Médica en estos veinticinco siglos. ⁽⁶⁾

En Roma existieron médicos desde el principio de la República pero el ejercicio de la Medicina no se consideraba una profesión digna de ciudadanos por lo que era ejercida por extranjeros. ⁽⁷⁾

A esta civilización pertenecen:

- ✓ Aulo Cornelio Celso enuncia los cuatro signos de la inflamación. ⁽⁸⁾⁽⁹⁾

- ✓ Sorano de Epheso, de la escuela metodista y conocido como el fundador de la Obstetricia y Ginecología.⁽¹⁰⁾
- ✓ Rufus de Efeso de la Escuela Ecléctica que describe los gangliones tendinosos.⁽¹¹⁾
- ✓ Una de las figuras más respetadas fue Galeno, padre de la Medicina deportiva y cuyo nombre ha ido asociado a cualquier profesional de la Medicina hasta nuestros días.⁽¹²⁾

La Medicina *Árabe* es el nexo de unión entre la Medicina del mundo Clásico y la del Renacimiento. Árabe fue el autor del “CANON” uno de los textos más importantes de la Historia de la Medicina como era el Canon de *Avicena*.⁽¹³⁾

1.A.- Época *Medieval*

Desde la caída de Roma y hasta el Siglo XV, la superstición impidió la realización de estudios serios.

La terapéutica abandonó los criterios científicos, sin embargo los monasterios recogieron y transmitieron los conocimientos lo que permitió su supervivencia.⁽¹⁴⁾

Sí existen, de estos siglos, Leyes que rigen el acceso y ejercicio de los médicos, como el Protomedicato de Castilla, el órgano más importante de la Sanidad Española de la edad moderna y en vigor desde el año 1.477 a 1.822. Aunque sus orígenes son confusos, los autores más autorizados le sitúan en tiempos de los Reyes Católicos mediante la Pragmática de 1.477.⁽¹⁵⁾⁽¹⁶⁾

1.B.- La Medicina del *Renacimiento*

Las condiciones sociales, económicas y políticas de Europa sufrieron una transformación que culminó en el Renacimiento. Decisiva fue la creación de la imprenta para la difusión de los conocimientos.

Autores españoles hicieron importantes contribuciones como Ambrosio Paré, cirujano de la Armada Invencible, que definió los objetivos de la Cirugía. ⁽¹⁷⁾

En el Siglo XVII comienzan a surgir las Sociedades Científicas y con ellas las publicaciones. Hermsnn Boerhaave adoptó como método clínico la anamnesis, exploración, diagnóstico, pronóstico y tratamiento. ⁽¹⁸⁾

A mediados del Siglo XVIII las Universidades españolas ya participaron de forma activa en el desarrollo de la Medicina. La Sanidad, en la España de este siglo, era ejercida por variedad de profesionales con clases sociales y categorías diferentes y rivalidades entre ellas. ⁽¹⁹⁾

1.C.- La Medicina en el Siglo XIX

Es en este momento cuando se fusionan la Medicina y la Cirugía. Se desarrollan la anestesia, asepsia y se descubren los Rayos X unido a las contiendas bélicas y posteriormente desarrollo de los antibióticos y vehículos de motor que aceleran las actuaciones y con ellas la experiencia. ⁽²⁰⁾

En la relación inicial entre el pensamiento helénico y el cristianismo, aparece por primera vez, la idea ética de la asistencia al enfermo por amor y caridad Cristiana de cuya idea surgen los primeros hospitales y lo que hoy sería la hospitalización domiciliaria aunque con otras motivaciones. ⁽²¹⁾ De las materias referentes a la salubridad y de las epidemias se ocupaba directamente el Consejo del Reino, llegando a ser tantos los asuntos, y en especial con motivo de las peste de Marsella en 1720, los ministros se vieron tan apurados “que hizo pensar en la necesidad de crear una Administración Sanitaria Especial”. ⁽²²⁾ primera institución directiva o administrativa, regular y metódica que registra nuestra historia sanitaria.

La Junta Suprema de Sanidad creada al efecto como órgano de la administración del Estado va a perdurar desde 1.720 a 1.847 (127 años) en los cuales se va a ver sustituida en parte por la Dirección General de Sanidad dependiente del Ministerio de la

Gobernación y suplida en otra parte de sus funciones por el Real Consejo de Sanidad, en el mismo año (1847).⁽²³⁾

Los primeros indicios de actuación gubernamental vienen de la mano de Méndez Álvaro quien promovió en 1822 la Sociedad Española de Higiene y el Código Sanitario basado en una visión de los problemas de Salud, fue lo más parecido al primer intento que se encuentra para establecer mecanismos de atención primaria, vigilancia de epidemias y prevención.⁽²⁴⁾

Posteriormente en 1855 Méndez Álvaro también intervino en la elaboración de la Ley de Sanidad que determinaba principalmente la colegiación obligatoria y el establecimiento de colegios médicos en toda España y en otros diversos decretos entre los que destaca el de 1854, por el cual se organizaban los partidos médicos, se planificaba la asistencia gratuita a los pobres, se regularizaba el Servicio de Higiene Pública y Medicina Legal, y se establecía la vigilancia del ejercicio de la profesión.^{(22) (20)}

Así pues a mediados del siglo XIX quedan perfiladas las figuras de los facultativos titulares públicos y el ámbito del ejercicio privado que con matices cuantitativos han llegado a nuestros días.

1.D.- La Medicina en el Siglo XX

En esta época aparece el fenómeno progresivo de la estatalización y centralización del poder sanitario hacia el Gobierno Central, en la que los sanitarios titulares son un ejemplo paradigmático para, como se verá con el paso del tiempo y de las avatares políticos, descentralizarse y transferirse a las Comunidades Autónomas.⁽²⁵⁾

Se han promulgado leyes como la Ley de Accidente de trabajo en 1900, el R.D. 12 de Enero Instrucción General de Sanidad en 1904 y la creación del Instituto Nacional de Previsión (I.N.P.) en 1908. Puede considerarse la primera institución oficial encargada de la Seguridad Social y la asistencia Sanitaria en España convirtiéndose en el gestor de todos los servicios hasta 1978. En 1919 se crea el Seguro de Retiro Obligatorio Obrero y otras leyes citadas.⁽²⁶⁾

La hospitalidad domiciliaria o asistencia a domicilio es una conquista de las ideas de fraternidad, filantropía privada y pública (en este caso beneficencia). El término se deriva del siglo XVIII ilustrado y su carácter público era propuesto por los higienistas ya que la asistencia en los hospitales era insana y de resultados catastróficos para los enfermos por estar su ambiente “infectado”. Otros términos como beneficencia pública, hospitalidad pública y hospitalidad domiciliaria eran términos concurrentes de lo Social y lo Sanitario, y a veces, tan confusos como su equivalente en nuestro siglo XXI, lo que hoy se llama “asistencia socio-sanitaria”.⁽²⁷⁾

1.E.- Situación actual de la Sanidad

A partir de la aprobación de la Ley General de la Seguridad Social en 1974, se homogeneizó el Sistema de Salud Obligatorio para todos los afiliados a la Seguridad Social, vinculando la asistencia sanitaria gratuita a la contribución de cotizaciones por parte de empresas y trabajadores cubriendo también a los descendientes y personas dependientes de los afiliados. Estas restricciones provocaban que existieran grandes grupos de personas que se quedaban fuera de los servicios sanitarios en casos de desempleo prolongado, falta de incorporación al mercado laboral o cumplir una edad límite sin haberse emancipado plenamente del núcleo familiar.

En 1977, la S.S. pasa a depender del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, un año después se promulga la Constitución Española en 1978, en dicho año también se celebra una conferencia sobre Atención Primaria de Salud en la ciudad de Alma-Ata donde los expertos cuestionan los Sistemas de Salud por costosos e ineficaces y proponen como solución que la Atención Primaria de Salud, dirigida a las comunidades, sea el corazón de los nuevos sistemas sanitarios.⁽²⁸⁾

El INP que se encargaba de la gestión de las prestaciones económicas, sanitarias y sociales de los seguros de enfermedad en España, desaparece dando paso a 3 organismos:

- ✓ Instituto Nacional de la Seguridad Social, encargado de Gestionar y Administrar las prestaciones de índole económica de S.S.
- ✓ Instituto Nacional de Servicios Sociales, responsable de dirigir los servicios sociales de tipo complementario y gestionar las pensiones de invalidez y jubilación no contributivas.
- ✓ Instituto Nacional de la Salud, se encarga de gestionar y administrar los servicios sanitarios de la seguridad social.

La Constitución de 1.978 recoge en sus artículos 41, 41 y 49 la regulación de la Sanidad Para los Ciudadanos:

- *Artículo 41.* Dice que “Los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad, especialmente en caso de desempleo. La asistencia y prestaciones complementarias serán libres”.
- *Artículo 43.* Se reconoce el derecho a la protección de la salud. “Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto” y además “los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo facilitarán la adecuada utilización del ocio”.
- *Artículo 49.* Dice que “Los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que este Título otorga a todos los ciudadanos”.⁽²⁹⁾

Como respuesta a las previsiones en materia de Salud, en el año 1986 se aprueba la Ley 14/1986 General de Sanidad (L.G.S.) vigente actualmente y que contempla varios puntos.⁽³⁰⁾

- ✓ Establece como titulares del derecho a la protección de la Salud y a la asistencia sanitaria para todos los ciudadanos españoles y extranjeros que residan en territorio nacional.
- ✓ Otorga las transferencias oportunas a las Autonomías que hayan reconocido en su estatuto la gestión y control de la Sanidad.
- ✓ Determina una separación ministerial entre Sanidad y Seguridad Social.

En los 20 años siguientes, el gasto sanitario fue de las partidas más importantes del presupuesto público por lo que en los Pactos de Toledo ⁽³¹⁾ se eliminó la relación entre Seguridad Social (S.S.) y Sistema Público de Salud (S.P.S.) pasando la financiación sanitaria a depender de los Presupuestos Generales del Estado.

El Real Decreto-Ley 16/2.012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, modifica elementos sustantivos de nuestro Sistema Sanitario.⁽³²⁾

La Atención Primaria de Salud, según definición aceptada universalmente, es la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de los individuos y familias de la Comunidad mediante una plena participación y a un coste que la Comunidad y el País puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.⁽³³⁾

Los ciudadanos participan en la ordenación y el control del funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, a través de los órganos de gestión locales y regionales.

Aunque la declaración de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria no tenía carácter vinculante se estableció el funcionamiento de la Atención Primaria con las infraestructuras básicas de Salud.⁽³⁴⁾

2.- ESTRUCTURAS BÁSICAS DE SALUD

Existen diferentes infraestructuras de Salud como son: Áreas de Salud (A.S.), Zona Básica de Salud (Z.B.S.), Centro de Salud (C.S.), Consultorio y Equipo de Atención Primaria.

2.A.- Áreas de Salud

Según las define la Ley de Sanidad, son las estructuras fundamentales del Sistema Sanitario, responsables de la gestión de los Centros de Salud y establecimientos del servicio de salud de la Comunidad Autónoma en su demarcación territorial y de las prestaciones sanitarias y programas sanitarios encaminados a mejorar la Salud.⁽³⁵⁾

Se entiende como tal aquella circunscripción administrativa que agrupa un conjunto de centros de Salud y de profesionales de Atención Primaria de Salud bajo su dependencia organizativa y funcional.

Dicha denominación se aplica con independencia de que se trate de una Gerencia específica de Atención Primaria de Área, o de una Gerencia o Dirección única para primaria y especializada desde el punto de vista de la estructura de gestión.

Las Áreas de Salud se delimitan teniendo en cuenta factores geográficos, demográficos, socioeconómicos, laborales, epidemiológicos, culturales, climatológicos, vías de comunicación e instalaciones sanitarias. Con el fin de lograr la máxima operatividad y la mayor eficacia en la Atención de Salud, las áreas se dividen en Zonas básicas de Salud (Z.B.S.).

2.B.- Zona Básica de Salud

Es la delimitación geográfica que sirve de referencia para la actuación del equipo de Atención Primaria. Ello es así, a pesar de conocerse la existencia excepcional de zonas básicas que albergan a más de un equipo de Atención Primaria.⁽³⁶⁾

El Decreto 6/2,002 de 10 de enero, establece las Demarcaciones Asistenciales en las Zonas Básicas de Salud, como el ámbito territorial dentro del Área de Salud, donde los profesionales sanitarios desempeñan las funciones asistenciales ordinarias y está delimitada por parte de un núcleo o un conjunto de núcleos de población.

En cada Zona Básica de Salud existe un conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios, que constituyen el Equipo de Atención Primaria, y que son los responsables de la prestación de la atención de la salud a la población en su demarcación sanitaria, y ello, de forma coordinada, integral, permanente y continua, y orientada al individuo, a la comunidad y al medio ambiente. Entre los integrantes del Equipo se encuentran Médicos de Familia, Pediatras, Enfermeros, Matronas, Auxiliares de Enfermería, Trabajadores Sociales, Auxiliares Administrativos y Celadores.

2.C.- Centro de Salud.

Se utiliza la definición incluida en el Real Decreto (R.D.) de autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios, que dice: "Estructuras físicas y funcionales que posibilitan el desarrollo de una Atención Primaria de Salud coordinada, globalmente, integral, permanente y continuada, y con base en el trabajo en equipo de los profesionales sanitarios y no sanitarios que actúan en el mismo. En ellos se desarrollan sus actividades y funciones los Equipos de Atención Primaria".⁽³⁷⁾ Los cuales son la Cabecera de cada Z.B.S. y en ellos se encuentra la dirección formada por Coordinador Médico y Responsable de Enfermería.

El Centro de Salud, como Institución, asume la responsabilidad de la atención de una comunidad definida social, demográfica y geográficamente y cuyas actividades han de estar dirigidas a la promoción de la Salud, prevención de la enfermedad y asistencia al enfermo.⁽³⁸⁾

Aquellos C.S. que tienen concedida acreditación docente y están capacitados imparten formación a postgrados en Medicina Familiar y Comunitaria, entre estos C. S. se encuentra Garrido Sur.

2.D.- Consultorio

Igualmente, se utiliza la definición que consta en el Real Decreto antes mencionado, que dice los consultorio son "Centros sanitarios que, sin tener la consideración de Centros de Salud, proporcionan atención sanitaria no especializada en el ámbito de la Atención Primaria de salud".

Se incluyen bajo esta denominación, exclusivamente a los "consultorios rurales", "consultorios locales", "consultorios periféricos", o cualquier otra denominación que haga referencia a centros asistenciales "mayoritariamente dependientes o relacionados funcionalmente con un Centro de Salud".

Así pues, en caso de que en alguna Comunidad permanezca algún centro urbano de modalidad de atención no reformada (modelo tradicional) bajo la denominación de "consultorio", este Centro deberá ser tratado, a estos efectos, como un Centro de Salud.

2.E.- El Equipo de Atención Primaria

Los profesionales sanitarios y no sanitarios que actúen en cada Zona de Salud, de acuerdo con el artículo 3º del Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, constituirán el Equipo de Atención Primaria.

A tal fin la Consejería de Bienestar Social efectuará en las zonas delimitadas, la oferta de incorporación a que se refiere la Disposición Transitoria 4ª del Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, que afectará a la totalidad de los funcionarios de carrera pertenecientes a los Cuerpos de Médicos, Practicantes y Matronas Titulares, incluidos en los partidos que, de conformidad con lo dispuesto en la Disposición Transitoria 3ª. Del citado Real Decreto 137/1984, hayan sido agrupados para constituir la Zona de Salud.

Las condiciones de soledad y extrema dureza en que el médico general trabajaba han quedado atrás aunque solo parcialmente. En grandes equipos con grandes cargas de trabajo seguimos estando solos aunque rodeados de otros profesionales que es la peor soledad.⁽³⁷⁾

Los administrativo habitualmente ubicados, todos juntos, en un mostrador lejos de las consultas.

Parte de la actividad laboral de enfermería se realiza por turno rotatorio, basado en calendario y no en su población de referencia ni en su consulta habitual siendo el médico el único referente de fácil localización. ⁽²⁹⁾

3.- ZONAS BÁSICAS DE SALUD Y SUS CORRESPONDIENTES CENTROS DE SALUD URBANOS DE SALAMANCA

Estos Centros pueden ser Urbanos, Periurbanos, Semiurbanos o Rurales.

3.A.- Centros Urbanos

Los Centros Urbanos adscritos de Salamanca con sus Habitantes son los siguientes:

- ✓ Z.B.S. Alamedilla Urbana.
C.S. La Alamedilla con 19.537 TSI.
- ✓ Z.B.S. Capuchinos Urbana.
C.S. Alfonso Sánchez Monte con 9.652 TIS.
- ✓ Z.B.S. Garrido Norte Urbana.
C.S. Sisínio de Castro con 20.961 TSI.
- ✓ Z.B.S. Garrido Sur.
C. S. Alamedilla. Con 26.469 TSI.
- ✓ Z.B.S. Pizarrales Urbana.
C. S. Alfonso Sánchez Monte con 23.500 TSI.
- ✓ Z.B.S. San Bernardo Oeste Urbana.
C. S. Miguel Armijo Moreno Con 21.169 TSI.
- ✓ Z.B.S. San José Urbana.
C.S. Casto Prieto. Con 12.227 TSI.

- ✓ Z.B.S. San Juan Urbana.
C. S. San Juan Con 18.190 TSI
- ✓ Z.B.S. Sancti-Spiritus-Canalejas Urbana.
Con 9.272 TSI.
- ✓ Z.B.S. Tejares Urbana.
C. S. Elena Ginel Díez .Con 8.369 TSI.
- ✓ Z.B.S. Universidad-Centro Urbana.
C. S. Filiberto Villalobos Con 11.287 TSI.

3.B.- Centros Periurbanos

- ✓ Z.B.S. Periurbana Norte.
C.S Periurbana Norte Con 12.499 TSI.
- ✓ Z.B.S Periurbana Sur.
C.S. Elena Ginel Díez. Con 8.026 TSI.

3.C.- Centros Semiurbanos

- ✓ Z.B.S. Béjar.
- ✓ C.S. Con 19.237 TSI.
- ✓ Z.B.S. Ciudad Rodrigo.
- ✓ C.S. Ciudad Rodrigo Con 17.087 TSI.
- ✓ Z.B.S. Santa Marta De Tormes.
- ✓ C.S. Santa Marta De Tormes. Con 16.680 TSI.

3.D.- Centros de Salud Rurales

- ✓ Z.B.S. Alba De Tormes. Con 13.520 TSI.
- ✓ Z.B.S. La Alberca. Con 2.256 TSI.
- ✓ Z.B.S. Aldeadávila De La Rivera. Con 3.488 TSI.
- ✓ Z.B.S. Calzada De Baldunciel. Con 2.687 TSI.
- ✓ Z.B.S. Fuentes De San Esteban. Con 3.814 TSI.

- ✓ Z.B.S. Fuente Guinaldo. Con 2.223 TSI.
- ✓ Z.B.S. Fuentes de Oñoro. Con 2.786 TSI.
- ✓ Z.B.S. Guijuelo. Con 10.625 T.S.I.
- ✓ Z.B.S. Ledesma. Con 3.267 TSI.
- ✓ Z.B.S. Linares De Riofrío. Con 2.791 TSI.
- ✓ Z.B.S. Lumbrales. Con 4.803 TSI.
- ✓ Z.B.S. Matilla De Los Caños. Con 2.247 TSI.
- ✓ Z.B.S. Miranda Del Castañar. Con 2.310 TSI.
- ✓ Z.B.S. Pedrosillo El Ralo. Con 3.511 TSI.
- ✓ Z.B.S. Peñaranda De Bracamonte. Con 11.826 TSI.
- ✓ Z.B.S. Robleda. Con 2.252 TSI.
- ✓ Z.B.S. Tamames. Con 3.089 TSI.
- ✓ Z.B.S. Villoría. Con 4.790 TSI.
- ✓ Z.B.S. Vitigudino. Con 8.230 TSI.

3.E.- Z.B.S. GARRIDO SUR URBANA

En este Centro de Salud, el mayor en número de TIS de Salamanca, se ha realizado el presente trabajo.

El Centro de Salud está formado por un Número de Población TSI 26.469 en el que trabajan varios profesionales, concretamente son 16 Médicos de Familia 3 Pediatras, 17 Enfermeras, 2 Matronas, 1 Auxiliar de Enfermería 1 Fisioterapeuta, 1 Técnico de Rayos y 6 Auxiliares Administrativos. Este C.S. también contiene unidades de apoyo de los especialidades de Psiquiatría y Ginecología.

4.- PATOLOGÍAS

Los servicios de AP son fundamentales para garantizar el acceso equitativo de toda la población a los Servicios Básicos de Salud, constituye la puerta de entrada al

Sistema Sanitario por ser los más cercanos al paciente ⁽³⁹⁾ ya que la utilización de estos servicios está relacionada principalmente, con el estado de salud del individuo.⁽⁴⁰⁾

Entre los objetivos que debe cumplir la AP está el de asegurar una asistencia personalizada, integrada, continuada y permanente.⁽⁴¹⁾ El médico de familia ocupa un lugar muy importante en el Sistema, ya que centraliza la atención del paciente y la información y además coordina la circulación de los pacientes en el sistema sanitario ⁽⁴²⁾ al abrir paso al segundo nivel asistencial, adecuando la intensidad de la atención a la gravedad y rareza de la enfermedad, reservando los recursos tecnológicos para quienes, probablemente, más los necesite.⁽⁴³⁾

La utilización de los S.S. de Atención Primaria está relacionada con el estado de salud del individuo, ya sea el sentido por el individuo o el objetivado por indicadores como enfermedad crónica, accidentes e I.T. La edad, el sexo, variables culturales y familiares también condicionan esta utilización.⁽⁴⁰⁾

Los profesionales de A.P. previenen, diagnostican, tratan, curan y derivan cuando el proceso no puede ser resuelto en su ámbito ⁽⁴⁴⁾ aunque un importante número de casos son las dolencias diagnosticadas y tratadas desde hace años ⁽⁴⁵⁾ con un claro predominio femenino en la mayoría de las patologías.⁽⁴⁶⁾

4.A.- DERIVACIONES A ATENCIÓN ESPECIALIZADA PROGRAMADA

Hay patologías o circunstancias que, sin ser Urgentes, requieren derivación al 2º nivel asistencial para poder realizar estudio especializado, bien porque requieren pruebas diagnósticas muy específicas y solo disponibles al tercer nivel, o porque hay enfermedades especialmente esquivas y de difícil diagnóstico en fases iniciales que podrá diagnosticar un especialista en esa materia, como es por ejemplo el trastorno bipolar que solo se diagnostica en el 40% de los casos ⁽⁴⁷⁾ en fases iniciales incluso por especialistas avezados.

4.B.- DERIVACIONES AL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

El médico de cabecera debe conocer las limitaciones de su nivel asistencial, para asegurar la calidad científica-técnica y derivará al nivel especializado, los casos que así lo requieran, sin que ello implique delegación de funciones. El nivel primario debe derivar los casos que sobrepasen sus capacidades ya que tanto atender como derivar forman parte del acto médico.⁽⁴⁴⁾

A pesar de lo anterior la demanda de asistencia sanitaria con carácter de urgencia en asistencia especializada alcanza en la actualidad niveles preocupantes se ha pasado de 375 visitas por cada 1.000 habitantes a superar las 500 en 7 años.⁽⁴⁸⁾

El aumento de la demanda de los Servicios de Urgencias Hospitalarias (SUH) es una constante en los últimos años en nuestro Sistema Sanitario. Según datos del Ministerio de Sanidad y Consumo se ha pasado de atender 21.324.816 en 2001 a 24.409.061 en 2005, es decir un aumento del 14.5%, en 4 años habiendo crecido los SUH no sólo en el número de asistencias sino también en complejidad, esta situación es desde hace años, objeto de preocupación para la comunidad sanitaria.⁽⁴⁹⁾

5.- PRUEBAS DIAGNÓSTICAS EN A.P.

En España, los médicos de Atención Primaria prestan una gran variedad de servicios, de forma que abordan no sólo aspectos curativos y paliativos, sino también actividades de prevención y promoción de la Salud. Su decisión clínica respecto al cribado, diagnóstico y seguimiento de los pacientes se basa en los resultados de las determinaciones de laboratorio, entre otras pruebas.⁽⁵⁰⁾

A pesar de la anterior es motivo de controversia en los últimos años el hecho de que desde Atención Primaria se pueda acceder de forma directa a exploraciones diagnósticas propias del ámbito especializado.⁽⁵¹⁾

Se definen pruebas diagnósticas en A.P. aquellas solicitadas directamente por el médico de A.P. y, aun siendo realizadas fuera de la consulta, no supone una transferencia de responsabilidad sobre el paciente.⁽⁵¹⁾

Hay que tener en cuenta que los síntomas y signos constituyen pruebas de hipótesis diagnósticas más fuertes que las derivadas de pruebas diagnósticas⁽⁵²⁾. Antes de solicitar una prueba de laboratorio, el médico de A.P. debe reflexionar sobre las ventajas y molestias que ésta puede reportar al paciente y el coste sanitario que está ocasionando. Es fundamental relacionar el diagnóstico diferencial que se plantee con las pruebas más útiles para llevarlo a cabo. Por tanto, deberá conocer el valor predictivo de las pruebas solicitadas en cada caso concreto y los requerimientos necesarios que el paciente debe llevar a cabo en su preparación⁽⁵¹⁾

La práctica de la Medicina cambia continuamente, ya que algunas enfermedades son controladas e incluso erradicadas o pre-erradicadas⁽⁵³⁾ mientras que otras aumentan en frecuencia o importancia. Se están desarrollando nuevas técnicas diagnósticas que permiten conocer datos hasta hace poco impensables.⁽⁵⁴⁾

Toda prueba complementaria tiene una sensibilidad y especificidad determinada dependiendo del número de veces que acierta o se equivoca. Ninguna prueba llega al 100%. La prueba que tiene mayor fiabilidad es la más adecuada para llegar a un determinado diagnóstico. Las muy sensibles sirven para descartar enfermedades y las muy específicas para confirmarlas.⁽⁵⁵⁾ También debe haber claridad en la validez diagnóstica y en la utilidad clínica que tienen las diferentes pruebas de laboratorio para el tamizaje, diagnóstico y seguimiento de las enfermedades.⁽⁵⁶⁾

Existen unas determinadas pruebas de absceso libre desde atención primaria como son: Pruebas de Laboratorio, Pruebas de Imagen (Radiografía y Ecografía), Densitometría, Electrocardiograma, Espirometría y Endoscopia.

5.A.-PRUEBAS DE LABORATORIO

Son los exámenes diagnósticos más utilizados en AP se ha visto que aproximadamente del 4-9% de las visitas al médico de AP incluye una prueba de laboratorio.⁽⁵⁷⁾

La primera prueba complementaria, en el tiempo, al alcance del Médico General ha sido la de laboratorio. Hace varios años en las localidades de Extremadura, cuando se solicitaba una analítica el paciente debía ir al laboratorio de referencia, desde donde reenviaban los resultados por correo ordinario o vía telefónica, si los resultados requerían una actuación Urgente. Esto condicionaba la solicitud a lo estrictamente necesario dado los gastos que el desplazamiento acarrearba al paciente.

Con la puesta en funcionamiento de los C.S. en la década de los 80 del pasado siglo, la extracción sanguínea se realiza en el Consultorio Local por donde pasa un coche, a una hora convenida por la Gerencia correspondiente, para recepcionarlo y entregarlo en el laboratorio correspondiente, desde donde se comunican los resultados vía Fax, telefónica, correo ordinario y actualmente informático.

El sistema actual presenta grandes ventajas como son:

- ✓ Control de una patología ya diagnosticada.
- ✓ Confirmación o exclusión de una patología de la cual se sospecha.
- ✓ La detección o cribado de casos.
- ✓ Llevar a cabo protocolos preventivos.
- ✓ En un pequeño porcentaje se solicitan por un asunto administrativo, legal o a petición del paciente.

Y el inconveniente de convertirse en un bien de consumo donde el paciente dice que y cuando se solicita esta prueba o manda a un familiar con una lista de los parámetros a solicitar.

De esta forma además de solicitar pruebas innecesarias no se tiene en cuenta en cuenta conceptos básicos de la estadística como son la sensibilidad, la especificidad, el valor predictivo positivo y negativo y la eficiencia, entre otros.

Según algunos autores se solicitan excesivamente y muchas veces de forma innecesaria, no adaptándose a los protocolos existentes, por lo que es muy importante saber cuáles son sus indicaciones para que sean realmente rentables.

En un momento como el actual donde pelagra la sostenibilidad del Sistema Sanitario, hay que pensar en que se produzca un cambio, una transformación que conllevará a un esfuerzo en toda la Sociedad, ya que serán requeridas conductas de responsabilidad.⁽²⁶⁾

La petición de pruebas de Laboratorio (análisis básicos) debe ir precedida, como ya se ha comentado anteriormente, de una valoración de las características de estas y de su adecuación al problema de Salud que se aborda. Así hay que tener en cuenta:

- ✓ Pruebas como sistema de detección, cuyo objetivo es detectar pacientes con enfermedad subclínica, donde la estrategia adecuada es la petición selectiva.
- ✓ Pruebas como sistema de diagnóstico donde sería más idóneo la realización de pruebas secuenciales no viables en A.P.
- ✓ Pruebas como sistema de control evolutivo de una enfermedad. En este caso la indicación son pruebas selectivas, que no pueden llevarse a cabo en A.P. siendo el perfil semiológico una alternativa razonable cuando deban realizarse todas las pruebas necesarias a la vez en el paciente sintomático.

Los métodos diagnósticos de química seca tienen una buena relación coste-beneficio se utilizan para determinar Glucemias, componentes de la orina y INR en pacientes anti-coagulados con Acenocumarol o Warfarina.⁽⁴¹⁾

5.B.- PRUEBAS DE IMAGEN

En el S.XIX nace la Medicina contemporánea con tres formas de pensamiento médico ⁽⁵⁸⁾ que se han prolongado hasta nuestros días. Estas mentalidades son anatomoclínica, fisiopatológica y etiopatogénica.

La anatomoclínica tenía un origen lesional identificando enfermedad con lesión anatómica ⁽⁵⁹⁾ algunas de las cuales podían apreciarse o deducirse en la radiografía.

5.B.1.-RADIOLOGÍA

El descubrimiento de los rayos X fue un afortunado hallazgo, inesperado y casual, en el curso de las investigaciones de Wilhelm Conrad Röntgen en 1895 ⁽⁶⁰⁾ y marcó un hito en la historia de la Medicina ⁽⁶¹⁾ constituyendo la materialización técnica y práctica del pensamiento anatomoclínico al hacer de la Medicina una ciencia objetiva ya que hace visibles lesiones ocultas.⁽⁵⁹⁾

Con el tiempo se vieron efectos nocivos en las zonas expuestas a la radiación, por lo que en 1899 se plantearon normativas estrictas para proteger al paciente y al radiólogo.⁽⁶¹⁾

Actualmente entre las pruebas complementarias susceptible de ser solicitadas en A.P. la radiografía es la primera prueba de imagen. Su solicitud debe ir precedida de una evaluación de los beneficios y los riesgos de radiación y análisis costo-beneficio.⁽⁶²⁾

La utilización de esta técnica es apropiada cuando tiene una base científica, es segura y válida, viable económicamente, produce resultados positivos y es aceptada por profesionales y pacientes. Las innegables ventajas de las exploraciones radiográficas en el diagnóstico y en el seguimiento de diferentes enfermedades, y su ayuda en el planteamiento de las decisiones terapéuticas ha hecho que su uso se haya generalizado en la práctica médica.⁽⁶³⁾

La Radiografía se realiza en el C.S. previa solicitud de cita.

Las radiografías más solicitadas en A.P. son tórax, abdomen y óseas

El aparato Utilizado es Kodak DirectView DR 3000.

5.B.2.- ECOGRAFÍA

Para la realización de esta prueba se emplea el ecógrafo que no es, más que una forma evolucionada de la tradicional percusión. Dicho aparato mide ondas sonoras, ultrasónicas, que atraviesan la piel y diversos órganos y cavidades corporales, se reflejan en cada uno de ellos y regresan para transformarse en imágenes en una pantalla.⁽⁶⁴⁾

Puede definirse como un medio de diagnóstico médico basado en las imágenes obtenidas mediante el procesamiento de los ecos reflejados por las estructuras corporales, gracias a la acción de pulsos de ondas ultrasónicas. Basa su funcionamiento teórico en el efecto Doppler.

La ecografía supone para el médico de A.P. un nuevo ojo diagnóstico el llamado *ojo ecográfico* que permite ver por dentro y sin dañar la estructura a estudiar, a la vez que facilita una aproximación diagnóstica y terapéutica.⁽⁶⁵⁾

Se hará una breve Historia de la Ecografía:

- ✓ En 1960, primer Scanner automático.
- ✓ En 1968, primer aparato en reproducir imágenes en tiempo real.
- ✓ En 1982, desarrollo del Doppler a color en imagen bidimensional.
- ✓ En 1983, comercialización del Doppler a color y se digitalizan los equipos.
- ✓ En 1994, post-proceso en color para imágenes diagnósticas ecográficas.
- ✓ En la actualidad, se obtienen imágenes en 3D y 4D.⁽⁶⁶⁾
- ✓ La técnica de Ultrasonido, como instrumento diagnóstico, se desarrolla inicialmente en los años 70-80 por Radiólogos. A inicios de los 90 otros especialistas incluidos médicos generales comienzan a formarse en esta técnica y a realizarla.⁽⁴²⁾
- ✓ Esta técnica tiene una sensibilidad y especificidad del 90% para diagnósticos de roturas tendinosas.⁽⁶⁸⁾
- ✓ La ecografía es de gran utilidad diagnóstica en patologías de los diferentes sistemas como son las patologías abdominales, nefro-

urológicas, gineco-obstétricas, abdominales⁽⁶⁹⁾ tiroides⁽⁷⁰⁾ patología mamaria⁽⁷¹⁾ y también como guía para diversas pruebas diagnósticas.⁽⁷²⁾

La ecografía presenta diversas ventajas como son:

- ✓ Que es una prueba segura, rápida, fiable, inocua y no invasiva, bien tolerada por el paciente y de relativo bajo costo.⁽²⁶⁾
- ✓ Dinámica, es la única técnica con la que se realiza un estudio dinámico del aparato locomotor.
- ✓ Poder realizar la exploración en el mismo lecho del paciente o en la misma consulta médica en tiempo real.
- ✓ Con una calidad de imagen de partes blandas comparable a la resonancia magnética (RM) y muy superior a la radiología simple.
- ✓ Sus características permiten repetirla con facilidad y sin repercusiones adversas pudiendo seguir la evolución de las lesiones.
- ✓ No se conocen contraindicaciones.

La ecografía también tiene inconvenientes como ⁽⁷³⁾:

- ✓ No permite visualizar el hueso subcortical.
- ✓ Es una prueba técnico-dependiente.

5.C.- DENSITOMETRIA

La osteoporosis es una enfermedad ósea metabólica, generalizada, caracterizada por una disminución de masa ósea y alteración de la microestructura del tejido óseo con fragilidad ósea y aumento de fracturas.⁽⁷⁴⁾⁽⁷⁵⁾

El diagnóstico de osteoporosis, aunque existen datos exploratorios, analíticos y radiológicos que pueden orientar, la prueba diagnóstica es la densitometría.⁽⁷⁶⁾

Bajo el término de Densitometría Ósea (DO) se engloban todas aquellas pruebas diagnósticas no invasivas que miden la Masa Ósea (M.O.) en distintas partes del cuerpo mediante técnicas ionizantes y no ionizantes.⁽⁷⁷⁾ El empleo generalizado de la densitometría es relativamente reciente, aunque fue descrita hace 100 años.⁽⁷⁸⁾

En 1963 Cameron y Sorensen iniciaron el desarrollo de técnicas cuantitativas de determinación de masa ósea con absorción fotónica simple.

La DMO es una técnica no invasiva de medición de la densidad ósea y aunque el término engloba varios métodos, en la práctica hace referencia a la determinación de dicha densidad ósea a través de la absorciometría de rayos X de doble energía (dual energy X-ray absorciometry).⁽⁷⁹⁾

La interpretación de sus resultados está marcada por los criterios diagnósticos de la OMS, que a través de la T-Score permiten estratificar el riesgo de fractura, y por las limitaciones del propio método, entre los que destaca la baja capacidad predictiva de fractura a nivel individual.⁽⁸⁰⁾

Las indicaciones de la densitometría son, fundamentalmente, predicción del riesgo de fractura, valorar las respuestas a intervenciones farmacológicas o enfermedades que afecten a la masa ósea.⁽⁸¹⁾

Entre las características técnicas de este método, se destaca la *baja dosis de irradiación y rapidez*, por lo que el paciente tiene un tiempo de exposición a las radiaciones reducido, la *precisión*, entendida como el porcentaje de error con respecto a un estándar de referencia de contenido de mineral óseo (CMO) conocido y la reproducibilidad; es decir, la capacidad de reproducir un mismo resultado a lo largo del tiempo.⁽⁸²⁾

5.D.- ELECTROCARDIOGRAMA

Desde el siglo XVII que se estudia la electricidad con los tejidos humanos y animales, mediante pruebas con ranas, perros y hasta humanos, se fue avanzando en esta materia de la Medicina, hasta lograr sistemas de detección o tratamiento de ciertas patologías cardíacas, como electrocardiógrafos o desfibriladores.⁽⁸³⁾

En 1.842 el físico italiano Carlo Matteucci, profesor en la Universidad de Pisa, muestra cómo la corriente eléctrica acompaña a cada latido cardíaco.

Los anatomistas Rudolph von Koelliker y Heinrich Muller, pudieron observar una pequeña convulsión del músculo justo antes de la sístole ventricular y una mucho más pequeña después de la sístole. Esas sacudidas son causadas por las corrientes eléctricas, que en el electrocardiograma figuran como complejo QRS y ondas T.⁽⁸⁴⁾

Hacia finales del siglo XIX, Auguste Waller, fisiólogo británico, fue el primero en acercarse al corazón bajo el punto de vista eléctrico y publica el primer electrocardiograma humano, registrado con un galvanómetro capilar.⁽⁸³⁾

El electrocardiograma (ECG) constituye en el registro lineal de la actividad eléctrica del corazón que se desarrolla sucesivamente a lo largo del tiempo. En cada ciclo cardiaco, y de forma sucesiva, se registran una onda de despolarización auricular (onda P), una onda de despolarización ventricular (complejo QRS) y una onda de repolarización ventricular (onda T).⁽⁸⁵⁾

El ECG es la representación gráfica de la actividad eléctrica del corazón detectada a través de una serie de electrodos colocados en la superficie corporal.⁽⁸⁶⁾

Las aplicaciones de esta prueba en A.P. son varias e inapreciable para discernir⁽⁵⁴⁾.

- ✓ El estudio y la evolución de la cardiopatía isquémica.
- ✓ La identificación y el control del tratamiento de las arritmias.
- ✓ El control evolutivo de la repercusión de la hipertensión arterial y de las valvulopatías sobre el corazón.
- ✓ La valoración de trastornos metabólicos o iónico.⁽⁸⁶⁾
- ✓ Otras múltiples situaciones de Urgencia.⁽⁸⁷⁾

A pesar del continuo y significativo avance de las técnicas de diagnóstico en Medicina, algunas de las pruebas más utilizadas, que pueden considerarse como clásicas, continúan manteniéndose en plena actualidad, El electrocardiograma (ECG o EKG del alemán elektrokardiogram, en razón de William Einthoven, su inventor) puede considerarse como paradigma de estas pruebas, ya que si bien es una exploración que atañe al ámbito de la cardiología, su utilización va mucho más allá de la esfera

cardiológica. El ECG continúa proporcionando una información básica y fundamental que no es posible obtener a través de otra exploración. Además, su realización es rápida, sencilla, segura, no dolorosa y relativamente económica.⁽⁸⁸⁾

El ECG es quizá el examen que con más frecuencia se realiza en la práctica clínica.⁽⁸⁹⁾

En la mayoría de los C. S. se dispone de un electrocardiógrafo del que existen varios modelos, mono o multicanal, manual o automático, con papel térmico o escritura de tinta.⁽⁸⁷⁾

Sir Thomas Lewi (1981-1945): *“está próximo el tiempo, si es que no ha llegado, en que un examen cardiológico será considerado incompleto si este nuevo método se omite”*.

Esta afirmación ha sido sobrepasada por la realidad, actualmente todo examen clínico general se acompaña, como norma, de un ECG.

Electrocardiógrafo utilizado Cardioline Delta 1 plus

5.E.- ESPIROMETRÍA

La espirometría es la técnica que mide los flujos y volúmenes respiratorios útiles para el diagnóstico y seguimiento de patologías respiratorias. Puede ser simple o forzada.⁽⁹⁰⁾

Es una prueba básica para el estudio de la función pulmonar, y su realización es necesaria para la evaluación y el seguimiento de las enfermedades respiratorias.⁽⁹¹⁾

Indicaciones de la Espirometría

Diagnósticas:

- ✓ Evaluación de síntomas o signos respiratorios.
- ✓ Medición del efecto de la enfermedad sobre la función pulmonar.
- ✓ Cribado de sujetos en riesgo de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) principalmente⁽⁹²⁾:

- Fumadores de más de 35 años y al menos 10 paquetes-año.
- Persistencia de síntomas respiratorios, incluyendo disnea, tos, expectoración, sibilancias o dolor torácico.
- Exposición laboral u ocupacional a sustancias tóxicas que causan afectación respiratoria.
- ✓ Evaluación del riesgo de procedimientos quirúrgicos, especialmente torácicos o abdominales altos.
- ✓ Estimación de gravedad y pronóstico en enfermedades respiratorias o de otros órganos que afecten a la función respiratoria.
- ✓ Valoración del estado de Salud antes del inicio de programas de actividad física intensa.
- ✓ Examen físico rutinario.⁽⁵³⁾

Monitorización:

- ✓ Evaluación del efecto de intervenciones terapéuticas.
- ✓ Monitorizar el curso de enfermedades que afecten a la función pulmonar.
- ✓ Monitorizar a personas expuestas a sustancias potencialmente tóxicas para los pulmones, incluyendo fármacos.
- ✓ Evaluación del deterioro/discapacidad.
- ✓ Programas de rehabilitación.
- ✓ Evaluación de disfunción por seguro médico y valoraciones legales.

Salud pública:

- ✓ Estudios epidemiológicos.
- ✓ Generación de ecuaciones de referencia.

Clases de espirómetros:

Se dispone de 2 tipos de espirómetros:

- ✓ De agua o de campana: Fueron los primeros utilizados y su uso está prácticamente limitado a los laboratorios de función pulmonar.
- ✓ Secos de los que existen varios tipos:

- De fuelle.
- Neumotacómetros.
- De turbina.

Los dos últimos son los que más habitualmente se utilizan en Atención Primaria.

Para su calibración los espirómetros incorporan su propio sistema de auto-calibrado, aunque también es útil disponer de jeringas de varios litros de capacidad que, utilizando diferentes volúmenes en varias ocasiones, permitirá comprobar las curvas que se obtienen.

Espirómetro Pony Fx Desktop Spirometer Cosmed.

5.F.- ENDOSCOPIA

La inquietud de investigar los órganos internos del cuerpo humano ha sido uno de los mayores desafíos de la Medicina.⁽⁹³⁾

Hipócrates en el año 400 a.c. creó el primer instrumento de uso endoscópico, una cánula, y acuñó ese término derivado del griego endo-adentro y scopia-mirar.

El uso de tubos e instrumentos para tratar de ver el interior del cuerpo humano, data de los comienzos de la civilización. No es hasta comienzos del siglo XIX cuando se produce un gran adelanto en la endoscopia al introducir, el médico alemán Pphilip Bozzini (1.773-1.809)⁽⁹⁴⁾ el conductor de luz con el que visualizó la uretra. Esta Cámara es la precursora del endoscopio moderno.

Esto fue un gran avance pero la rigidez de los instrumentos suponía alto riesgo de perforación; por eso a lo largo de la historia se han separado en periodos: periodo de endoscopio rígido (1.868-1.932), periodo de endoscocopio semiflexible (1.932-1957), periodo de fibroscopio (1.957- Actualidad) y periodo de videoendoscopia (1983- actualidad).

Luego un endoscopio consta de un cuerpo tubular, una fuente de luz y un sistema óptico.⁽⁹⁵⁾

La aparición de instrumentos de fibra óptica flexible hace posible su uso en los distintos órganos huecos del organismo a través de los orificios naturales.

Actualmente es utilizado por especialistas tanto de especialidades médicas como quirúrgicas dada la posibilidad tanto de diagnosticar como de tratar varias patologías con el endoscopio.⁽⁹⁶⁾

6.- TRATAMIENTOS EN CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA

La terapéutica es el complemento obligado del diagnóstico. Se dispone de recursos higiénicos, dietéticos, farmacológicos, químicos y psicológicos, siendo la misión del médico aplicarlos a los pacientes. Es mejor el resultado que se obtiene cuando se actúa sobre la causa (tratamiento etiológico) que cuando se actúa sobre los mecanismos sobre los que actúa la causa (tratamiento patogénico) y este es mejor que el tratamiento sobre los síntomas tratamiento sintomático.⁽⁹⁷⁾

En la consulta A.P. se explican medidas higiénicas, se entregan dietas adecuadas a la patología del paciente, se aconseja ejercicio físico adaptado a las capacidades del mismo y se prescriben fármacos.

Los fármacos nacen del deseo incoercible de los seres humanos por mejorar o suprimir el daño y la enfermedad, y hunde sus raíces en el conocimiento científico de la realidad biológica. El deseo de aliviar y el fundamento científico hacen de la farmacología la disciplina empírica que alimenta la esperanza con que se nutre el rumbo de la vida humana⁽⁹⁸⁾, por esto también se utiliza un amplio arsenal farmacológico en un intento de curar o aliviar cuando lo anterior no sea posible.

7.- CRIBADOS DE CÁNCERES

7.A.- Cribados de Cáncer de Cérvix

Este tumor es uno de los principales problemas de Salud del mundo, especialmente en los países en vías de desarrollo, en nuestro país tiene una incidencia y mortalidad muy

baja ⁽⁹⁹⁾, lo que en gran parte se atribuye al cribado mediante la citología de Papanicolaou. ⁽¹⁰⁰⁾⁽¹⁰¹⁾

Esta enfermedad es causada por el virus del papiloma humano (VPH) que representa la infección de transmisión sexual (TS) más frecuente. El 70-80% de mujeres y hombres sexualmente activos, han estado en contacto con el virus en algún momento de su vida. El VPH de alto poder oncológico 16 y 18 se detecta en el 100% de los casos de carcinoma escamoso. ⁽¹⁰²⁾

El método de cribado utilizado clásicamente, tiene alta especificidad (85-100%) pero sensibilidad sub-óptima y variable (30-90%).⁽¹⁰³⁾ La frecuencia de falsos negativos en lesiones de virus con bajo grado oncogénico 6 y 11 (LSIL) puede llegar al 50% y del 6-45% en los de alto grado (HSIL). La cobertura del cribado influye decisivamente en los resultados. ⁽¹⁰⁴⁾

El cribado mediante citología de Papanicolaou se considera un buen método de prevención de la enfermedad, aunque la evidencia de su eficacia proviene de estudios observacionales.⁽¹⁰¹⁾ La inclusión en el programa se aconseja 2 ó 3 años tras el 1º coito o a partir de los 25 años, la frecuencia después de 2 pruebas normales es cada 3-5 años y hasta los 65 años, siempre que las citologías previas sean normales (Plan Integral de Atención de la Mujer).

Este programa se desarrolla de manera oportunista, o sea se capta a la mujer en la consulta de A.P. No se hace cribado poblacional, dada la baja incidencia de la enfermedad.⁽¹⁰⁵⁾

La metodología del cribado sufre cambios, a partir de la confirmación de la eficacia del control trienal citológico hasta los 30 años y la incorporación a partir de esta edad de la determinación del VPH. De la aplicación conjunta de una vacuna de alta cobertura y un cribado rediseñado, con el test de VPH surge la mejor protección frente al cáncer de cuello uterino. ⁽¹⁰⁶⁾

7.B.- CRIBADO CÁNCER DE MAMA

El cáncer de mama es la neoplasia más frecuente en la mujer, Con una edad de máxima incidencia a partir de los 50 años ⁽¹⁰⁷⁾ y uno de los problemas de Salud más importantes tanto por su frecuencia como por la mortalidad que origina, además del impacto en la calidad de vida que ocasiona.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) una de cada nueve mujeres contrae cáncer de mama, constituyendo en la Unión Europea (U.E.) la principal causa de mortalidad femenina entre los 35 y los 55 años. En el año 2.000 más de 216.000 mujeres de la Unión Europea contrajeron la enfermedad y 79.000 murieron por ella. ⁽¹⁰⁸⁾ En España se diagnostican anualmente 16.000 casos y se producen 6.000 muertes de mujeres al año por esta causa. ⁽¹⁰⁹⁾

Dado que la prevención primaria no es posible, los factores que pueden influir en su aparición no son modificables, en el año 2003, U.E. estableció sus recomendaciones de cribado poblacional de cáncer, o prevención secundaria, incluyendo entre ellas el cribado de cáncer de mama mediante Mamografía (MX) cada 2 años en las mujeres de 50 a 69 años, de acuerdo con las directrices de la Guía Europea de Garantía de Calidad en cribado mamográfico. Esta guía recoge los estándares de calidad recomendados y constituye un documento de referencia en todos los aspectos del cribado. ⁽¹¹⁰⁾

La edad de cribado, de cáncer de mama, abarca desde los 50 a los 64 años. En varias CCAA, siguiendo las recomendaciones del Consejo Europeo, han ampliado el límite superior hasta los 69 años y 6 de ellas incluyen, además, el grupo de 45 a 49 años siendo actualmente la población diana de 45 a 69 años. Mortalidad y supervivencia han mejorado en los países desarrollados ⁽¹¹¹⁾ pero la edad de diagnóstico ha seguido una tendencia descendente en los últimos años. ⁽¹¹²⁾ Los grupos de edad con mayor incremento de la enfermedad está en mayores de 85 años seguido del grupo de 40-44 años. Según recientes recomendaciones internacionales, deberían establecerse las mamografías en edades más jóvenes. ⁽¹²⁴⁾

El Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama (PDPCM) en Castilla y León considera como participación aceptable un porcentaje superior al 60% y como deseada ⁽¹¹⁵⁾ una participación mayor del 70% ⁽¹¹⁴⁾ La red Europea contra el cáncer sitúa estos porcentajes por encima del 70% y 75 % respectivamente.

En Castilla y León la tasa de mortalidad por cáncer de mama el año 2007 fue de 33 por 100.000 mujeres (114), y Segovia era la provincia con mayor tasa de mortalidad (39,5 por 100.000 mujeres). La tasa de participación en el PDPCM de Castilla y León fue del 68,7%. ⁽¹⁰⁹⁾

El cribado de cáncer de mama, mediante MX, está creando controversia, los resultados del “Canadian National Breast Screening Study” ha dado lugar a nuevas discusiones o polémicas. Este estudio concluye que en las mujeres de 40 a 59 años, la MX anual no reduce la mortalidad por esta causa más que la exploración física, los investigadores opinan que están produciendo sobre-diagnósticos (un cáncer que no hubiera sido detectado y no hubiera progresado a lo largo de la vida de la mujer).⁽¹⁰⁷⁾ La mamografía de cribado reduce la mortalidad por Cáncer de mama y también causa sobre-diagnóstico.⁽¹¹⁵⁾ El desacuerdo está en cuál es la verdadera tasa de reducción de mortalidad y cual de sobre-diagnóstico. De todas formas las mamografías sobre-diagnósticas, no influyen en la mortalidad. Es posible que sea ventajoso efectuar el screening de forma más personalizada, identificando a las mujeres que combinen algunos factores de riesgo como mamas densas, uso de terapia hormonal de reemplazo (estrógeno más progestina por más de 5 años), obesidad postmenopáusica, historia familiar de cáncer de mama, historia de biopsias mamarias previas y otros; así como de equilibrar los beneficios respecto de los daños.

7.C.- CRIBADO CÁNCER DE COLON

El cáncer de colon es la neoplasia más frecuente del tubo digestivo, ocupando en el mundo occidental el 3º lugar en frecuencia tras el de mama y el de pulmón. Ha sido posible identificar lesiones pre-neoplásicas que han mejorado las cifras de

supervivencia.⁽¹¹⁶⁾ En España la incidencia se sitúa en torno a 10-15 casos por 100.000 habitantes y lejos de permanecer estable continua aumentando.⁽¹¹⁷⁾

Este tumor cumple la definición de mortalidad evitable, la evidencia científica demuestra que hay medidas consagradas de prevención primaria y secundaria.⁽¹¹⁸⁾ Estas medidas de prevención secundaria, no son otras que las pruebas de cribado que se realizan, en los programas españoles, determinando sangre oculta en heces (SOH) por métodos inmunoquímicos, con la que se consiguen valores predictivos positivos cercanos al 70% lo que la convierte en una prueba altamente coste-efectivo.⁽¹¹⁹⁾

A los pacientes con SOH positiva se les realiza colonoscopia que tiene doble función diagnóstica y tratamiento directo de precursores malignos.⁽¹²⁰⁾ Aunque la colonoscopia no sea la exploración inicial, hay autores que consideran que no hay cribado sin colonoscopia

Un análisis de heces rápido para la detección de una enzima específica parece ser capaz de detectar el cáncer colorrectal con un alto grado de exactitud. De acuerdo con un estudio malayo publicado en “PLOS One”, la exactitud de la prueba es muy elevada tanto en personas con la enfermedad como en personas sanas.

Usando este método, se realiza un cribado de las heces para detectar la presencia de la enzima M2-PK (piruvato cinasa M2), que únicamente se encuentra en los tejidos fetal y tumoral. Un grupo de científicos de la University of Malaya (Kuala Lumpur, Malasia) estudió la eficacia del análisis en cien pacientes con cáncer colorrectal y un grupo de control poblacional de doscientas personas sanas.

De acuerdo con los investigadores, la tasa de detección tumoral alcanzó el 93 %. Además, el análisis clasificó al 97,5 % de las personas sanas como realmente sanas. La exactitud global del análisis de M2-PK fue del 96 %.

Los investigadores también hallaron que las tasas de detección eran muy elevadas tanto para el cáncer de colon del lado derecho como el del lado izquierdo. El estadio del tumor no influyó en modo alguno sobre la exactitud del diagnóstico.⁽¹²¹⁾

8.- INCAPACIDAD TEMPORAL

La incapacidad laboral puede definirse como una situación dinámica fruto de la interacción entre el estado de salud individual, entendido como bienestar, y las características personales y laborales. De acuerdo a la regulación legal, esta situación puede provocar una baja laboral. ⁽¹²²⁾

Las ausencias temporales del trabajo por razones de salud (incapacidad temporal, IT) constituyen un problema no sólo sanitario sino también económico y social, puesto que afecta al trabajador que sufre la incapacidad; a la empresa, pues, los costes aumentan y la productividad disminuye; y a la Sociedad en su conjunto, a través de las prestaciones sanitarias y sociales que son financiadas con los presupuestos de la Seguridad Social. ⁽¹²³⁾ Es por lo tanto un acto médico con importantes repercusiones ⁽¹²⁴⁾ afecta sólo a la población activa, 30% del total y de esta a otro 30%) o sea a un 10% de la población total con un coste de más de la mitad del gasto de un centro de salud medio. ⁽¹²⁵⁾

II.- OBJETIVOS

- 1°. Determinar las Patologías atendidas en A.P. por orden de frecuencia.
- 2°. Análisis de las derivaciones a Atención Especializada tanto de manera programada como urgente.
- 3°. Pruebas Diagnósticas en A.P.
- 4°. Tratamientos más prescritos en A.P.
- 5°. Porcentaje de participación y resultados de los programas de cribado.
- 6°. Características de IT y factores determinantes en la población activa en un C.S.

III.- MATERIAL Y MÉTODOS

Para la realización de este trabajo se han revisado 1.005 Historias Clínicas de Atención Primaria haciendo un estudio retrospectivo y observacional de tipo transversal.

Se solicitó para la utilización de las Historias Clínicas la autorización del Gerente de Atención Primaria de Salamanca (Anexo I).

Como se iban a estudiar datos referidos a personas se solicitó autorización al Comité Ético de investigación clínica del Área de Salud de Salamanca (Anexo II).

Uno de los datos a estudiar era la utilización de los medicamentos por los pacientes de la consulta por ello se solicitó permiso para su utilización y catalogación al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, en concreto a la Agencia Española de medicamentos y productos sanitarios. El Departamento de Medicamentos de uso Humano de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), de conformidad con los preceptos aplicables, propuso clasificar el estudio como “Estudio Post-autorización con otros Diseños diferentes al de seguimiento prospectivo” (abreviado como EPA-OD). Fue autorizado el estudio con el Código MAP-2015-01. (Anexo III).

De los pacientes que acudieron a la consulta según sus Historias Clínicas se estudió su Edad, Género, Estudios o Profesiones, Patologías, Pruebas diagnósticas tanto análisis de laboratorio como radiografías, ECG, espirometrías (Anexo V), Derivaciones al Hospital tanto por vía programada como de urgencias (Anexo IV).

Se han analizado los grupos de fármacos más utilizados,

Se observaron los Programas de cribado de cáncer de cérvix mama y colon, el primero como captación oportunista y los otros dos como captación de base poblacional, mediante comunicación por correo postal desde los servicios de salud pública, como se ve (Anexo VI) para mama y (Anexo VII) para colon. Se determinan el porcentaje de cobertura de cada programa en general y según edades, los resultados positivos y negativos de cada cribado.

Y por último se estudiaron las Incapacidades laborales haciendo hincapié en la duración de los días que duraba dicha incapacidad y por tanto las jornadas laborales

pérdidas cada año, edad, sexo, profesión, patología causante de la baja y número de bajas por paciente.

Para interpretar los datos obtenidos y poder llegar a unas conclusiones se utilizaron métodos estadísticos con el paquete estadístico SPSS.20 y el programa Microsoft Excel.

IV.- RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se expondrán los resultados de este trabajo con la correspondiente discusión de aquellos que merezcan un comentario, la exposición se dividirá en los apartados que tiene el trabajo, atendiendo a los objetivos marcados.

Patologías.

Se describen las características de la población que forma la muestra estudiada por edad, género, formación.

Por EDAD:

Entre los 20 y 60 años está el 65% de la muestra.

Edad	N	%
De 14 a 20 años	54	5,4
De 21 a 40 años	326	32,4
De 41 a 60 años	324	32,2
De 61 a 75 años	188	18,7
Mayor de 76 años	113	11,2
Total	1005	100,0

Tabla 1: Distribución poblacional por grupos de edad

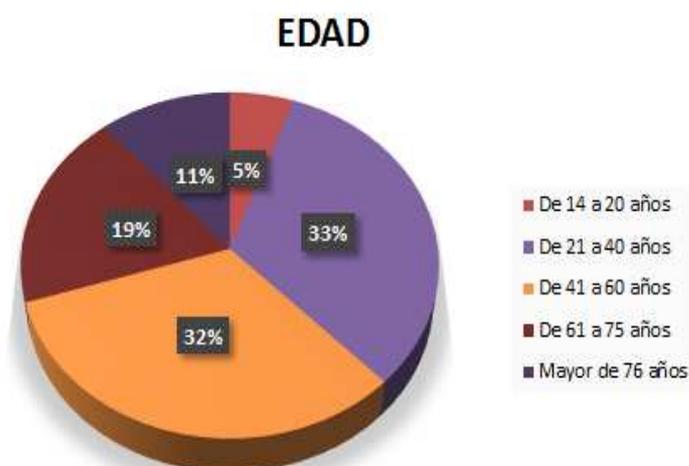


Figura 1: Distribución poblacional por grupos de edad.

Por **GÉNERO**:

El 56,7% son mujeres y 43% son Hombres

Género	n	%
Varón	432	43,0
Mujer	570	56,7
Desconocido	1	0,1
Transexual	1	0,1
NS/NC	1	0,1
Total	1005	100,0

Tabla 2: Distribución de la población según Género

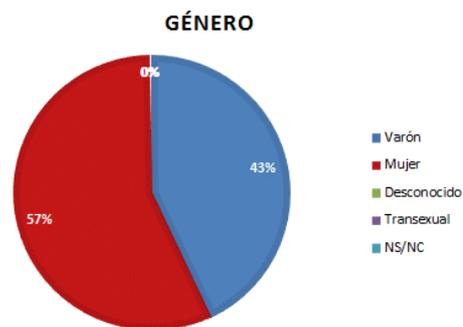


Figura 2: Porcentaje de la distribución de pacientes por sexo

Por nivel de **FORMACIÓN**:

Más de la mitad tiene estudios primarios

Estudios	n	%
Primarios	514	51,1
Secundarios	178	17,7
Universitarios	66	6,6
NS/NC	247	24,6
Total	1005	100,0

Tabla 3: Distribución de la muestra según formación.

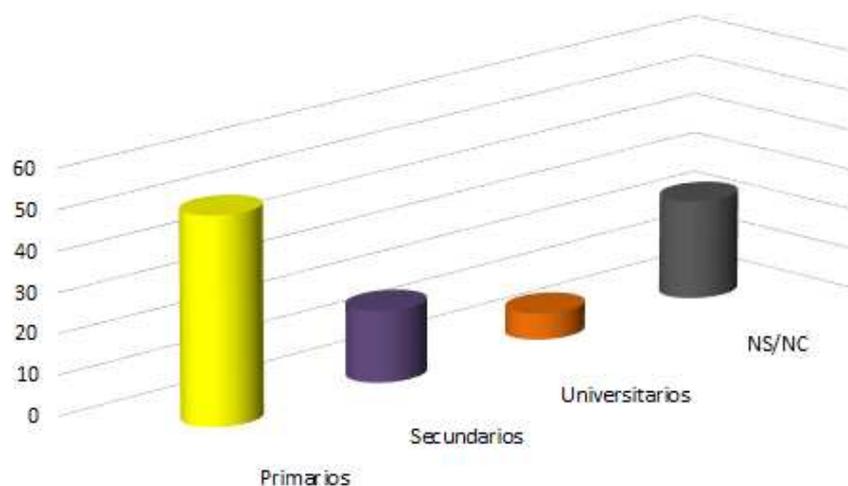


Figura 3: Distribución de la muestra según formación.

1.- Patologías Atendidas en Atención primaria

Se pasa a describir las patologías por las que demandó asistencia sanitaria, en el Centro de Salud, el colectivo de 1005 usuarios, todos ellos mayores de 14 años, que componen el cupo.

La media de las patologías que más demandas han ocasionado a lo largo de estos años, y según orden de frecuencia son:

1ª Traumatología, de todos los años estudiados, con (19,6 %) de todas las patologías atendidas y dentro de éstas las *algias* de cualquier localización del sistema ósteo-articular acapararon un 55,6% de las afecciones de esta especialidad y dentro de ellas son las artrosis y dolor articular, probablemente sea porque en la población de esta Z.B.S. predominan las personas muy envejecidas y con más procesos degenerativos. ⁽¹²⁶⁾ Existe una notable superposición asistencial entre los servicios de REU y COT. Para ambos, las enfermedades médicas del aparato locomotor, sobre todo artrosis y reumatismos de partes blandas, constituyen el principal motivo de consulta ⁽⁴⁶⁾

TRAUMATOLOGÍA	n	%
Fracturas	10	9,5
Contusiones	10	9,5
Hombro doloroso	3	2,9
Algias	61	58,1
Tendinitis - Esguince	13	12,4
S.T. Carpiano	1	1,0
Otros	7	6,7
Total	105	100,0

Tabla 4: Traumatología 2010.

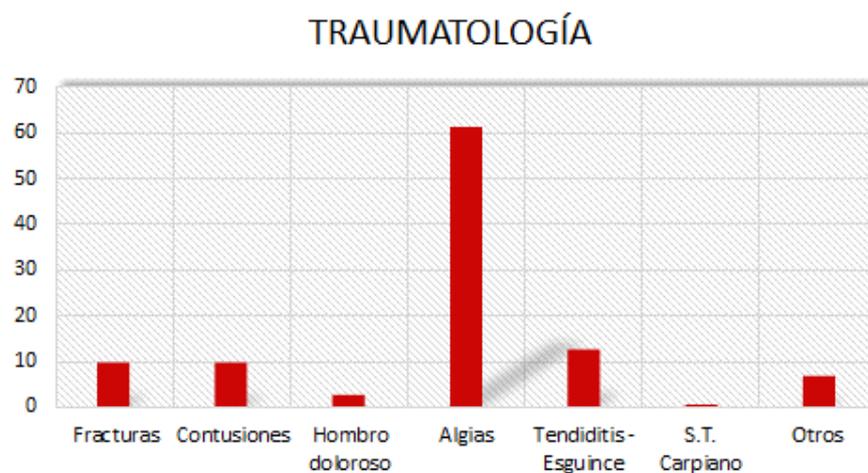


Figura 4: Procesos traumáticos 2010

Años	2010		2011		2012		2013		2014		2015	
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Fracturas	10	9,5	4	3,8	5	6,5	5	6,8	4	5,8	4	8,7
Contusiones	10	9,5	12	11,5	10	13	8	10,8	4	5,8	6	13
Hombro doloroso	3	2,9	7	6,7	5	6,5	4	5,4	3	4,3	1	2,2
Algias	61	58,1	57	54,8	38	49,4	39	52,7	40	58	28	60,9
Tendinitis - Esguince	13	12,4	9	8,7	11	14,3	7	9,5	10	14,5	4	8,7
S.T. Carpiano	1	1	4	3,8	2	2,6	-	-	3	4,3	2	4,3
Otros	7	6,7	11	10,6	6	7,8	11	14,9	5	7,2	-	-
Amputaciones	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2,2
Total	105	100	104	100	77	100	74	100	69	100	46	100

Tabla 5: Patologías traumáticas de 2010 a 2015

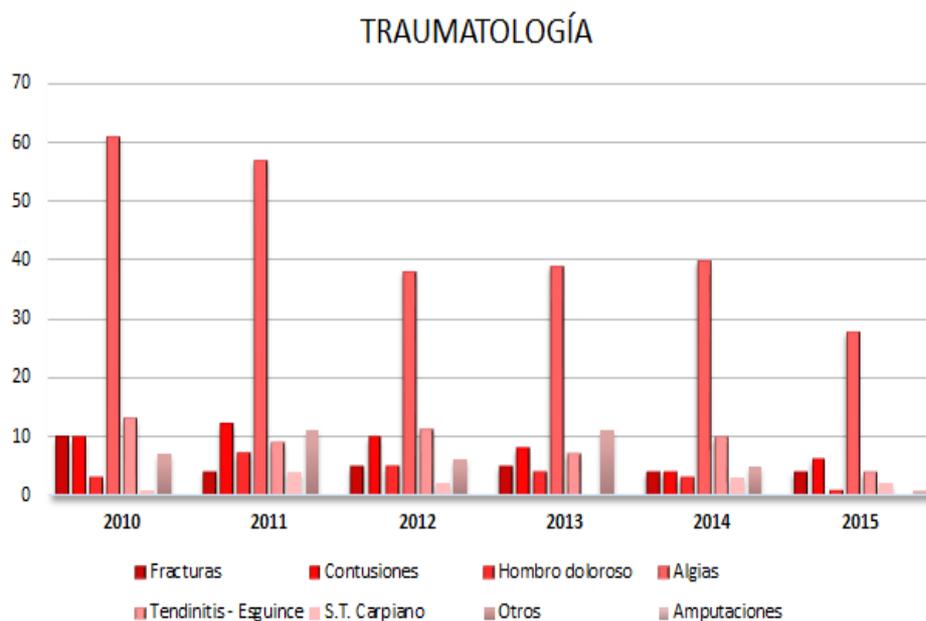


Figura 5: Patologías traumatológicas de 2010 a 2015.

2ª Otorrinolaringología (O.R.L.) con el 11% de media en este periodo, constituyendo el fundamental motivo de consulta la Faringo-Amigdalitis con 24% seguida Otitis-Otomycosis con 9%, Rinitis con 6% , Vértigo con 5,5%y tapones de cera.

ORL	N	%
Acufenos	1	1,9
Disfonía	3	5,7
Epistaxis	1	1,9
Faringoamigdalitis	24	45,3
Hipoacusia	2	3,8
Otitis – Otomicosis	7	13,2
Pérdida brusca de audición	1	1,9
Rinitis	7	13,2
Sinusitis	1	1,9
Vértigo paroxístico Benigno	4	7,5
Tumores	2	3,8
Total	53	100,0

Tabla 6: Patologías Atendidas en ORL en 2010

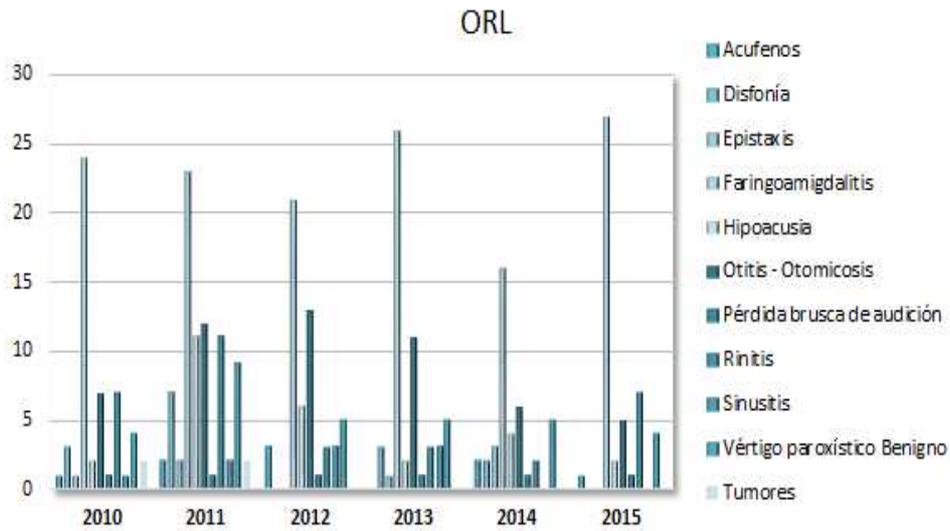


Figura 6: Patologías ORL de 2010 a 2015

3ª Dermatología en el año 2010 y 2013, los demás años ha sido superado por otras especialidades, pero la media de los 5 años la sitúa en tercer lugar con el 10%. Dentro de esta especialidad lo más demandado ha sido la dermatitis con 33%.

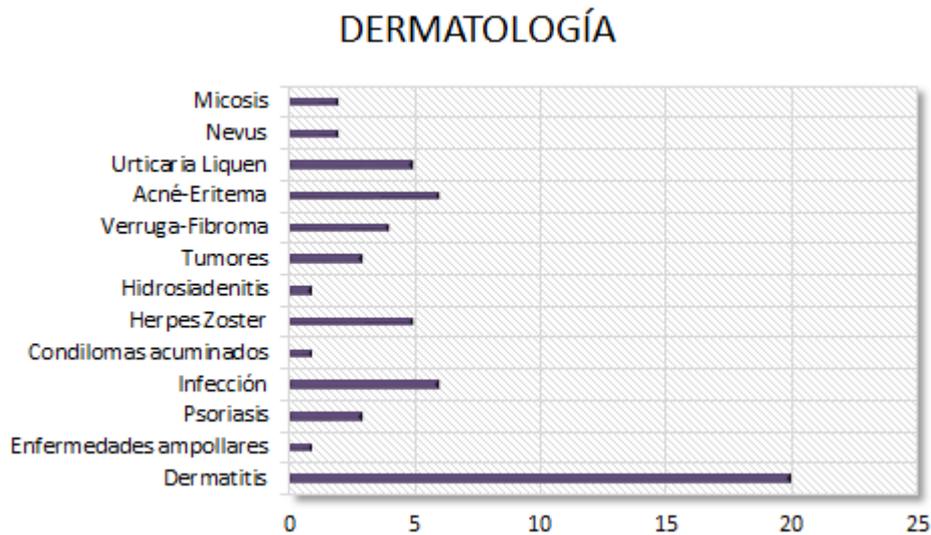


Figura 7: Patologías Dermatológicas 2010

DERMATOLOGÍA	N	%
Dermatitis	20	33,9
Enfer. ampollares	1	1,7
Psoriasis	3	5,1
Infección	6	10,2
Condilomas acuminados	1	1,7
Herpes Zoster	5	1,7
Hidrosiadenitis	1	8,5
Tumores	3	1,7
Verruga-Fibroma	4	5,1
Acné-Eritema	6	6,8
Urticaria Liquen	5	10,2
Nevus	2	8,5
Micosis	2	3,4
Total	59	100,0

Tabla 7: con igual contenido

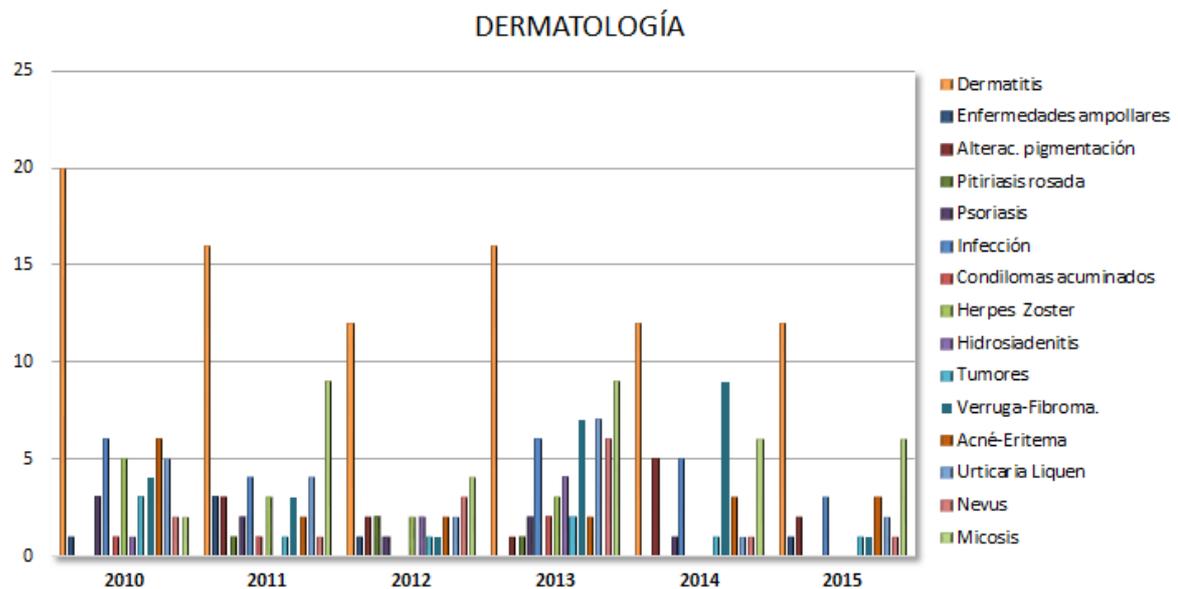


Figura 8: Patologías dermatológicas de 2010 a 2015

4ª Oftalmología con 9,9% siendo las conjuntivitis y disminución de agudeza visual lo más consultado.

OFTALMOLOGÍA	n	%
Conjuntivitis	8	15,7
Catarata	11	21,6
Disminución de AV	14	27,5
Patología corneal	3	5,9
Glaucoma	9	17,6
Patolog. Retina.	3	5,9
Otros	3	5,9
Total	51	100,0

Tabla 8: Patologías oftalmológicas 2010

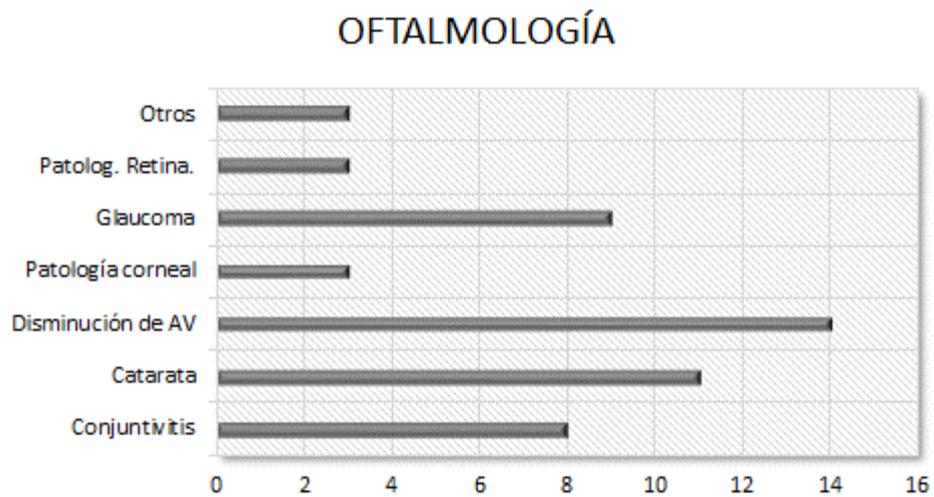


Figura 9: Patologías oftalmológicas en 2010

Años	2010		2011		2012		2013		2014		2015	
	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%
OFTALMOLOGÍA												
Conjuntivitis	8	15,7	14	24,1	12	24	17	31,5	7	18,9	9	30
Catarata	11	21,6	8	13,8	5	10	6	11,1	4	10,8	4	13,3
Dacriocistitis	-	-	2	3,4	1	2	2	3,7				
Disminución de AV	14	27,5	20	34,5	22	44	13	24,1	14	37,8	10	33,3
Hemorragia subconj.	-	-	1	1,7	1	2	2	3,7	1	2,7	1	3,3
Pérdida brusca de visión	-	-	1	1,7	-	-	2	3,7	-	-	1	3,3
Patolog. corneal	3	5,9	3	5,2	3	6	3	5,6	1	2,7	2	6,7
Glaucoma	9	17,6	3	5,2	2	4	-	-	5	13,5	1	3,3
Degeneración macular	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	3,3
Patolog. Retina	3	5,9	3	5,2	-	-	1	1,9	-	-	1	3,3
Otros	3	5,9	3	5,2	4	8	8	14,8	5	13,5	-	-
Total	51	100	58	100	50	100	54	100	37	100	30	100

Tabla 9: Patologías oftalmológicas de 2010 a 2015

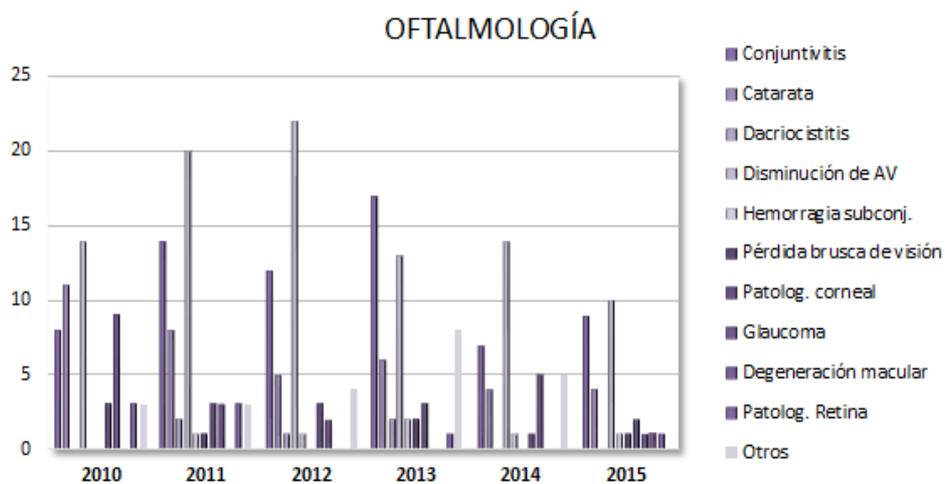


Figura 10: Patologías oftalmológicas de 2010 a 2015

5ª Endocrinología con 8,8% con hipotiroidismo como más demandada.

ENDOCRINOLOGÍA	n	%
Hiperprolactinemia	1	16,7
Hipertiroidismo	2	33,3
Hipotiroidismo	3	50,0
Total	7	100,0

Tabla 10: Patología endocrinológica 2010

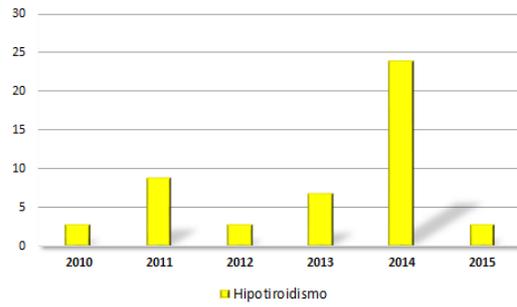


Figura 11: Evolución del diagnóstico de hipotiroidismo de 2010 a 2015

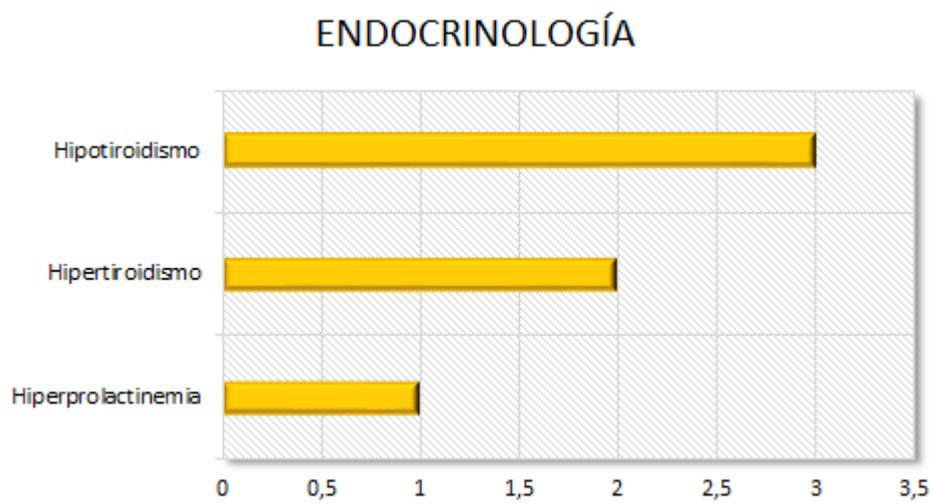


Figura 12: Patologías endocrinas en año 2010

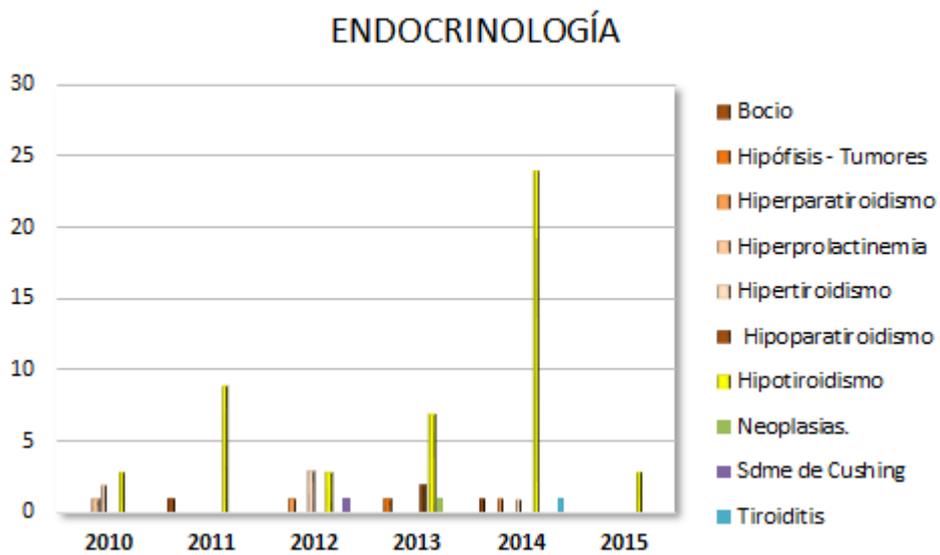


Figura 13: Patologías Endocrinas de 2010 a 2015

6ª Digestivo con el 7,2%. El motivo de consulta más frecuente son las dispepsias gástricas. En la tabla siguiente pueden verse patologías de 2010 a 2015.

Años	2010		2011		2012		2013		2014		2015	
	N	%	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%
Cirrosis Hepática	-	-	-	-	1	4	2	6,1	1	2,8	1	5,6
Disfagia	1	2,9	3	5,3	-	-	-	-	3	8,3	-	-
ERGE	2	5,7	2	3,5	-	-	-	-	1	2,8	1	5,6
Litiasis Apendicitis	-	-	5	8,8	-	-	2	6,1	1	2,8	1	5,6
Dispepsia Gastralgia	11	31,4	16	28,1	5	20	4	12,1	11	30,6	5	27,8
Enf. Inflamatoria crónica	-	-	-	-	-	-	1	3	-	-	-	-
Gastroenteritis	8	22,9	9	15,8	6	24	10	30,3	8	22,2	3	16,7
H. Gaso. Quiste Hepát.	-	-	1	1,8	1	4	-	-	-	-	-	-
Hepatitis	-	-	2	3,5	-	-	-	-	2	5,6	2	11,1
Patología ano rectal Benigna	7	20	11	19,3	5	20	8	24,2	2	5,6	-	-
Pólipos y Ca. de Colon	1	2,9	-	-	1	4	-	-	2	5,6	-	-
SII	2	5,7	1	1,8	1	4	-	-	1	2,8	-	-
Ulcus Péptico	-	-	4	7	1	4	1	3	1	2,8	2	11,1
Pancreatitis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	11,1
Colitis	1	2,9	3	5,3	1	4	3	9,1	2	5,6	-	-
Rectorragia	-	-	-	-	2	8	-	-	1	2,8	1	5,6
Diverticulitis	2	5,7	-	-	-	-	2	6,1	-	-	-	-
Total	35	100	57	100	25	100	33	100	36	100	18	100

Tabla 11: Patologías digestivas de 2010 a 2015

7ª Neumología con el 6%. Como consulta más frecuente infecciones respiratorias.

Años	2010		2011		2012		2013		2014		2015	
	N	%	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%
TBC	1	2,8	-	-	-	-	-	-	4	8,9	2	4
Infección respiratoria	14	38,9	16	48,5	10	37	8	28,6	8	17,8	19	38
EPOC	1	2,8	-	-	2	7,4	1	3,6	1	2,2	1	2
Asma	1	2,8	-	-	-	-	2	7,1	7	15,6	2	4
Apnea del sueño	1	2,8	-	-	2	7,4	1	3,6	-	-	-	-
Tos	1	2,8	6	18,2	2	7,4	1	3,6	3	6,7	-	-
Tumores	-	-	-	-	-	-	1	3,6	1	2,2	1	2
Enf. de la pleura	1	2,8	-	-	-	-	2	7,1	1	2,2	-	-
TEP	2	5,6	1	3	-	-	-	-	1	2	3	6
Catarro	-	-	1	3	-	-	-	-	13	28,9	1	2
Otros	14	38,9	9	27,3	11	40,7	12	42,9	5	11,1	21	42
Trasplante	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2,2	-	-
Total	36	100	33	100	27	100	28	100	45	100	50	100

Tabla 12: Patologías neumológicas de 2010 a 2015

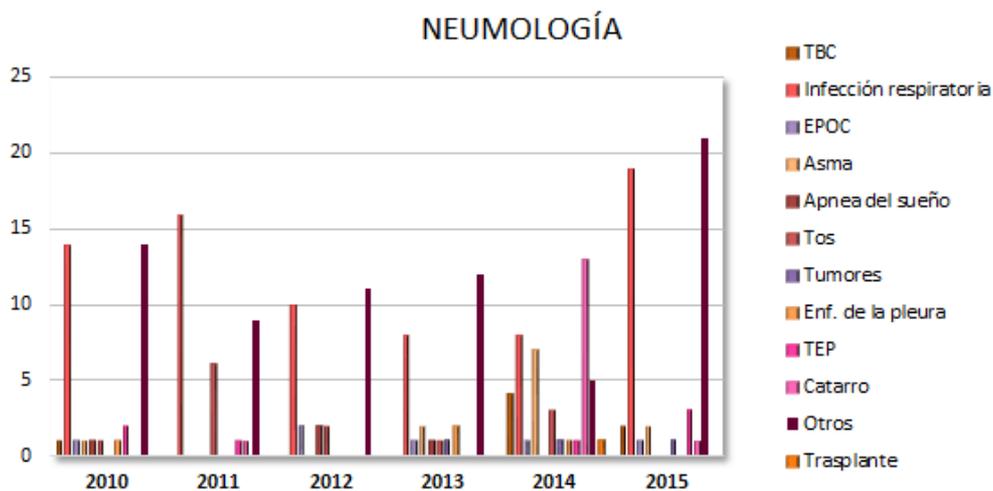


Figura 14: Patologías Neumológicas de 2010 a 2015.

8ª Metabolismo 5,7% de los años 2010, 2011 y 2012, en los años 2013 y 2014 no consta ninguna anotación. Las patologías más frecuentes son obesidad e hipercolesterolemia.

Años	2010		2011		2012		2013		2014		2015	
	N	%	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%
Diabetes tipo 2	9	19,6	8	32	9	47,4	9	29	4	7,1	3	21,4
Alterc. Metabolismo lipídico	14	30,4	8	32	7	36,8	19	61,3	40	71,4	9	64,3
Hiperuricemia	3	6,5	2	8	2	10,5	-	-	5	8,9	2	14,3
Obesidad	19	41,3	7	28	1	5,3	3	6,5	6	10,7	-	-
Complic. Diabetes	1	2,2	-	-	-	-	1	3,2	1	1,8	-	-
Total	46	100	25	100	19	100	33	100	56	100	14	100

Tabla 13: Patologías metabólicas de 2010 a 2015

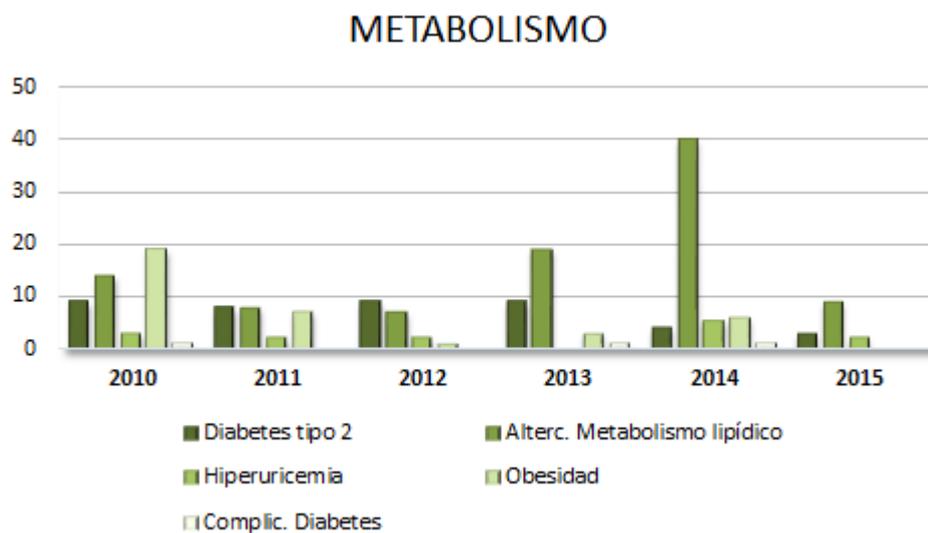


Figura 15: Patologías metabólicas de 2010 a 2015

9ª Psiquiatría con 5,79%; probablemente es más alto pero en los primeros años del estudio los pacientes eran recibidos directamente por el especialista. Las atendidas en primaria han sido, principalmente, ansiedad y depresión.

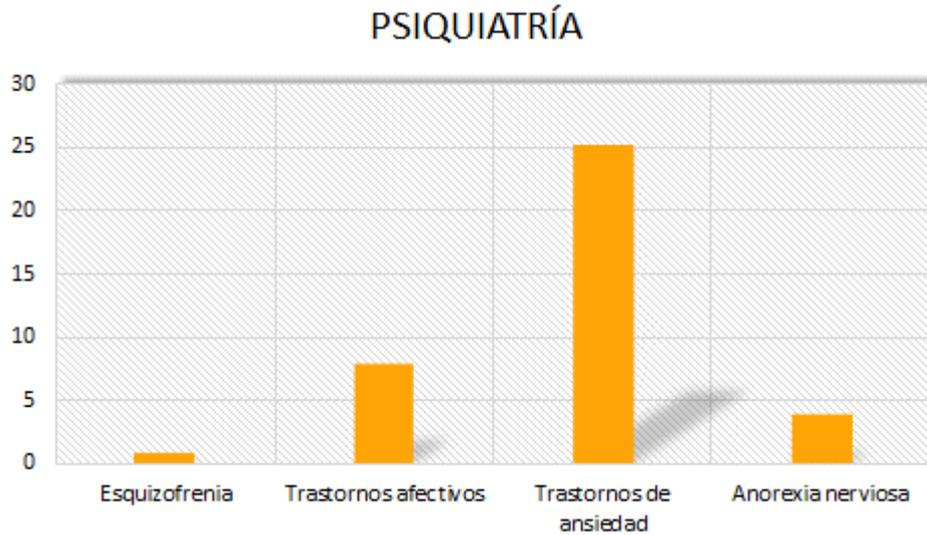


Figura 16: Patologías Psiquiátricas en 2010

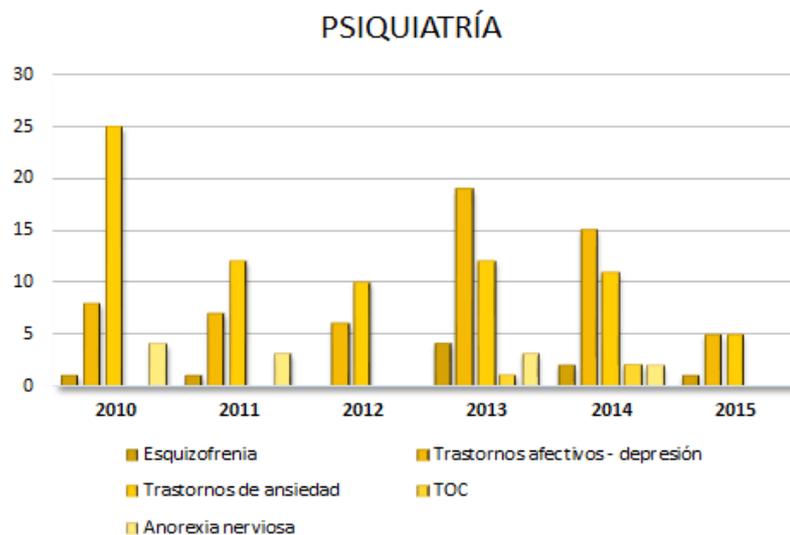


Figura 17: Patologías psiquiátricas desde de 1010 a 2015.

10ª Ginecología con el 5,2% con dismenorrea como más frecuente seguida de infecciones vaginales y patología mamaria a pacientes no incluidas en el cribado.

GINECOLOGÍA	n	%
Amenorrea	2	10,5
Infertilidad	1	5,3
Sdme. Premenstrual	1	5,3
Dismenorrea	6	31,6
Patología mamaria	3	15,8
Patología Tumoral	1	5,3
Polipos	1	5,3
Vaginitis	3	15,8
Otros	1	5,3
Total	19	100,0

Tabla 14: Patologías Ginecológicas en 2010

GINECOLOGÍA

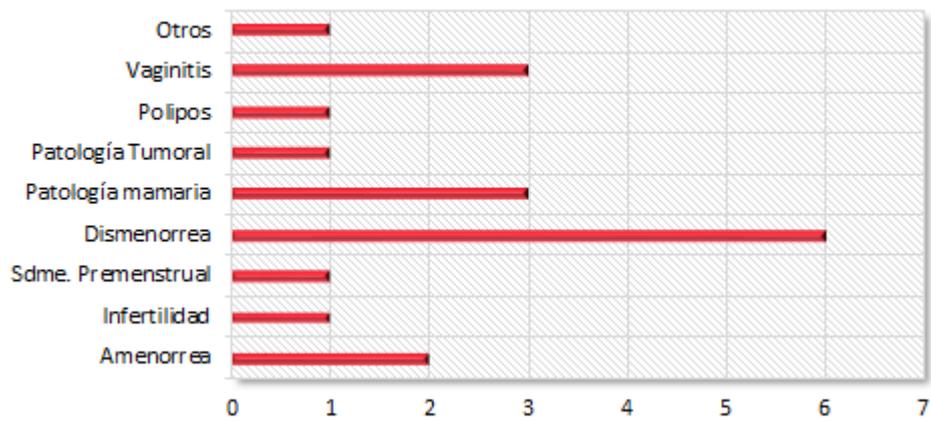


Figura 18: Patologías ginecológicas en el año 2010.

GINECOLOGÍA

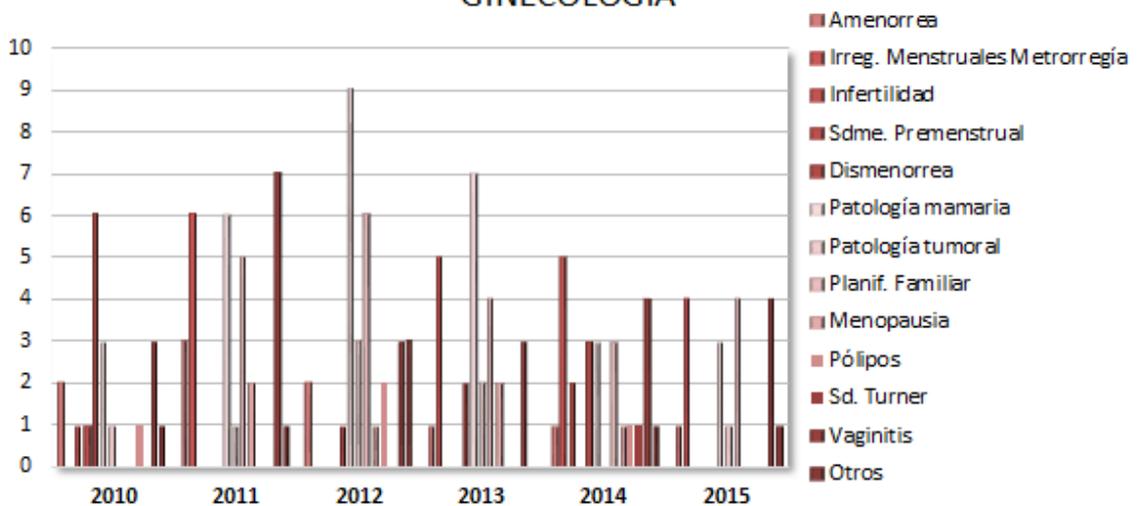


Figura 19: Patologías ginecológicas de 2010 a 2015.

11ª Cardiología-Vascular con un 5,1%; siendo por orden de frecuencia la hipertensión arterial, patología venosa y arritmias.

CARDIOLOGÍA	n	%
Arritmias	8	21,6
Cardiopatía Isquémica	1	2,7
Hipertensión Arterial	13	35,1
Arteriopatía	4	10,8
Patología Venosa	10	27,0
Insuficiencia Cardíaca	1	2,7
Total	37	100,0

Tabla 15: Patologías cardiológicas en el año 2010

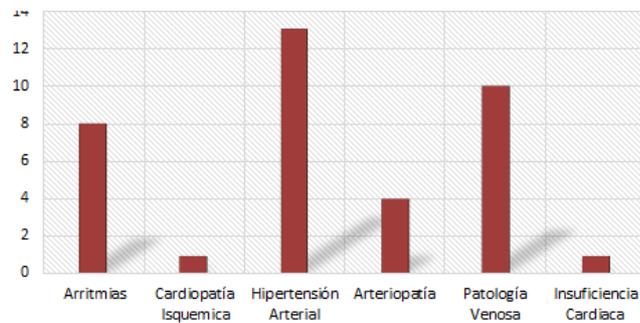


Figura 20: Patología Cardiológica en 2010

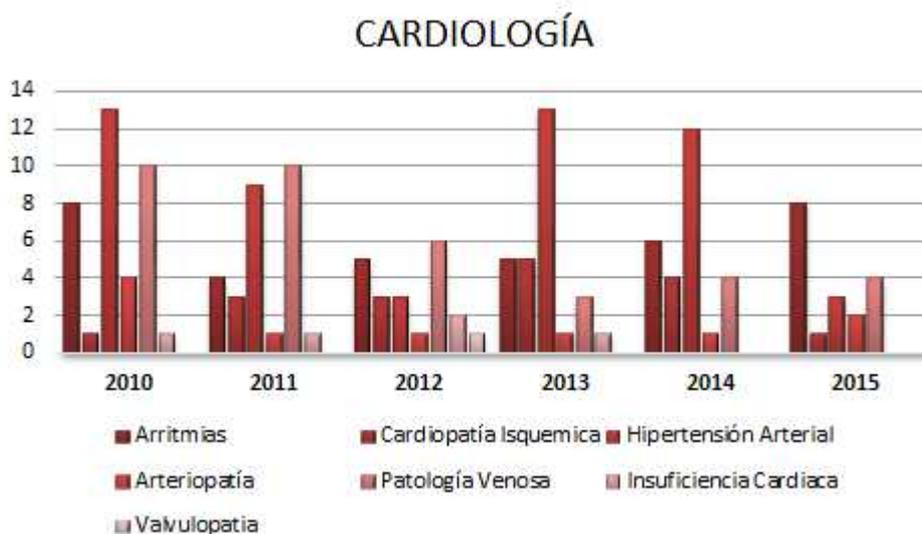


Figura 21: Patologías cardiológicas del año 2010 a 2015

12ª Urología con un 4,93% la mayoría de las consulta deben a tumores prostáticos, incontinencia urinaria y a patología testicular.

UROLOGÍA	n	%
Disfunción eréctil - Eyaculac. perc.	1	5,6
Incontingencia Urinaria	6	33,3
Infecciones	2	11,1
Tumor de próstata – HBP	6	33,3
Patología de testículo	2	11,1
Tumores renales	1	5,6
Total	18	100,0

Tabla 16: Patología urológicas en 2010.

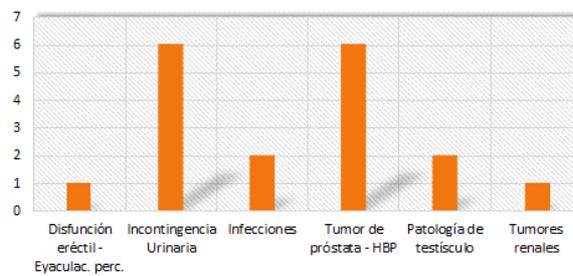


Figura 22: Patología Urológica 2010

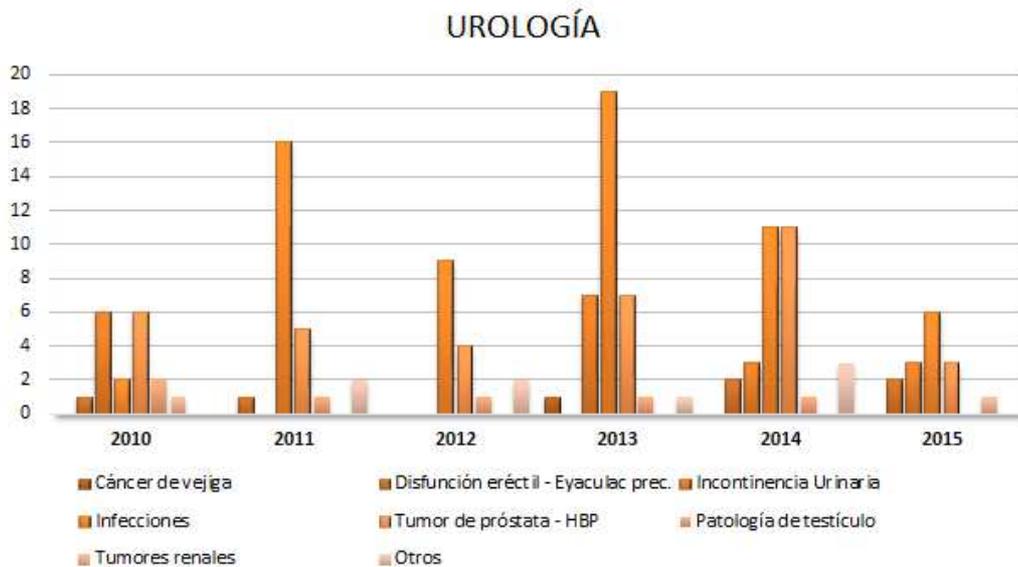


Figura 23: Patología urológica desde 2010 a 2015.

13ª Neurología con el 3,8% son las cefaleas la causa de consulta más reiterada, enfermedad de Parkinson y accidente cerebro vascular (A.C.V.)

NEUROLOGÍA	n	%
A.C.V.	2	7,7
Cefaleas	15	57,7
Enf. de Parkinson	3	11,5
Epilepsias	1	3,8
T intracraneales	1	3,8
Temblor	1	3,8
Deterioro cognitivo	1	3,8
Mareo	1	3,8
Parestesias	1	3,8
Total	26	100,0

Tabla 17: Patología neurológicas en 2010

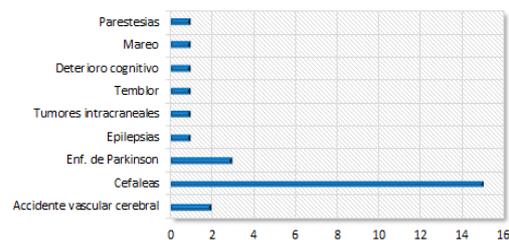


Figura 24: Patología neurológicas 2010.

Las 4 primeras especialidades citadas acaparan la mitad de las consulta a demanda, otras patologías incluidas en especialidades que aparecen con baja demanda son atendidas de forma programada como el seguimiento de Diabetes tipo 2, Hipertensión Arterial, Dislipemia u Obesidad.

En estudios realizados en áreas de salud de Madrid las primeras patologías consultadas son las ginecológicas (16,3% del total) ⁽¹²⁷⁾ puede deberse a que en este estudio, el cribado de cáncer de cérvix lo realiza la ginecóloga adscrita al Centro.

En un C.S. de Tarragona la patología que más demandas produce son las infecciosas con un 33,2% y dentro de estas las infecciones respiratorias (50,4 %) cutáneas

(13,5%) y urinarias (10,4%), en el estudio presente no se registran como infecciones globalmente, si no asociada a la especialidad que corresponda, si bien la infección respiratoria es la más frecuente de entre las enfermedades neumológicas y las infecciones del tracto urinario son rutinarias.

Otro estudio sobre enfermedades específicas, si tenemos en cuenta a la especialidad que pertenece cada consulta, a saber dolor de garganta, otalgia, hipoacusia, conjuntivitis, bronquitis, palpitaciones, dolor cervical, dolor articular ⁽⁴⁴⁾ son superponibles a la de este estudio.

Hay muy pocas publicaciones a este respecto, pero de las anteriores se puede concluir que las causas de consulta en el primer nivel asistencial son muy similares en distintas comunidades y las tasas de derivación tampoco varían.

2.- Patologías Derivadas al Segundo Nivel de Manera Programada.

La derivación es aquella situación en la que se produce una transferencia de la responsabilidad (en todo o en parte) del cuidado del paciente desde el médico de AP al especialista.

Las afecciones derivadas desde este Centro de Salud durante los años de 2010 a 2015 expresadas en porcentajes del número de asistentes a consulta y en orden descendente: 1º Oftalmología en un 19,73, 2º Traumatología en un 13,1%, 3º Ginecología en un 12,06%), 4º Dermatología en un 11,6, 5º Cardiología en un 11,21%, 6º Psiquiatría en un 4,96%, 7º Neurología en un 4,2, 8º ORL en un 4%, 9º Endocrino en un 3,75%, 10º Digestivo en un 3,61%, 11º Obstetricia en un 2,5%, 12º Nefrología en un 2,1%, 13º Alergia con un 1,2%, 14º Neumología con el 1,2%.

DERIVACIONES	n	%
<i>Alergias</i>	1	1,2
<i>Cardiología</i>	2	2,4
<i>Dermatología</i>	11	13,4
<i>Digestivo</i>	5	6,1
<i>Endocrinología</i>	1	1,2
<i>Ginecología</i>	14	17,1
<i>Hematología</i>	1	1,2
<i>Metabolismo</i>	2	2,4
<i>Neurología</i>	3	3,7
<i>Neumología</i>	1	1,2
<i>Oftalmología</i>	15	18,3
<i>ORL</i>	2	2,4
<i>Psiquiatría</i>	3	3,7
<i>Traumatología</i>	11	13,4
<i>Urología</i>	3	3,7
<i>Cirugía Gral</i>	4	4,9
<i>Obstetricia</i>	3	3,7
<i>Total</i>	82	100,0

Tabla 18: Porcentaje de Derivaciones de cada especialidad en 2010

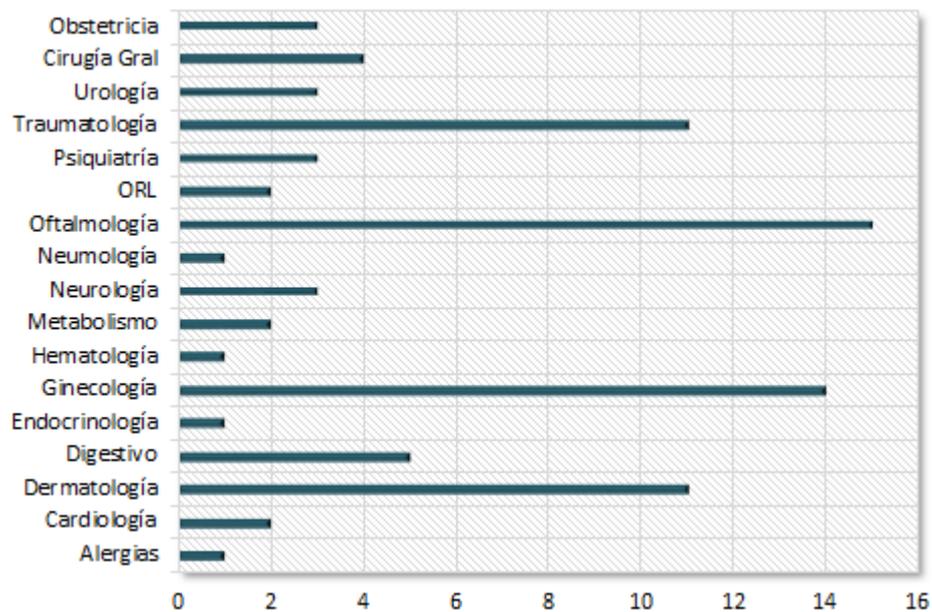


Figura 25: Derivaciones a consultas programadas de las distintas especialidades en el año 2010

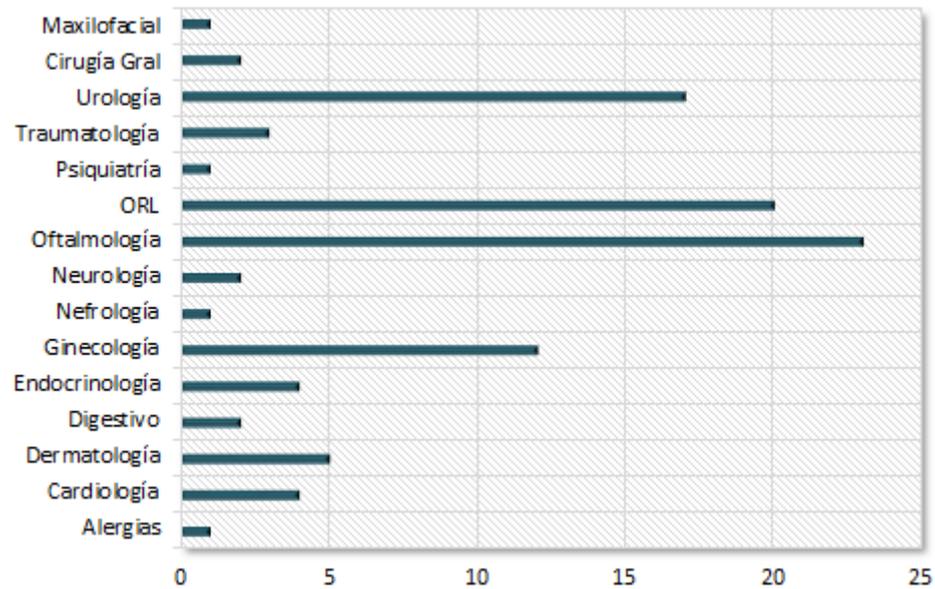


Figura 26: Derivaciones a consultas programadas de las distintas especialidades en el año 2011 (Figura Inferior)

Derivaciones	N	%
Alergias	1	1,17
Cardiología	4	4,6
Dermatología	5	5,7
Digestivo	2	2,3
Endocrinología	4	4,6
Ginecología	12	13,8
Nefrología	1	1,1
Neurología	2	2,3
Oftalmología	23	26,4
ORL	20	23,0
Psiquiatría	1	1,1
Traumatología	3	3,4
Urología	17	19,5
Cirugía Gral	2	2,3
Maxilofacial	1	1,1
Total	87	100,0

Tabla 19: Porcentaje de Derivaciones a consulta de las diferentes especialidades con mayor número de Oftalmología seguida de cerca por ORL en el año 2011.

En el C. S. Las Lagunas de Mijas, el 61% de las derivadas son mujeres y las especialidades a las que los pacientes fueron remitidos con mayor frecuencia fueron Traumatología en un 16,7% de los casos, Oftalmología en un 16,3%, Dermatología en un 10,2%, Otorrinolaringología en un 7,8%, Radiología (estudios radiológicos) en un 7,3%, Medicina Interna en un 6,5%, Cirugía en un 4,9% y Ginecología en un 4,7%. Dermatología en un 10,2%, Otorrinolaringología en un 7,8%, Radiología (estudios radiológicos) en un 7,3%, Medicina Interna en un 6,5%, Cirugía en un 4,9% y Ginecología en un 4,7% .⁽⁴⁵⁾

En estudio realizado en Área 2 de Madrid cuya población es una de las más envejecidas de la región los diagnósticos derivados más frecuentemente: Ginecología con el 16,3% de estas el 25% son revisiones, Traumatología más Rehabilitación con 13,4% y dentro de estas dolores articulares y artrosis, Oftalmología con 13,5% siendo lo más frecuente disminución de A.V., Dermatología 10,99% con neoplasias benignas, Otorrinolaringología 7,7% estas concentrar alrededor del 60% de las derivaciones.⁽¹²⁶⁾

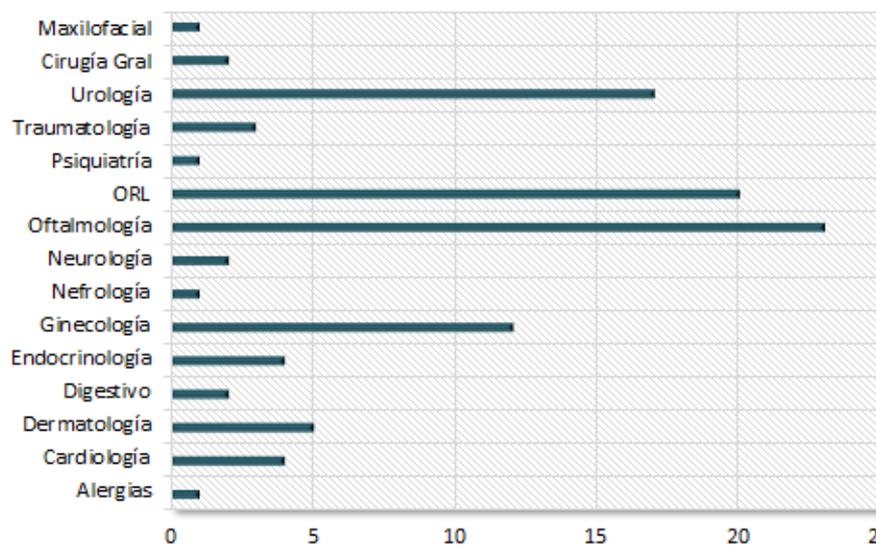


Figura 27: Derivaciones a consultas programadas de las distintas especialidades en el año 2012.

DERIVACIONES	n	%
Alergias	1	,7
Cardiología	7	5,1
Dermatología	15	8,8
Digestivo	2	1,5
Endocrinología	7	4,4
Ginecología	21	14,6
Hematología	1	,7
Neurología	5	3,6
Neumología	2	1,5
Oftalmología	42	26,3
ORL	8	2,9
Psiquiatría	7	4,4
Traumatología	31	20,4
Urología	3	,7
Cirugía Gral	7	2,9
Obstetricia	2	1,5
Total	161	100,0

Tabla 20: Porcentaje de Derivaciones a consulta de las diferentes especialidades. 1ª Oftalmología y 2ª Trauma 2012.

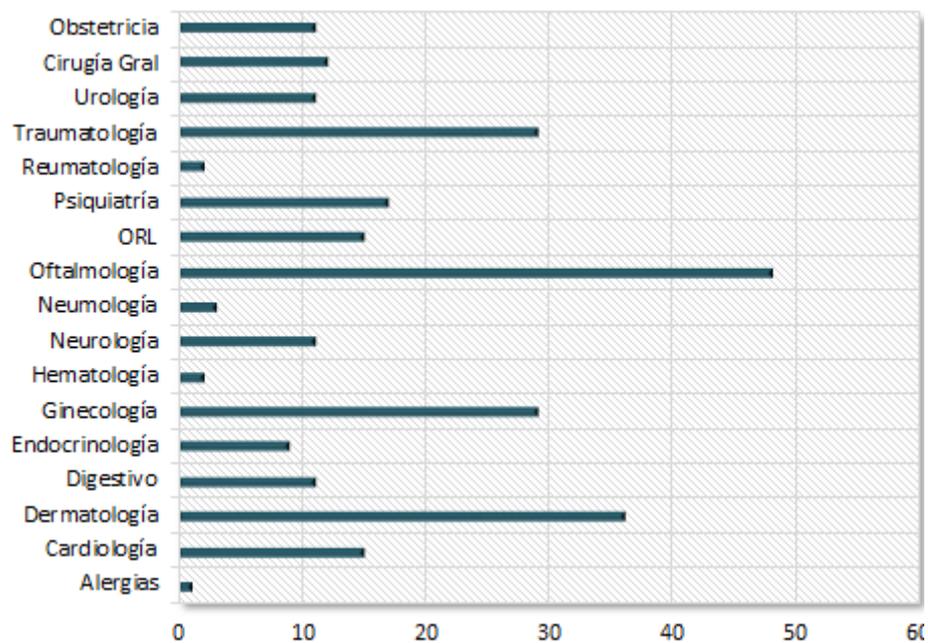


Figura 28: Derivaciones a consultas programadas de las distintas especialidades en el año 2013.

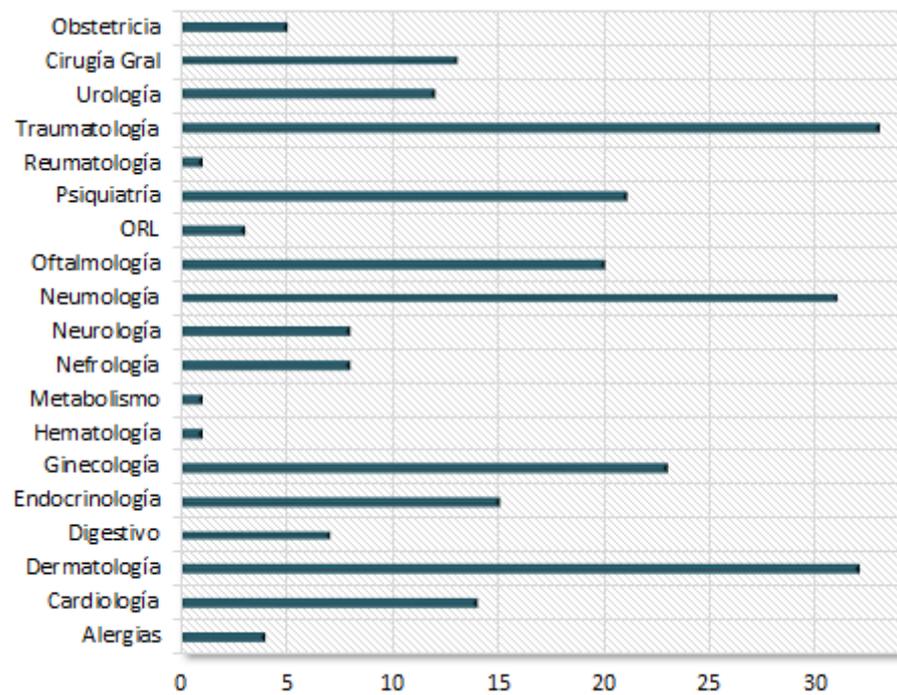


Figura 29: Derivaciones a consultas programadas de las distintas especialidades en el año 2014.

DERIVACIONES	n	%
Alergias	1	0,4
Cardiología	15	5,7
Dermatología	36	13,8
2013Digestivo	11	4,2
Endocrinología	9	3,4
Ginecología	29	11,1
Hematología	2	0,8
Neurología	11	4,2
Neumología	3	1,1
Oftalmología	48	18,3
ORL	15	5,7
Psiquiatría	17	6,5
Reumatología	2	0,8
Traumatología	29	11,1
Urología	11	4,2
Cirugía Gral	12	4,6
Obstetricia	11	4,2
Total	262	100,0

Tabla 21: Porcentaje de Derivaciones a consulta de las diferentes especialidades año 2013

La Oftalmología supone una importante presión asistencia en las listas de espera, dado el alto número de derivaciones por expreso deseo de los pacientes, debido a disminución de agudeza visual (A.V.).⁽¹²⁸⁾

La Traumatología, dado que la causa más frecuente de demanda son los dolores, aumenta la presión tanto en urgencias como en lista de espera programada.⁽¹²⁹⁾

En ginecología las derivaciones del C.S. Garrido Sur por la demanda de revisiones que no se dan en otros C.S. donde existe el programa de atención a la “Mujer Sana”.⁽¹³⁰⁾

DERIVACIONES	n	%
Alergias	4	1,6
Cardiología	14	5,6
Dermatología	32	12,7
Digestivo	7	2,8
Endocrinología	15	6,0
Ginecología	23	9,1
Hematología	1	0,4
Metabolismo	1	0,4
Nefrología	8	3,2
Neurología	8	3,2
Neumología	31	12,3
Oftalmología	20	7,9
ORL	3	1,2
Psiquiatría	21	8,3
Reumatología	1	0,4
Traumatología	33	13,1
Urología	12	4,8
Cirugía Gral	13	5,2
Obstetricia	5	2,0
Total	252	100,0

Tabla 22: Porcentaje de Derivaciones a consulta de las diferentes especialidades año 2014.

Dermatología las derivaciones de causa médica, las originan lesiones malignas, pre-malignas y otras de diagnóstico dudoso y pronóstico incierto, suponen la mitad de las derivaciones en C.S. Garrido Sur, mientras en C.S. Las Lagunas son 2 de cada 3

consultas, quizás el mayor periodo de sol condicione más lesiones susceptibles de malignizar y por ende de consultas. El resto de las consultas se deben a lesiones banales de permanencia y prevalencia casi universal consideradas No indicadas.⁽¹³¹⁾

Las patologías derivadas desde A.P. a especializada son similares en los distintos estudios analizados, si bien varias obedecen a solicitud explícita del paciente. El porcentaje de derivaciones en las que el médico sintió algún grado de presión por parte del paciente es muy variado (17% hasta el 45%)⁽¹³²⁾ se relaciona con motivos educacionales y culturales.

Oftalmología, Traumatología y Dermatología son las especialidades que acaparan más demandas con un 44,4% en C.S. Garrido Sur y 43,2% en el C.S. Las Lagunas, en el Área 2 de Madrid 36,8% no hay gran diferencia a pesar de ser zonas geográficas bien distantes y con climas diferentes. La TD está muy próxima a la tasa europea (6%) y se mantiene similar a la de otros estudios anteriores realizados en nuestro país.

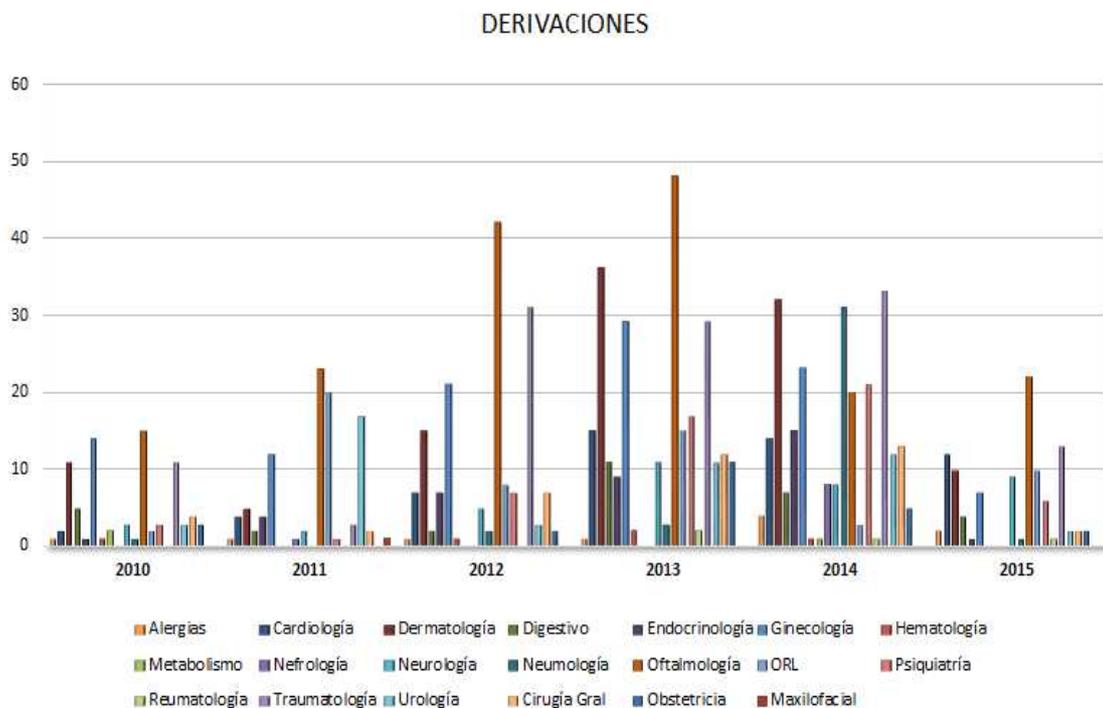


Figura 30: Derivaciones de 2010 2014

3.- Patologías Derivadas al Servicio de Urgencias Hospitalarias.

Las Derivaciones al Servicio de Urgencias Hospitalarias (SUH) desde el C.S. Garrido Sur han ido en aumento a lo largo de los años objeto de estudio en 2010 se realizaron 5 derivaciones a SUH que constituyeron 5,74% de todas las derivaciones al 2º nivel; en 2011 fueron 4 (5,4%), en 2012 se derivaron 15 (8,98%); en 2013 se derivaron 30 (10,27%); en 2014 sigue aumentando 30 (11,9%); Se han más que duplicado el número de derivaciones desde este cupo con un aumento del 6,2%.

URGENCIAS 2010	n	%
Cardiología	1	20,0
Endocrinología	1	20,0
Ginecología	1	20,0
Traumatología	1	20,0
Urología	1	20,0
Total	5	100,0
URGENCIAS 2011	n	%
Cardiología	1	25,0
Dermatología	1	25,0
Traumatología	2	50,0
Total	4	100,0
URGENCIAS 2012	n	%
Cardiología	3	20,0
Digestivo	1	6,7
Endocrinología	1	6,7
Hematología	2	13,3
Neurología	2	13,3
Oftalmología	1	6,7
ORL	1	6,7
Traumatología	2	13,3
Urología	1	6,7
Cirugía Gral	1	6,7
Total	15	100,0

Tabla 23: Derivaciones al SUH durante 2010, 2011 y 2012.

Asimismo en el Hospital La Fe de Valencia la elevación del número de derivaciones a urgencias de los últimos años es significativo, un 10.28% en los últimos 5 años de 2003-0.⁽¹³³⁾

En análisis de la demanda en los servicios de urgencias de Barcelona se consideraron adecuadas las visitas de solamente el 38%⁽¹³⁴⁾, siendo inadecuadas 68%.

En Oviedo hacen un análisis de las urgencias en las que se demanda asistencia domiciliaria y que constituyen el 10% de todas las Urgencias siendo los diagnósticos más frecuentes, según la Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP), los problemas generales e inespecíficos con un 37,08%.⁽¹³⁵⁾

Estudios realizados en el área 9 de Madrid Se consideraron adecuadas el 49,4% de las derivaciones. El grupo de edad de 0-30 años fue el más derivado y el viernes el día más frecuentado. El 64% fue dado de alta en menos de 3 horas. Ingresó el 2,7%. Los mejor derivados fueron los mayores de 65 años y en turno de noche. En los volantes constaba el juicio clínico solo en el 60,7% y el motivo de derivación más frecuente fue la demanda de valoración (89,2%). Los pacientes de mayor edad y con patologías potencialmente más graves son los mejor derivados.⁽¹³⁶⁾

Estudios realizados en diversos países incluida España sitúan el volumen de visitas al SUH inadecuadas dando como resultado final la masificación de estos servicios. Al menos la cuarta parte de las visitas realizadas en los servicios médicos de los SUH no requieren atención urgente. La inadecuación de las visitas se asocia a características del paciente y el proceso asistido.⁽¹³⁷⁾

Buena parte de este incremento se atribuye a un aumento desproporcionado de pacientes que utilizan los servicios de urgencia hospitalarios (SUH) de forma inadecuada, ya sea por problemas banales o de organización de otras áreas del sistema sanitario, por problemas sociales o, simplemente, porque tienen más confianza en la efectividad de estos servicios que en la atención primaria. Acuden por iniciativa propia 51,79%, algunos autores lo atribuyen a una percepción subjetiva de gravedad y ansiedad del paciente⁽¹³⁸⁾

otros autores a que tradicionalmente la razón de consulta ha sido la existencia de signos y síntomas de los que el paciente tiene conciencia y toma la iniciativa para resolverlos .⁽¹³⁹⁾

De los principales motivos por los que la población refirió no acudir al servicio de urgencias de Atención Primaria destacó la demanda de pruebas complementarias, la solicitud de atención “especializada” y la desconfianza en el servicio de urgencias de Atención Primaria.

Al igual que en otros estudios consultados⁽¹⁴⁰⁾ existe un altísimo porcentaje de pacientes (dos tercios) que acuden al servicio de urgencias hospitalario sin ser remitidos por algún médico del primer nivel asistencial.⁽¹⁴¹⁾

La conclusión es que más de la mitad de los usuarios deciden por si mismos acudir directamente a las urgencias hospitalarias.

Hemos de reconocer que algunos de los motivos aducidos por los usuarios son de índole práctica, saben que en las urgencias hospitalarias la realización de pruebas complementarias es prácticamente la norma, lo que, a su juicio, añade mayor confianza al criterio clínico del profesional médico.

Resulta llamativo que dentro de las preferencias de los usuarios para elegir como primera opción el SUH esté:

La expectativa de una atención más rápida o por una mayor confianza dada la idea del hospital como lugar de alta resolución. Esto contrasta con el elevado porcentaje que considera tener un buen estado de salud y el que considera que el problema por el que consulta es leve, aunque no siempre coincide la necesidad experimentada con la expresada⁽⁴⁰⁾.

La edad media, 46 años, dato similar en varios estudios publicados.

El 50% de los pacientes desconoce que en A.P. se atienden Urgencias siendo el principal motivo aducido para acudir a UH.⁽¹⁴⁰⁾

Hay que tener en consideración, en cuanto a derivaciones realizadas desde la consulta habitual de A.P. que hay patologías No urgentes que pueden ser derivadas de manera programada, o ya lo han sido, que si bien puede esperar un mes no deben esperar 6 meses y en según que especialidades años, habida cuenta del alto nivel de incertidumbre con que se trabaja y el grado de presión ejercida por parte del paciente y familiares.

URGENCIAS 2013	n	%
Alergias	10	33,3
Cardiología	1	3,3
Dermatología	1	3,3
Ginecología	2	6,7
Neumología	8	26,7
Traumatología	2	6,7
Urología	2	6,7
Cirugía Gral	1	3,3
Obstetricia	2	6,7
Adenopatía	1	3,3
Total	30	100,0

Tabla 24: Derivación a SUH 2013

URGENCIAS 2014	n	%
Cardiología	7	23,3
Digestivo	2	6,7
Ginecología	3	10,0
Neumología	2	6,7
Oftalmología	2	6,7
ORL	3	10,0
Psiquiatría	1	3,3
Reumatología	1	3,3
Traumatología	6	20,0
Cirugía Gral	1	3,3
Obstetricia	2	6,7
Total	30	100,0

Tabla 25: Derivación a SUH 2014

DERIVACIONES 2013	n	%
Alergias	1	0,4
Cardiología	15	5,7
Dermatología	36	13,8
Digestivo	11	4,2
Endocrinología	9	3,4
Ginecología	29	11,1
Hematología	2	0,8
Neurología	11	4,2
Neumología	3	1,1
Oftalmología	48	18,3
ORL	15	5,7
Psiquiatría	17	6,5
Reumatología	2	0,8
Traumatología	29	11,1
Urología	11	4,2
Cirugía Gral	12	4,6
Obstetricia	11	4,2
Total	262	100

Tabla 26: Derivación a SEH 2013

DERIVACIONES 2014	n	%
Alergias	4	1,6
Cardiología	14	5,6
Dermatología	32	12,7
Digestivo	7	2,8
Endocrinología	15	6,0
Ginecología	23	9,1
Hematología	1	0,4
Metabolismo	1	0,4
Nefrología	8	3,2
Neurología	8	3,2
Neumología	31	12,3
Oftalmología	20	7,9
ORL	3	1,2
Psiquiatría	21	8,3
Reumatología	1	0,4
Traumatología	33	13,1
Urología	12	4,8
Cirugía Gral	13	5,2
Obstetricia	5	12,0
Total	252	100,0

Tabla 27: Derivación a SEH 2014

4.- Cribado de Cáncer de Cérvix

Este programa se desarrolla de manera oportunista, o sea se capta a la mujer en la consulta de A.P. No se hace cribado poblacional, dada la baja incidencia de la enfermedad. ⁽¹⁰⁵⁾

Edad	n	%
De 15 a 25 años	8	4,0
De 26 a 35 años	60	30,3
De 36 a 45 años	32	16,2
De 46 a 55 años	50	25,3
De 56 a 65 años	42	21,2
Mayores de 65 años	6	3,0
Total	198	100,0

Tabla 28: Participación en Cribado C. Cérvix por edad.

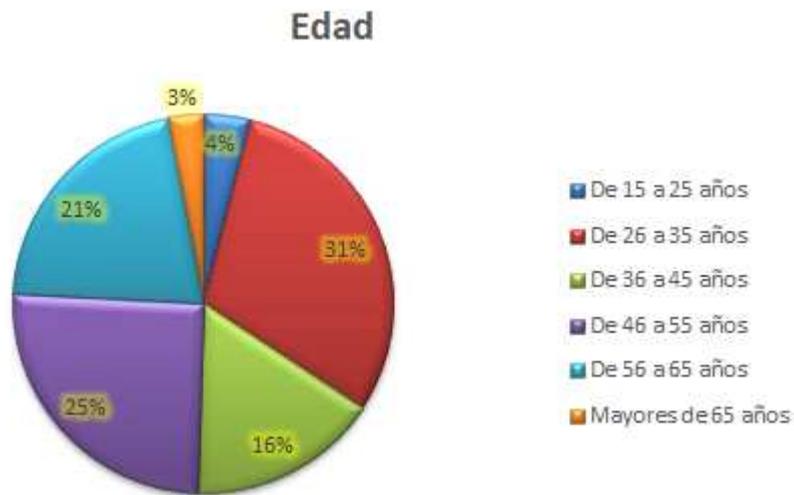


Figura 31: Participación en cribado de cérvix por edad

En este estudio el número de pacientes, a las que se realiza este cribado es: en 2010 de 20 casos (4,25 %) todos negativos, 1 sale del programa por edad; 2011 de 39 casos (8,52 %) todos negativos, 1 sale del programa; 2012 de 55 casos (11,51%) 52 normales, 3 indeterminadas que se repite y 3 salen del programa; 2013 de 48 casos (10,30%) todos normales, 5 salen del programa; 2014 de 38 casos (8,10%) todos normales; 2015 de 11 casos hasta el mes de Junio 11 casos todos normales y 1 sale de programa. De las 198 citologías realizadas en estos 5 años, solo en 13 casos han seguido la cadencia aconsejada según programa, a pesar de ello compensa su realización ya que se han diagnosticado 1 Displasia Severa y 9 casos con citología alterada y en las que se derivó a la consulta de referencia para continuar estudio.

El mayor número de estudios se realizan en mujeres entre 36-65 años que es el grupo que más se benefician. La participación está en torno al 6,53% considerada muy baja. ⁽¹⁴²⁾

A escala mundial, este virus, es el responsable de un 5,2% de todos los tumores humanos, corresponde el 2,2% a países desarrollados y 7,7% a los países en vías de desarrollo. Por países la tasa más elevada se da en Cali (Colombia) con 48,2; Sao Paulo

(Brasil) 35,1; la antigua República Democrática Alemana 24,6% es la primera de Europa; La incidencia más baja se encuentra en Israel con 3 al 5,1. ⁽¹⁰²⁾

En España, El cáncer invasor de cuello uterino es el sexto más frecuente, constituye el 4,8% de los cánceres en la mujer ⁽¹⁴³⁾, una de las tasas más bajas del mundo, entre 3,4 y 12,2 casos por 100.000 mujeres/año.

El índice de participación en este estudio de cribado es muy bajo, las edades de mayor participación es la que más se beneficia y aunque muy lentamente va aumentando.

5.- Cribado de Cáncer de Mama

En nuestro estudio de los 1005 TIS incluidas en el cupo 572 son mujeres, considerando el cribado desde los 45 a los 75 años, la posible participación en este programa, según datos de la historias clínicas es: en 2010 se realizan 44 mamografías (MX) todas con resultado normal; 2011 ---- 62(Mx), de las que 59 son normales y 3 pasan al centro de referencia (CR) para continuar estudio por imágenes alteradas; 2012--- -- 61 con 59(Mx) normales y 2 necesitan continuar estudio pasando al CR; 2013-----77 (Mx) siendo 74 normales y 3 patológicas: 2014-----81 (Mx) resultando 78 normales 3 patológicas.

Edad	n	%
De 36 a 45 años	4	1,6
De 46 a 55 años	84	34,3
De 56 a 65 años	102	41,8
Más de 65	48	19,7
NS/NC	6	2,5
Total	244	100,0

Tabla 29: Participación por edad en Cribado de Cáncer de mama.



Figura 32: Participación por edad en Cribado de Cáncer de mama.

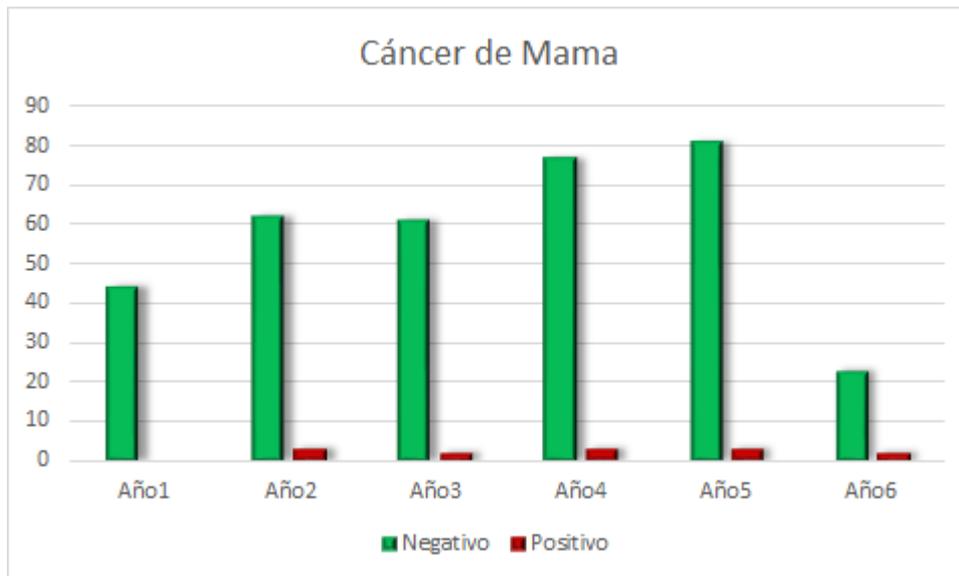


Figura 33: Resultado del cribado de cáncer de mama por años.

El porcentaje anual, de participación, considerando la población diana de cada año ha sido: en 2010 (14%); 2011 (21%); 2012 (20,6%); 2013 (25%); 2014 (25,7%). Muy baja participación aun así han derivaron al centro de referencia a 13 mujeres.

En estos momentos no hay datos publicados de esta participación en nuestra comunidad ⁽¹⁴⁴⁾, hay una publicación de la participación de Segovia con el 75% . ⁽¹⁰⁹⁾

De las 4 mujeres diagnosticadas de Carcinoma de Mama, 3 no pertenecían a la población Diana y 1 que sí pertenecía pero no se había incluido en P.D.P.C.M. voluntariamente.

A pesar de ser un cribado de carácter poblacional, la participación es muy escasa, si bien en estos 5 años ha aumentado 11,7 %. Para que el rendimiento del programa sea apropiado, la tasa de participación debe superar al menos el 70%.

En ausencia de participación en PDPCM la intervención oportunista de los profesionales de atención primaria sería un factor determinante en el aumento de esta participación.

6.- Cribado de Cáncer de Colon

En esta Área de Salud se ha iniciado la 1ª ronda a primeros de 2015, de cribado en pacientes de ambos sexos entre 50 a 65 años que no tengan más factores de riesgo que la edad, dado que este estudio daba su fin, en esas fechas, son pocos los datos que tenemos: El cribado al igual que en otras CCAA tiene carácter poblacional la población diana incluye tanto varones como mujeres de entre 50 y 69 años estando constituida por 439 personas.

La muestra de que se dispone es de 44 pacientes 55% mujeres y 45% varones, 2 de 56 a 60 años (4,5%); 28 pacientes de 61 a 65 años (63,6%); 14 mayores de 65 años (31,8%). El test de sangre oculta en heces (TSOH) dio negativo 84,1% y positivo el 15,9%. De los 7 positivos se realizó colonoscopia a 5.

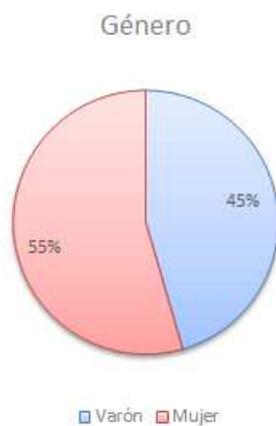


Figura 34: Distribución de la población diana, del cribado de cáncer de colon, por sexo.

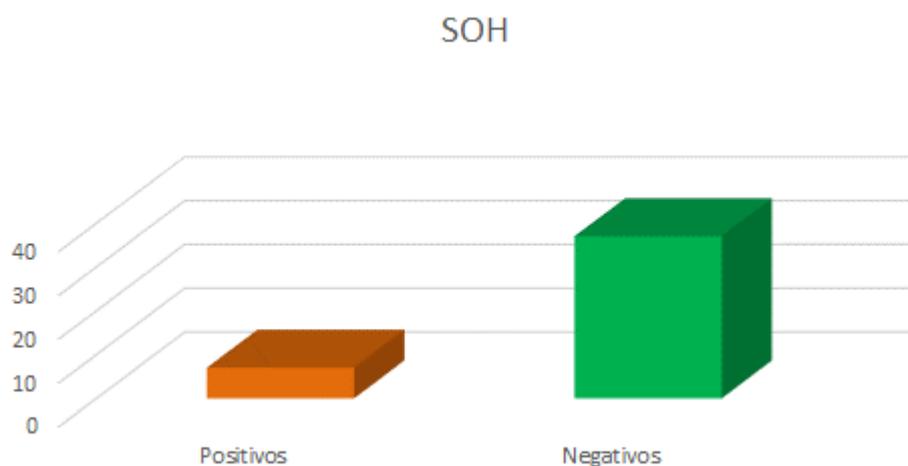


Figura 35: Resultados del cribado de cáncer de colon.

En estudio realizado en la comunidad de Valencia se han mostrado reducciones significativas en la mortalidad, por este tumor, aunque la tasa de participación fue del 35,7% inferior al de otros programas.⁽¹⁴⁵⁾ No obstante hay que tener en cuenta el escaso desarrollo de los programas de cribado de CCR en España, a diferencia de otros ampliamente extendidos y consolidados en nuestro país, lo que podría explicar, al menos en parte, el escaso conocimiento sobre este problema de salud.

7.- Incapacidad Transitoria

Las patologías causantes de IT, en este estudio, son muy variadas, por orden de frecuencia figura en primer lugar Traumatología con el 35%, Psiquiatría con 12,6%, Neumología 10,6%, ORL con 9,65%, Digestivo 6,88%; Ginecología 6,67%; Cirugía General 6,56%; Oftalmología 5%.

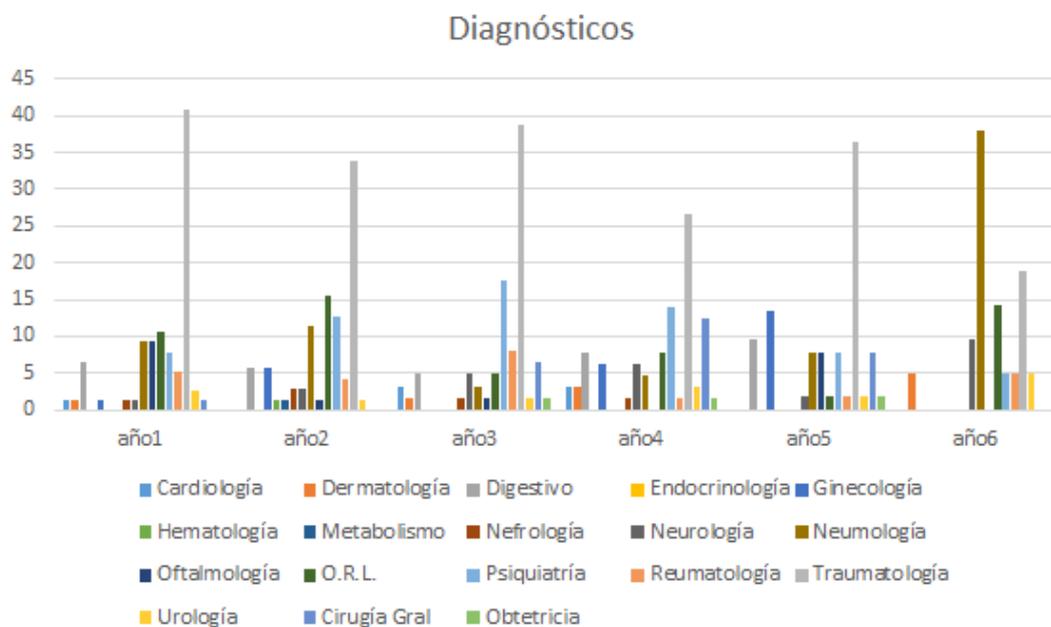


Figura 36: Patologías causantes de IT de los años 2010 a 2015

En este estudio la distribución según sexo está formada por 55,5% de mujeres y 44,5% hombres, en todos los grupos de edad, hasta los 61 años en que se invierte ligeramente.

Género	n	%
Varón	105	44,5
Mujer	131	55,5
Total	236	100,0

Tabla 30: Distribución de IT por género.

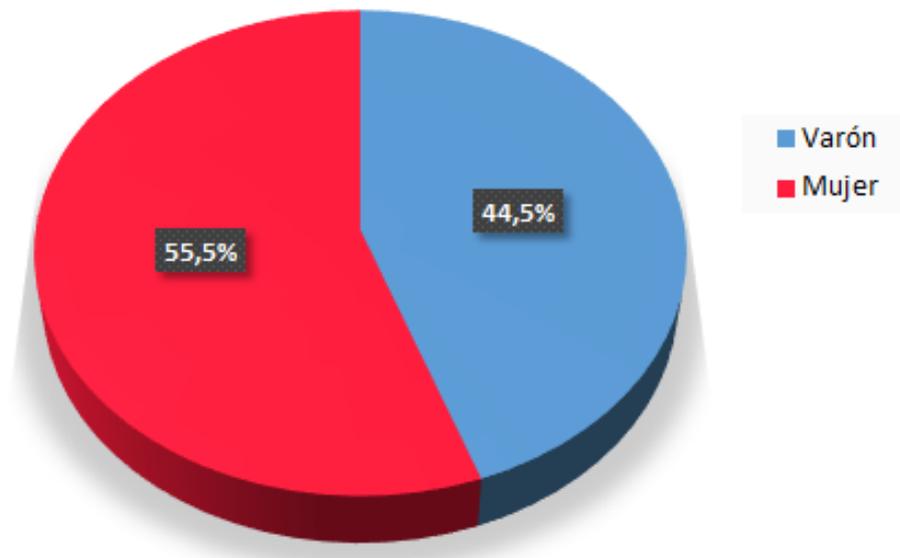


Figura 37: Distribución de IT por género.

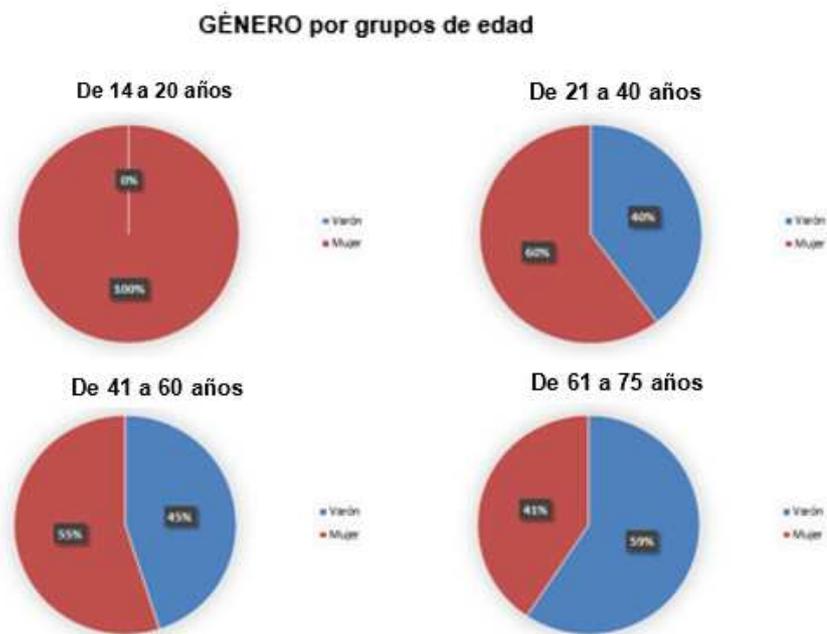


Figura 38: Distribución por género y grupos de edad

Por edades el número de IT se dan de manera uniforme a lo largo de todo el periodo laboral bajando a partir de los 60 años.

Edad	N	%
De 14 a 20 años	1	0,4
De 21 a 40 años	103	43,6
De 41 a 60 años	100	42,4
De 61 a 75 años	32	13,6
Total	236	100,0

Tabla 31: Distribución de IT por grupos de edad.

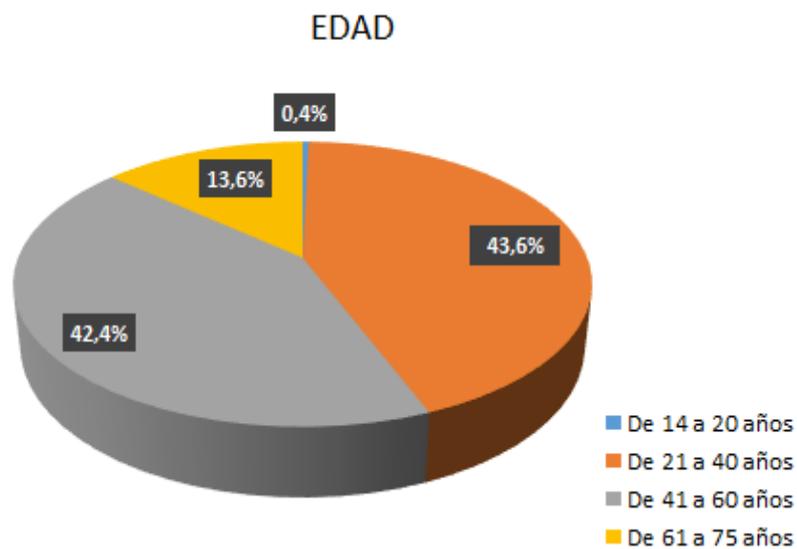


Figura 39: Porcentajes de IT por edades

El nivel de formación no figura más que en el 39% de los usuarios activos, en este porcentaje el número de IT en relación con los estudios realizados, destacan los trabajadores con estudios primarios seguidos de los que tienen estudios secundarios y con el menor absentismo laboral los que poseen estudios universitarios.

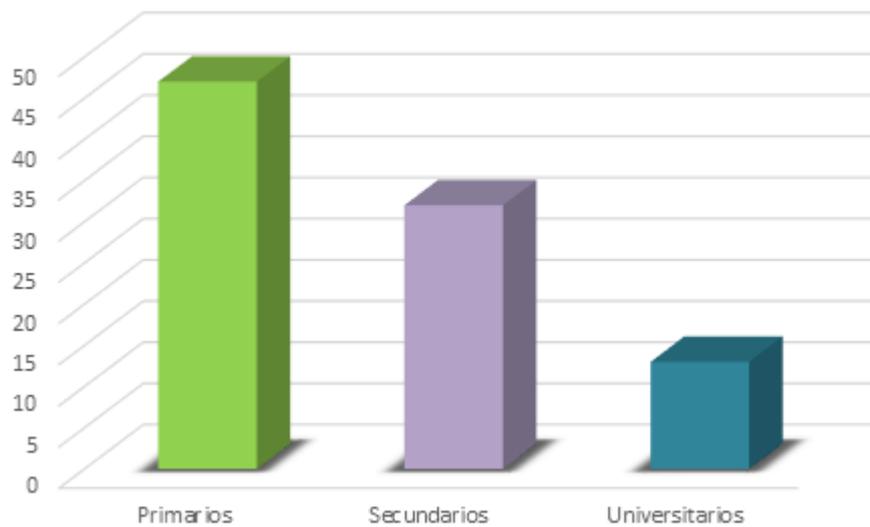


Figura 40: Distribución de IT según nivel de formación

Los días de absentismo laboral que han ocasionado las incapacidades de este estudio:

- ✓ En 2010 con 75 I.T. sumaron 3.355 días.
- ✓ En 2011 con 74 I.T. sumaron 4.473 días.
- ✓ En 2012 con 62 I.T. sumaron 3.574 días.
- ✓ En 2013 con 64 I.T. sumaron 4.377 días.
- ✓ En 2014 con 51 I.T. sumaron 2.968 días.

La media de jornadas perdidas por episodio son en 2010 de 44,76; 2011 de 60,44; en 2012 de 57,61; en 2013 de 68,33; en 2014 de 58; siendo la media de estos años 57,82 días por cada IT

En estudio realizado en un C.S. de Ribadeo las causas de I.T. resultaron ser en 1º Traumatología con el 29,67%, seguida de procesos Respiratorios 16,4%, trastornos Mentales y problemas Digestivos. Las enfermedades con mayor absentismo laboral fueron las osteomusculares y por sexo en Mujeres la media de días perdidos 66,72 días

(124)

Las causas más frecuente de IT coincidentes en ambos estudios son Traumatología, Infecciones respiratorias, Trastornos mentales y problemas Digestivos, en las dos mayor incidencia de mujeres y en el estudio de Garrido Sur la duración ha sido 8,90 días menos que en el Ribadeo.

Las bajas con duración excesiva supone un incremento global de los días de baja del 30%, este incremento está producido por las demoras que se dan en nuestro sistema sanitario y por el propio paciente.⁽¹²⁴⁾

No hay más camino que sensibilizar a la sociedad acerca del riesgo de un uso incorrecto de la IT: se trata en definitiva de intentar armonizar el derecho legítimo a la IT del trabajador enfermo con el uso legal, eficiente y controlado de una prestación de tanta importancia social y económica. En la IT están entrelazados elementos clínicos, sociales y laborales; no es un problema exclusivamente de los médicos de familia, pero será imposible su control sin la participación activa de los mismos.

8.- Pruebas diagnósticas

Se realizaron diversas pruebas diagnósticas ante síntomas y signos nuevos, en función de los cuales se han pedido las pruebas más indicadas en cada caso en función de la sospecha diagnóstica y las circunstancias del paciente.

Otro causa de petición de pruebas ha sido el seguimiento de pacientes incluidos en las distintas actividades preventivas como Dislipemia, Hipertensión, Diabetes y Obesidad.

Como se aprecia en las gráficas las más solicitadas son las analíticas, seguidas de radiografías, electrocardiograma, ecografía y en menor cuantía espirometría casi inexistente hasta 2014 y en lenta progresión.

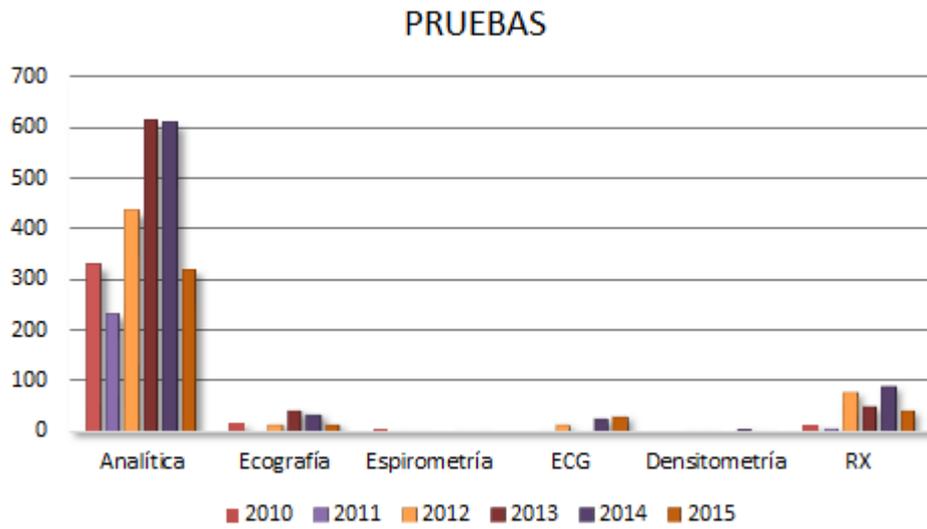


Figura 41: Diferentes pruebas diagnósticas solicitadas.

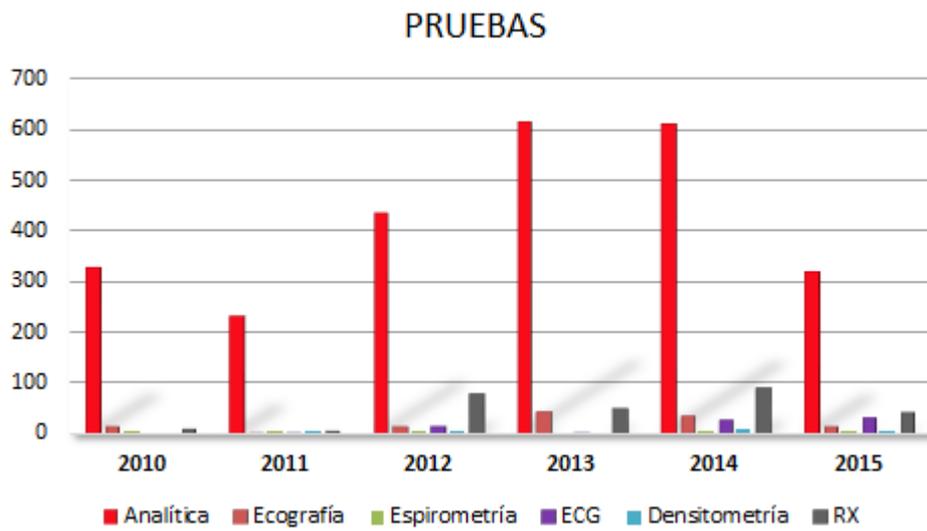


Figura 42: Pruebas diagnósticas solicitadas por años.

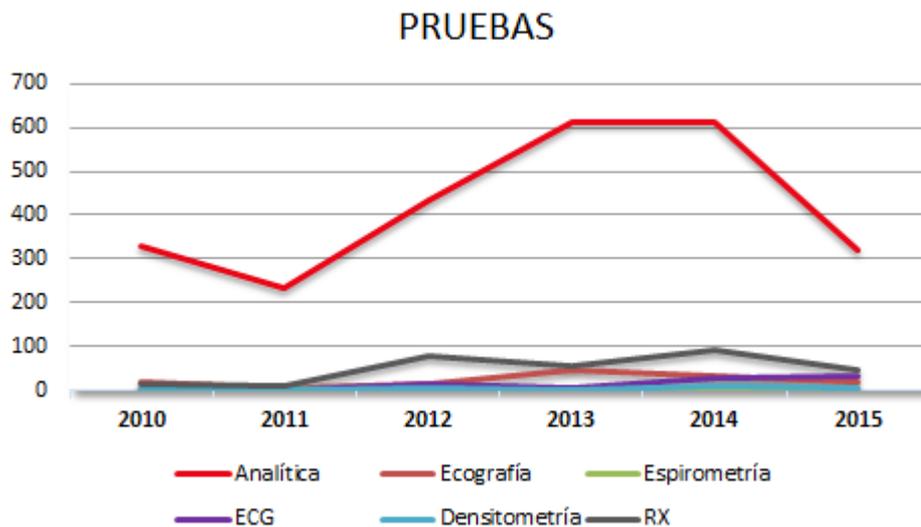


Figura 43: Evolución de solicitud de pruebas diagnósticas.

9.- Tratamiento

El grupo de fármacos más prescrito son los Analgésicos-AINEs con 10.232 (media anual 2.046) entre Paracetamol, Ibuprofeno, Naproxeno Tramadol, Metamizol

Paracetamol es uno de los analgésicos más extensamente utilizado y generalmente reconocido como un fármaco seguro y eficaz, con un perfil de efectos adversos favorable, confirmandose como una opción terapéutica de primera línea en pacientes con dolor musculoesquelético

Los AINE son un grupo de fármacos muy utilizados en la práctica clínica habitual, con una gran variedad de indicaciones. Existen múltiples variaciones en cuanto a los perfiles de riesgo de los pacientes y las diferencias que existen entre AINE obligan a individualizar su uso en función del tipo de patología de base, las características del paciente y la experiencia del médico. En general, los AINE deben utilizarse en ciclos cortos y a la dosis más bajas posibles, siempre dentro de su rango de eficacia, y vigilando de manera específica las complicaciones digestivas, cardiovasculares, renales, hepáticas y hematológica. ⁽¹⁴⁶⁾

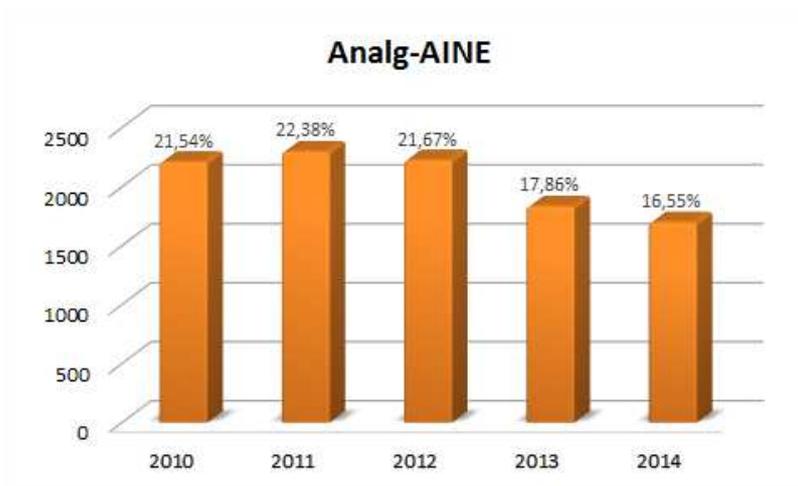


Figura 44: Porcentaje de Analgésico-AINES consumido por años

La Hipercolesterolemia es la alteración metabólica más frecuente que lejos de disminuir va en aumento, el manejo de la enfermedad ha de comenzarse siempre por medidas de tipo dietético, el abandono del tabaquismo y la realización de ejercicio físico, previamente al tratamiento farmacológico. Las recomendaciones terapéuticas son la elección de las estatinas como hipolipemiantes de primera línea, de las que siguen saliendo nuevas moléculas con mayor potencia hipolipemiante.

La elección del hipolipemiante concreto no ha estado exenta de polémica la relativa efectividad queda a menudo en entredicho ante el elevado coste que conlleva su utilización.⁽¹⁴⁷⁾

Por otra parte, el manejo de la enfermedad ha de comenzarse siempre por medidas de tipo dietético, el abandono del tabaquismo y la realización de ejercicio físico, previamente al tratamiento farmacológico

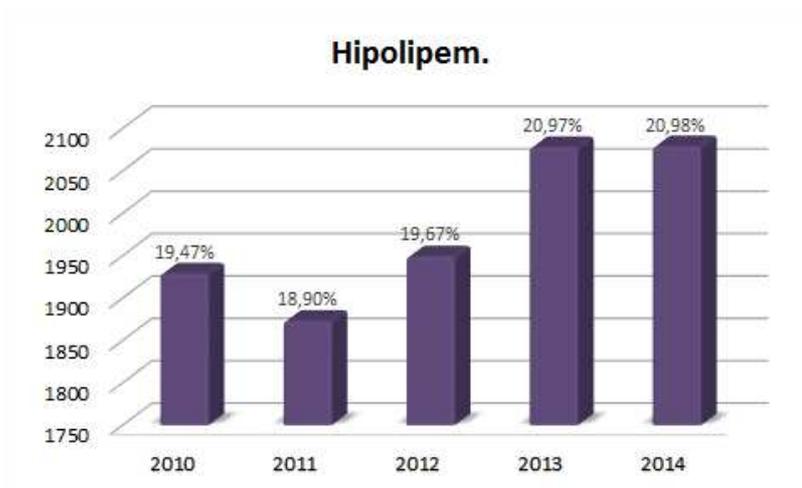


Figura 45: Porcentaje de Hipolipemiantes, en relación con el consumo total de fármacos, consumido cada año.

El uso de los I.B.P., es muy elevado a pesar de no estar indicado más allá de 8 semanas seguidas.



Figura 46: Porcentaje, por años, del consumo de IBP

La HTA es muy frecuente. En España su prevalencia en adultos es de aproximadamente un 35%, llegando al 40% en edades medias y al 68% en mayores de 60 años.

El grado de conocimiento y de tratamiento farmacológico de la HTA en la población general de España es relativamente elevado, pero el control se sitúa en cifras inferiores al 40% y difiere en función del ámbito asistencial. ⁽¹⁴⁸⁾

Los grupos de fármacos indicados para iniciar y continuar el tratamiento son los diuréticos, los bloqueadores beta, los antagonistas del calcio, los IECA y los ARA-II. En este estudio en el apartado antiHTA se han incluido IECAs y ARA-II los demás posibles fármacos se contabilizaron en otras patologías, quizás se la razón de que ocupen un 4º lugar.

TRATAMIENTOS	AÑO				
	2010	2011	2012	2013	2014
Analg-AINE	2211	2298	2225	1833	1699
%fila	21,54	22,38	21,67	17,86	16,55
%columna	14,99	14,63	15,08	13,06	12,83
Hipolipem	1929	1873	1949	2078	2079
%fila	19,47	18,90	19,67	20,97	20,98
%columna	13,08	11,92	13,21	14,80	15,70
IBP	1805	1933	1850	1876	1600
%fila	19,91	21,33	20,41	20,70	17,65
%columna	12,24	12,30	12,54	13,36	12,09
Anti-HTA	1790	1922	1780	1706	1584
%fila	20,38	21,89	20,27	19,43	18,04
%columna	12,14	12,23	12,06	12,15	11,96
Ansiolítico	1395	1502	1693	1432	1326
%fila	18,98	20,44	23,04	19,49	18,05
%columna	9,46	9,56	11,47	10,20	10,02
A.A.S.	911	900	818	813	780
%fila	21,58	21,32	19,37	19,26	18,47
%columna	6,18	5,73	5,54	5,79	5,89
Diuréticos	906	1308	1167	1072	1039
%fila	16,50	23,82	21,25	19,52	18,92
%columna	6,14	8,32	7,91	7,64	7,85
Tto Osteopor.	729	537	256	226	231
%fila	36,84	27,13	12,94	11,42	11,67
%columna	4,94	3,42	1,74	1,61	1,74
ADO	900	899	821	847	960
%fila	20,33	20,31	18,55	19,13	21,69
%columna	6,10	5,72	5,56	6,03	7,25

Antidepresivos	608	968	912	746	564	
%fila	16,01	25,49	24,01	19,64	14,85	
%columna	4,12	6,16	6,18	5,31	4,26	
H. Tiroideas	364	410	424	462	419	
%fila	17,51	19,72	20,39	22,22	20,15	
%columna	2,47	2,61	2,87	3,29	3,16	
Ca Antagon	344	360	312		260	
%fila	26,96	28,21	24,45	0,00	20,38	
%columna	2,33	2,29	2,11	0,00	1,96	
Bloqueante Alfa	320					
%fila	100,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
%columna	2,17	0,00	0,00	0,00	0,00	
Broncodilatador	309	247		182	183	
%fila	33,55	26,82	0,00	19,76	19,87	
%columna	2,10	1,57	0,00	1,30	1,38	
Anticoagulante	225	242	226			
%fila	32,47	34,92	32,61	0,00	0,00	
%columna	1,53	1,54	1,53	0,00	0,00	
THBP		313				
%fila	0,00	100,00	0,00	0,00	0,00	
%columna	0,00	1,99	0,00	0,00	0,00	
Tto.Prostata			226	365	213	
%fila	0,00	0,00	28,11	45,40	26,49	
%columna	0,00	0,00	1,53	2,60	1,61	
Antianémico			95	96		
%fila	0,00	0,00	49,74	50,26	0,00	
%columna	0,00	0,00	0,64	0,68	0,00	
Antibióticos				306		
%fila	0,00	0,00	0,00	100,00	0,00	
%columna	0,00	0,00	0,00	2,18	0,00	
Beta Bloqueantes					302	
%fila	0,00	0,00	0,00	0,00	100,00	
%columna	0,00	0,00	0,00	0,00	2,28	
Total	14746	15712	14754	14040	13239	
%fila	20,34	21,67	20,35	19,37	18,26	
%columna	100	100	100	100	100	

Tabla 32: Porcentaje de fármacos consumidos por años del 2010 a 2015

Tratamientos consumidos mayoritariamente durante estos años.

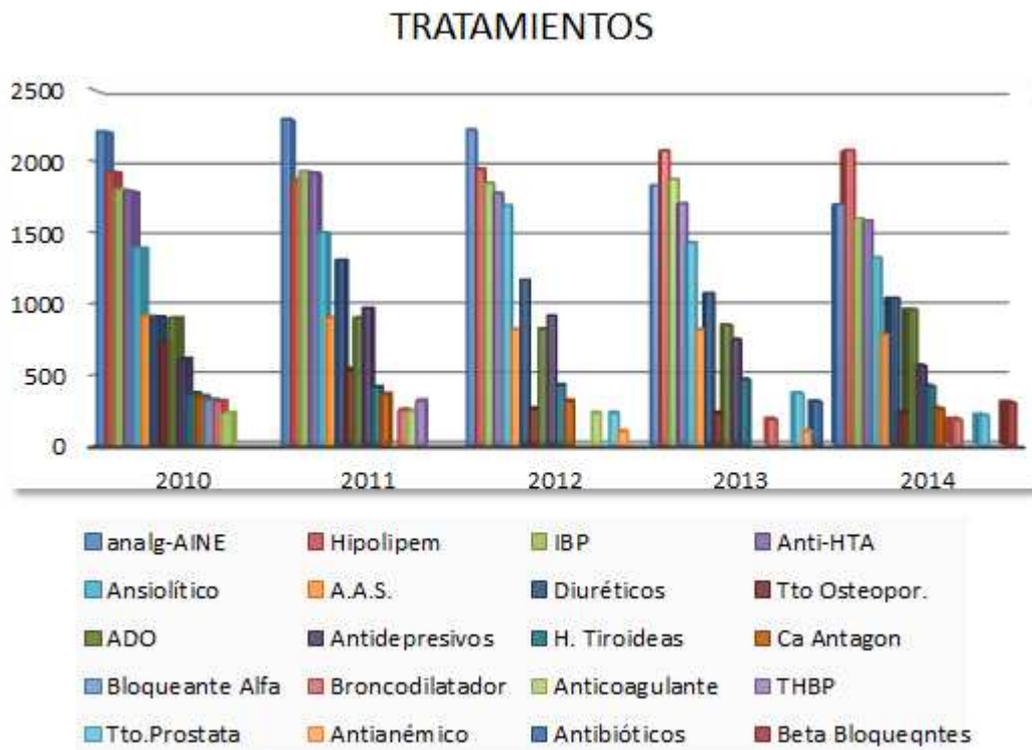


Figura 47: Tratamientos consumidos de 2010 a 2015

V.- CONCLUSIONES

Con los Resultados obtenidos en la elaboración de este trabajo se puede llegar a las siguientes Conclusiones:

1ª.- En el Centro de Salud de Garrido Sur de Salamanca las mujeres a partir de los 40 años acuden más que los hombres a las consultas del médico de familia. En la mayoría de los casos se desconoce el nivel de formación, (61%), no obstante del 39% en los que consta el 52% de los pacientes manifiestan tener estudios primarios.

2ª.- Las Patologías más demandadas son de las especialidades de Traumatología (concretamente dolores articulares) seguidas de ORL con faringitis o hipoacusias por tapones de cera. En 3^{er} lugar Dermatología (dermatitis eczematosa y lesiones premalignas), Oftalmología por disminución de A.V. conjuntivitis, Endocrino con dislipemia y diabetes tipo 2, Digestivo por dispepsia gástrica, Neumología con infecciones de vías respiratorias altas, Psiquiatría por trastornos de la efectividad, Ginecología por irregularidades menstruales y dismenorrea, Cardiología por hipertensión arterial.

3ª.- Las Patologías más frecuentes que se derivaron al hospital, de forma programada, fueron de Oftalmología por disminución de A.V. y revisiones por deseo del paciente, seguida de Traumatología por algias de diversas localizaciones y Dermatología por lesiones cancerosas o de dudoso diagnóstico.

4ª.- Las derivaciones al SUH han ido en aumento pasando de 5,72% en 2010 a 11,9% en 2014, más de la mitad de los pacientes que acuden a urgencias lo hacen por iniciativa propia. De los derivados desde A.P. varias de deben a las listas de espera en atención especializada. Para solucionar la masificación del SUH hay que concienciar a la población, disminuir las listas de espera o adecuar el SUH a las especialidades más demandadas o varias de estas medidas.

No difieren estas patologías de otras Comunidades españolas ni de Europa.

5ª.- Las pruebas diagnósticas que se realizan con mayor frecuencia fueron de análisis clínicos y Rx alcanzando niveles de petición elevados. La espirometría debería realizarse más frecuentemente debido al poder diagnóstico que se obtiene.

6ª.- Los tratamientos que más se recetaron fueron analgésicos-AINEs (14,16%), Hipolipemiente (13,67), I.B.P (12,5%), antiHTA (12,11%).

7ª.- Los programas de cribado, tanto los de base poblacional como los de captación oportunista tienen muy baja participación por lo que se debería reforzar la motivación desde las consultas dada la repercusión que estas patologías tienen tanto para la Sociedad en general como para el Sistema Sanitario y para cada paciente en particular.

8ª.- Las bajas con duración excesiva suponen un incremento global del 30%, de jornadas perdidas. Las causas de este incremento son las demoras que se dan en nuestro sistema sanitario y actitud del propio paciente. Dado que la concienciación de la población, en este caso, no es posible se disminuiría la duración de I.T. creando una prioridad para estos trabajadores..

9ª y Última.- Las Incapacidades Transitorias suponen el 51% de los recursos de un Centro de Salud. En ausencia de procesos graves el mayor número de bajas y más largas se dan en mujeres y por patologías difíciles de objetivar como dolores y alteraciones del estado de ánimo.

VI.-BIBLIOGRAFIA

1. Haeger, K., Hecce, A. C. Historia de la Cirugia. Raices; 1993.
2. Pilar Iglesias Aparicio. Mujer y Salud [Internet]. [citado 11 de octubre de 2015]. Recuperado a partir de:
file:///C:/Users/Inocencia/AppData/Roaming/Mozilla/Firefox/Profiles/q2h59umc.default/zotero/storage/794XDFVV/search.html
3. Papiro de ebers - Google Académico [Internet]. [citado 28 de agosto de 2015]. Recuperado a partir de: <https://scholar.google.es/scholar?hl=es&q=papiro+de+ebers&btnG=&lr=>
4. Medicina en Mesopotamia, egipto, Arabia [Internet]. [citado 19 de septiembre de 2015]. Recuperado a partir de: <http://es.slideshare.net/guest668b40/medicina-en-mesopotamia-egipto-arabia>
5. Cristina Sierra de Grado. Rasgos de estilo y recursos de composición en algunos tratados del «Corpus Hippocraticum» - [Internet]. [Madrid]: Complutense de Madrid; 2000 [citado 10 de octubre de 2015]. Recuperado a partir de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=16075>
6. Rancich A, Pérez M, Gelpi R, Mainetti J. Análisis de los principios éticos de beneficencia y de no-maleficencia en los Juramentos Médicos, en relación al Hipocrático. Gac Med Mex. 1999;135:345-51.
7. Jorge Ordoñez-Burgos. Influencias egipcias en la medicina hipocrática del siglo IV A.C [Internet]. Universidad Nacional de Educación a distancia; 2006 [citado 10 de octubre de 2015]. Recuperado a partir de:
http://dialnet.unirioja.es/buscar/tesis?query=Dismax.DOCUMENTAL_TODO=hipocrates
8. aulio cornelio celso - Google Académico [Internet]. [citado 13 de septiembre de 2015]. Recuperado a partir de:
https://scholar.google.es/scholar?start=10&q=aulio+cornelio+celso&hl=es&as_sdt=0,5
9. UVaDOC: Estudios sobre Cornelio Celso. Problemas metodológicos y estado de la cuestión [Internet]. [citado 13 de septiembre de 2015]. Recuperado a partir de:
<http://uvadoc.uva.es/handle/10324/3591>
10. Espacio y tiempo en la percepción de la antigüedad tardía: homenaje al ... - Google Libros [Internet]. [citado 13 de septiembre de 2015]. Recuperado a partir de:
https://books.google.es/books?id=nKz6Aov9wYQC&pg=PA905&lpg=PA905&dq=sorano+de+ephesus&source=bl&ots=q6WQFQ-cZ8&sig=PShVKbgxLAhwI9B5fgIDuvjGi-o&hl=es&sa=X&ved=0CGIQ6AEwDwoVChMI8bK0m7PzxwIVTNsaCh0_2AXJ#v=onepage&q=sorano%20de%20ephesus&f=false
11. Rafael Romero Reverón. International Journal of Morphology - Rufus de Éfeso (I d.C.), Médico y Anatomista Greco-romano [Internet]. [citado 13 de septiembre de 2015]. Recuperado a partir de:
http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95022013000400029&script=sci_arttext
12. Galeno. SOBRE LAS FACULTADES NATURALES (313) - Tienda Editorial Gredos [Internet]. [citado 30 de agosto de 2015]. Recuperado a partir de:
http://www.editorialgredos.com/biblioteca_clasica_gredos/_122_sobre_las_facultades_naturales
13. CANON AVICENA - Canon avicena.pdf [Internet]. [citado 28 de agosto de 2015]. Recuperado a partir de: <http://80.36.73.149/almacen/antiguedad/Avicena/Canon%20avicena.pdf>

14. Dr. Jorge Cárdenas Arévalo. Capítulo VII - Medicina de la Edad Media [Internet]. [citado 12 de septiembre de 2015]. Recuperado a partir de:
<http://www.cardenashistoriamedicina.net/capitulos/es-cap7.htm>
15. Julio Sánchez. «El protomedicato Navarro» [Internet]. [citado 8 de septiembre de 2015]. Recuperado a partir de:
<https://scholar.google.es/scholar?hl=es&q=2+Julio+S%C3%81NCHEZ.+%E2%80%9CEI+protomedicato+Navarro%E2%80%9D+Tesis+doctoral+1990.+&btnG=&lr=>
16. Astrain Gallart M. El Real Tribunal del Protomedicato y la profesión quirúrgica española en el siglo XVIII. The Royal Protomedicato Tribunal and the Surgical Profession in Eighteenth Century Spain [Internet]. 1996 [citado 28 de agosto de 2015]; Recuperado a partir de:
<http://digibug.ugr.es/handle/10481/20012>
17. Grégoire de Nysse. Les oeuvres d'Ambroise Paré... chez Iean Gregoire. [Internet]. 1962 [citado 2 de octubre de 2015]. Recuperado a partir de:
<https://scholar.google.es/scholar?hl=es&q=Les+oeuvres+d%27Ambroise+Par%C3%A9...+chez+Iean+Gregoire.&btnG=&lr=>
18. Kaiser H. [Hermann Boerhaave (1668-1738). Most famous physician of the 18th century, modernizer of medical education and father of bedside teaching]. Z Für Rheumatol. julio de 2006;65(4):340-5.
19. Luis S. Granjel. La Medicina Española en el Siglo XVIII. Salamanca: Universidad Salamanca y Luis S. Granjel; 1979. 285 p.
20. Luis S. Granjel. La Medicina Española Contemporanea. 1ª ed. Salamanca: Universidad Salamanca y Luis S. Granjel; 1986. 246 p.
21. Rosângela Minardi Mitre Cotta, María Morales Suárez-Varela, Agustín Llopis González, José Sette Cotta Filho, Enrique Ramón Real, José Antonio Días Ricós. La hospitalización domiciliaria: antecedentes, situación actual y perspectivas. Rev Panam Salud Publica. 2002;10(1).
22. Rafael Alcaide González. La introducción y el desarrollo del higienismo en España durante el siglo XIX: Precursores, continuadores y marco legal de un proyecto científico y social. [citado 8 de septiembre de 2015]; Recuperado a partir de:
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=245050>
23. JOSÉ JAVIER VIÑES. LA SANIDAD ESPAÑOLA ANTERIOR A 1847.
24. Sanidad Militar - Protagonistas destacados en la historia de la Sanidad Militar española: Fernando Weyler y Laviña [Internet]. [citado 13 de septiembre de 2015]. Recuperado a partir de:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1887-85712011000300004
25. S. MUÑOZ MACHAD. La sanidad Pública de España. (Evolución histórica y situación actual). Madrid: Instituto de Estudios administrativos, 1975. Inst Estud Adm [Internet]. [citado 8 de septiembre de 2015]; Recuperado a partir de:
<https://scholar.google.es/scholar?hl=es&q=S.+MU%C3%91OZ+MACHADO.+La+sanidad+P%C3%BAblica+de+Espa%C3%B1a.+%28Evoluci%C3%B3n+hist%C3%B3rica+y+situaci%C3%B3n+actual%29.+Madrid%3A+Instituto+de+Estudios+administrativos%2C+1975.&btnG=&lr=>

26. Revista Electronica de PortalesMedicos.com [Internet]. [citado 29 de agosto de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/authors/2012/Carmen--Ruiz-Ginard>
27. José Javier Viñes Rueda - Dialnet [Internet]. [citado 29 de agosto de 2015]. Recuperado a partir de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/autor?codigo=701285>
28. Carmen Ruiz Ginard. Modelo sanitario paternalista. Gest Sanit [Internet]. 28 de noviembre de 2012 [citado 20 de septiembre de 2015]; Recuperado a partir de: <file:///C:/Users/Inocencia/AppData/Roaming/Mozilla/Firefox/Profiles/q2h59umc.default/zotero/storage/6NWQ3JZ2/Carmen--Ruiz-Ginard.html>
29. Constitución Española, 1978. TÍTULO PRIMERO. De los Derechos y Deberes Fundamentales. [Internet]. [citado 29 de agosto de 2015]. Recuperado a partir de: http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/constitucion.t1.html#a49
30. ley general de sanidad - Google Académico [Internet]. [citado 3 de agosto de 2015]. Recuperado a partir de: <https://scholar.google.es/scholar?hl=es&q=ley+general+de+sanidad&btnG=&lr=>
31. Carmen Domínguez García, Carmen Vera Luque. Jubilación y prejubilación: un modelo de participación con prejubiladosrejubilaciones y su impacto en la persona,... Acciones E Investig Soc [Internet]. 2000 [citado 19 de octubre de 2015]; Recuperado a partir de: <file:///C:/Users/Inocencia/AppData/Roaming/Mozilla/Firefox/Profiles/q2h59umc.default/zotero/storage/S9GD2J34/scholar.html>
32. Luis Andrés López-Fernández, Juan Ignacio Martínez Millán, Juan Alberto Fernandez Ajuria, Joan Carles March Cerdà, Amets Suess, Alina Danet Danet, et al. ¿Está en peligro la cobertura universal en nuestro Sistema Nacional de Salud? Gac Sanit [Internet]. julio de 2012 [citado 14 de noviembre de 2015];26(4). Recuperado a partir de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112012000400002&script=sci_arttext&tlng=eng
33. Definición de atencion primaria - Google Académico [Internet]. [citado 19 de septiembre de 2015]. Recuperado a partir de: <https://scholar.google.es/scholar?hl=es&q=definici%C3%B3n+de+atencion+primaria&btnG=&lr=>
34. OMS, UNICEF. Atención primaria de salud. En OMS; 1978 [citado 20 de agosto de 2015]. Recuperado a partir de: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=REPIDISCA&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=150947&indexSearch=ID>
35. Anne-Marie Sarlet Gerken - Google Académico [Internet]. [citado 27 de agosto de 2015]. Recuperado a partir de: https://scholar.google.es/scholar?hl=es&lr=lang_es&as_sdt=0,5&q=Anne-Marie+Sarlet+Gerken
36. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad - Ciudadanos - Ministerio de Sanidad y Consumo - Ciudadanos - Sistema Nacional de Salud - Centros [Internet]. [citado 27 de agosto de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/prestaciones/centrosServiciosSNS/hospitales/introduccionCentro.htm>
37. Arribas, L. La organización del centro de salud. Cómo trabajar mejor _Arribas L._.doc - Doc-3.- La-organizacion-del-centro-de-salud.-Como-trabajar-mejor-pdf [Internet]. [citado 27 de agosto de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/prestaciones/centrosServiciosSNS/hospitales/introduccionCentro.htm>

- 2015]. Recuperado a partir de: http://si.easp.es/gestionclinica/wp-content/uploads/2009/10/Doc-3.-La-organizacion-del-centro-de-salud.-Como-trabajar-mejor-_Arribas-L._.pdf
38. Shires: Medicina familiar: guía práctica - Google Académico [Internet]. [citado 27 de agosto de 2015]. Recuperado a partir de: https://scholar.google.es/scholar?q=related:PXoBTBQH_JwJ:scholar.google.com/&hl=es&lr=lang_es&as_sdt=0,5
 39. James Macinko, Hernán Montenegro, Carme Nebot Adell, Carissa Etienne 4, y Grupo de Trabajo de Atención Primaria de Salud de la Organización Panamericana de la Salud. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. *Rev Panam Salud Publica*. 2007;21 (2/3).
 40. M. Sáez. Condicionantes en la utilización de los servicios de atención primaria: Evidencias empíricas e inconsistencias metodológicas. *Gac Sanit* [Internet]. octubre de 2003 [citado 24 de octubre de 2015];17(5). Recuperado a partir de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112003000500011&script=sci_arttext&tlng=en
 41. Martín Zurro, Cano JF. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2015.
 42. Llobera Cánaves, J. La derivación de pacientes de la atención primaria a la especializada. *Gac Sanit*. enero de 1988;2(9):271-5.
 43. Juan Gervás, Luis Miguel Garcia Olmos, Juan Simó, Salvador Peiró, Seminario de Innovación 2007*. Paradojas de la derivación de primaria a especializada. *Aten Primaria*. mayo de 2008;40(5):253-5.
 44. Ocaña JMG, Pascual ER, Valcarce MÁF-C, Osman AE-A. Las 50 principales consultas en Medicina de familia [Internet]. Madrid: CEGETallerEditorial; 2011 [citado 15 de septiembre de 2015]. 481 p. Recuperado a partir de: <http://www.ddic.com.mx/investigacion/wp-content/uploads/2014/01/Las-50-principales-consultas.pdf>
 45. F Moreno-Martínez, JL Casals-Sánchez, JM Sánchez-Rivas, R Rivera-Irigoin, MÁ Vázquez Sánchezh. Documento de interconsulta: evaluación de la calidad de la comunicación entre Atención Primaria y Especializada. *SEMERGEN - Med Fam* [Internet]. mayo de 2005 [citado 18 de septiembre de 2015];34(5). Recuperado a partir de: <http://www.elsevier.es/es-revista-semergen-medicina-familia-40-articulo-documento-interconsulta-evaluacion-calidad-comunicacion-13120942>
 46. GÓMEZ RODRÍGUEZ, N., IBÁÑEZ RUÁN J, PENELAS-CORTÉS BELLAS. Análisis comparativo de las consultas externas de reumatología y cirugía ortopédica-traumatología en un área sanitaria gallega. *Rev Esp Reumatol* [Internet]. 2001 [citado 22 de octubre de 2015];28(2). Recuperado a partir de: <file:///C:/Users/Inocencia/AppData/Roaming/Mozilla/Firefox/Profiles/q2h59umc.default/zotero/storage/3URH5IAJ/1009.html>
 47. Francesc Borrell Carrió. Seguridad clínica en atención primaria. los errores médicos (II). *Aten Primaria*. Agosto de 2012;44(8):492-502.
 48. Jesús M Aranaz Andrés, Rafael Martínez Nogueras, M Teresa Gea Velázquez de Castro, Vicenta Rodrigo Bartual, Pedro Antón García, Fernando Gómez Pajares e. ¿Por qué los pacientes utilizan los servicios de urgencias hospitalarios por iniciativa propia? *Gac Sanit* [Internet]. 2006d. C. [citado

- 24 de octubre de 2015];20(4). Recuperado a partir de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112006000400010&script=sci_arttext
49. Teresa Sempere Selva, Salvador Peiró, Pilar sendra Pina, Consuelo Martínez Espín Consuelo Martínez Espín (3) e Inmaculada López Aguilera (1). ., Inmaculada López Aguilera. Validez del protocolo de adecuación de urgencias hospitalarias. Rev Esp Salud Pública [Internet]. [citado 10 de septiembre de 2015];73(4). Recuperado a partir de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57271999000400004&script=sci_arttext&tlng=e
 50. C Alonso-Cerezo, J Simón-Martín, G Fernández-Jiménez, M García-Montes, F Rodríguez-Salvanés c. La utilización de las pruebas de laboratorio en la hipercolesterolemia: una nueva metodología en la evaluación de la práctica clínica. SEMERGEN - Med Fam [Internet]. 2008 [citado 14 de septiembre de 2015];34(5). Recuperado a partir de: <http://www.elsevier.es/es-revista-semergen-medicina-familia-40-articulo-la-utilizacion-las-pruebas-laboratorio-13120943>
 51. A. Rodríguez de Cossio, R. Rodríguez Sánchez. Pruebas de laboratorio en Atención Primaria (I). SEMEERGEN-Med Fam [Internet]. Enero de 2011 [citado 14 de septiembre de 2015];37(1). Recuperado a partir de: <http://www.elsevier.es/es-revista-semergen-medicina-familia-40-articulo-pruebas-laboratorio-atencion-primaria-i--13191089>
 52. Borrell Carrió F. Exploraciones complementarias en atención primaria: necesidad de un marco conceptual. Aten Primaria. (7):443-5.
 53. Fernández JL, Mayoral JR, Rubio FL. Revisión de la enfermedad de Hansen. Farm Hosp Madr. 2004;2:123-9.
 54. John Munro, Christopher Edwards. Exploración Clínica MACLEOD. Alhambra Longman, S-A.; 1993. 810 p.
 55. Osasun Eskola. Diagnóstico: Pruebas complementarias - Diagnóstico-Dolor Lumbar y ciática-Osasun Eskola-Ciudadanía-Osakidetza-Euskadi.eus [Internet]. [citado 11 de septiembre de 2015]. Recuperado a partir de: http://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-ckpadl06/es/contenidos/informacion/osapa_dolor_lumbar/es_pruebas/index.html
 56. Gallo, Libia. LILACS-Conceptos básicos para la interpretación de las pruebas de laboratorio [Internet]. [citado 8 de septiembre de 2015]. Recuperado a partir de: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=237203&indexSearch=ID>
 57. Pagana KD, Pagana T.J. Guía de pruebas diagnósticas y de laboratorio. 8a ed. [Internet]. Barcelona:Elsevier; 2008 [citado 19 de septiembre de 2015]. Recuperado a partir de: <https://scholar.google.es/scholar?hl=es&q=.+Pagana+KD%2C+Pagana+T.J.+Gu%C3%ADa+de+pruebas+diagn%C3%B3sticas+y+de+laboratorio.+8a+ed.+Barcelona%3A+Elsevier%3B+2008&btnG=&lr=>
 58. Lain Entralgo, Pedro. Historia universal de la medicina lain entralgo [Internet]. Barcelona: Salvat; 973 [citado 21 de octubre de 2015]. 351 p. Recuperado a partir de: https://scholar.google.es/scholar?q=historia+universal+de+la+medicina+lain+entralgo&btnG=&hl=es&as_sdt=0%2C5

59. Sáez Gómez, José M., López Gonzalez, José, García Medina, Vicente, Maset Campos, Pedro. La Introducción de la radiología en la región de Murcia. 1.896.1936. 1ª ed. Ensayo; 2007.
60. Pilar Gallar. Radiología y Pensamiento [Internet]. 2006 [citado 23 de septiembre de 2015]. Recuperado a partir de: <file:///C:/Users/Inocencia/AppData/Roaming/Mozilla/Firefox/Profiles/q2h59umc.default/zotero/storage/SPQI8N9I/search.html>
61. DAVALOS VILLCA, MAYBELI VIVIANÂ. Historia de la Radiología. Rev Actual Clínica Investiga [Internet]. 2013 [citado 19 de septiembre de 2015];37. Recuperado a partir de: http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S2304-37682013001000001&script=sci_abstract
62. A Bellés Fló. El uso inadecuado de las exploraciones radiológicas FMC - Formación Médica Continuada en Atención Primaria,. Form Médica Contin En Aten Primaria. marzo de 2002;9(3):145-51.
63. J. M. Calvo-Villas, B. F. Felipe Robayna, J. L. Gardachar Alarcia, L. Guillén Mesa, E. Rivera del Valle, O. Olivares Estupiñán. AUtilización de estudios de diagnóstico radiológico en una unidad de especialidades médica. Use Radiol Explor Med Spec Dep [Internet]. 2007 [citado 29 de septiembre de 2015];24(9). Recuperado a partir de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-71992007000900003&script=sci_arttext&tlng=en
64. Arana Amurrio, José I. Historias curiosas de la Medicina. espasa Calpes; 1994.
65. Nabor Díaz Rodríguez. Ecografía en Atención Primaria. SEMERGEN - Med Fam. 2002;28(7):376-84.
66. M. Ángela Pascual, Lourdes Hereter, Betlem Graupera, María Fernández Cid,, Santiago Dexeus. Ecografía 3D/4D en ginecología: técnica y metodología. Prog Obstet Ginecol. 49(5):263-71.
67. Alonso Roca, R., Díaz Sánchez S. Utilización de la Ecografía en Atención Primaria.
68. Rev. chil. radiol. vol.14 número3; S0717-93082008000300004. [citado 29 de septiembre de 2015]; Recuperado a partir de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_isoref&pid=S0717-93082008000300004&lng=es&tlng=es
69. Esquerrà M, Roura Poch P, Masat Ticó T, Canal V, Maideu Mir J, Cruxent R. Ecografía abdominal: una herramienta diagnóstica al alcance de los médicos de familia. Aten Primaria. octubre de 2012;44(10):576-83.
70. Ignasi Castellsz Recasens, Xavier Guirao, Xavier Mira, Àngel Serrano, Nuria Pardo, Sebastián Videla, Gabriel Giménez, Esteve Llague, Olga Simó, et al. Impacto asistencial tras la introducción de la ecografía tiroidea en una unidad monográfica de atención al nódulo tiroideo. 2013;60(2):53-9.
71. A.M. Fernandez Martinez, L. López Gonzalez, G. Santana-López, I. Álvarez Silva, T. Cuesta Marcos. Clinical usefulness of ultrasound-guided alcohol sclerosis in patients with breast fistulas - Cy. Radiologia. 1 de julio de 2015;57(4):321-5.
72. indicaciones de la ecografía - Google Académico [Internet]. [citado 26 de septiembre de 2015]. Recuperado a partir de:

- https://scholar.google.es/scholar?q=indicaciones+de+la+ecografia&btnG=&hl=es&as_sdt=0%2C5
73. Nabor Díaz Rodríguez. desventajas de la ecografía. SEMERGEN - Med Fam. 2002;28(7):376-84.
 74. Luis Alonso González¹, Gloria María Vásquez², José Fernando Molina³. Epidemiology of osteoporosis. Rev Colomb Reumatol [Internet]. junio de 2009 [citado 11 de octubre de 2015];16(1). Recuperado a partir de:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-81232009000100005&script=sci_arttext
 75. Rolando Calderon Velasco. Osteoporosis. marzo de 2011 [citado 5 de septiembre de 2015];50(1). Recuperado a partir de:
[https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=mXfqGa4150IC&oi=fnd&pg=PA12&dq=La+Sanidad+p%C3%BABlica+en+Espa%C3%B1a:\(evoluci%C3%B3n+hist%C3%B3rica+y+situaci%C3%B3n+actual\)&ots=EMIMtbnJa&sig=A6cdYKGTBIOG9pxRC8lmvshRRa0#v=onepage&q&f=false](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=mXfqGa4150IC&oi=fnd&pg=PA12&dq=La+Sanidad+p%C3%BABlica+en+Espa%C3%B1a:(evoluci%C3%B3n+hist%C3%B3rica+y+situaci%C3%B3n+actual)&ots=EMIMtbnJa&sig=A6cdYKGTBIOG9pxRC8lmvshRRa0#v=onepage&q&f=false)
 76. MT Hurtado de Mendoza. Clasificación de la osteoporosis. Factores de riesgo. Clínica y diagnóstico diferencial. An Sist Sanit Navar -. 2003;26(3):29-52.
 77. M. Dolores Estrada, , Mireia Espallargues, , Laura Sampietro-Colom, , Luís del Río, Montse Solà, , Alicia Granado. La Densitometria Ósea. Agència D'Avaluació Tecnol Mèdica Barc [Internet]. 1999 [citado 11 de octubre de 2015]; Recuperado a partir de:
http://www.researchgate.net/profile/Alicia_Granados/publication/266597269_La_densitometria_sea/links/547250c20cf2d67fc035c5b9.pdf
 78. Cebrian Villar, Paloma. UVaDOC: Estudio de las alteraciones en la masa ósea mediante densitometría: prevalencia, factores de riesgo y evolución [Internet]. [Facultad de Medicina]: Universidad de Valladolid; 2013 [citado 10 de octubre de 2015]. Recuperado a partir de:
<https://uvadoc.uva.es/handle/10324/2901>
 79. Montero M, Calabuig E, Muñoz LM, Tolodí J, Calabuig JR, Garcia Borrás JJ, et al. Densitometría axial y periférica en el diagnóstico de la osteoporosis. Rev Esp Enferm Metab Oseas. 2002;11(4):140-14.
 80. R. Orueta, S. Gómez- Caro. Interpretación de la densitometría ósea. SEMERGEN - Med Fam [Internet]. enero de 2010 [citado 3 de octubre de 2015];36(1). Recuperado a partir de:
<http://www.elsevier.es/es-revista-semergen-medicina-familia-40-articulo-interpretacion-densitometria-osea-13147655>
 81. Miguel Ángel Checa Vizcaino. Evaluación de la densidad mineral ósea en la monitorización de la mujer menopausica que realiza tratamiento hormonal sustitutivo, en el area de Barcelona [Internet]. [Barcelona]: Universidad Autonoma de Barcelona; 2004 [citado 11 de octubre de 2015]. Recuperado a partir de:
http://dialnet.unirioja.es/buscar/tesis?querysDismax.DOCUMENTAL_TODO=checa+vizcaino
 82. RODRIGO ALVAREZ CAMBRAS, ORLANDO M. DE CARDENAS CENTENO, FERMIN DE LA FUENTE CALVO, BELKIS LOPEZ GARCIA, PEREZ LB, AILZA CASTRO SOLER. Densitometría ósea y predicción de riesgo de fractura de la cadera. Rev Cuba Ortop Traumatol [Internet]. 1996 [citado 11 de octubre de 2015];10(1). Recuperado a partir de:
http://www.bvs.sld.cu/revistas/ort/vol10_2_96/ort02296.htm
 83. Historia del desarrollo del Electrocardiógrafo - Técnico en Electrocardiograma en Centro Medico Escuela [Internet]. [citado 30 de septiembre de 2015]. Recuperado a partir de:

- <http://www.electrocardiograma.org/historia-del-electrocardiografo.html>
84. JH Ordóñez-Smith. morfología del ECG. Rev Médica [Internet]. 2008 [citado 1 de octubre de 2015]; Recuperado a partir de:
https://scholar.google.es/scholar?q=morfologia+del+ECG&btnG=&hl=es&as_sdt=0%2C5
 85. Antoni Bayés de Luna. Electrocardiografía básica. 1ª ed. Barcelona: Prous Sciencie; 2007. 200 p.
 86. Dorta CB. Realización del electrocardiograma. Serv Canar Salud [Internet]. 2005 [citado 1 de octubre de 2015]; Técnicas en A:P. Recuperado a partir de:
<http://www.fisterra.com/material/tecnicas/ekg/hacerECG.pdf>
 87. Manuel S. Moya Mir. Actuación en Urgencias de Atención Primaria. 1ª ed. San fernando de Henares MadridLI: LITOFINTER; 995.
 88. Azcona L. El electrocardiograma. En: Libro de la salud cardiovascular del Hospital Clínico San Carlos y la Fundación BBVA [Internet]. Fundación BBVA; 2009 [citado 1 de octubre de 2015]. p. 49-56. Recuperado a partir de:
http://www.fbbva.es/TLFU/microsites/salud_cardio/mult/fbbva_libroCorazon_cap4.pdf
 89. Nora Goldschlager, Mervin J. Goldman. Principios de Electrocardiografía Clínica. 10ª ed. México, D.F.: El Manual Moderno, S.a. de C.V.; 1991. 367 p.
 90. Grupo MBE Galicia, integrado en la Red Temática de Investigación sobre Medicina Basada en Técnicas en AP:Técnicas en AP: Espirometría forzada.
 91. García-Río F, Calle M, Burgos F, Casan P, del Campo F, Galdiz JB, et al. Espirometría. Arch Bronconeumol. septiembre de 2013;49(9):388-401.
 92. Karlos Naberan, Cristian de la Roza, Maite Lamban, Elena Gobartt, Antonio Martin, Marc Miravittle. Utilización de la espirometría en el diagnóstico y tratamiento de la EPOC en atención primaria. Arch Bronconeumol. Diciembre de 2006;42(12):638-44.
 93. Ruiz J, Torres R, Martínez MA. Cirugía endoscópica .Fundamentos y Aplicaciones. julio de 201d. C.;19-21.
 94. Verger-Kuhnke A.B., Ruhnke A.B., Beccaria M.L. La biografía de Philipp Bozzini (1773-1809) un idealista de la endoscopia. Actas Urol Esp [Internet]. mayo de 2007 [citado 1 de octubre de 2015];31(5). Recuperado a partir de:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-48062007000500002
 95. YGR Martínez, RM Hernández., AL Villarejo. desarrollo historico de la endoscopia gastrointestinal. 16 Abril [Internet]. julio de 2012 [citado 6 de octubre de 2015]; Recuperado a partir de:
<https://scholar.google.es/scholar?hl=es&q=desarrollo+historico+de+la+endoscopia+gastrointestinal&btnG=&lr=>
 96. A. Ginès Gibert, J.M. Bordas Alsina, J. Llach Vila, F. Mondelo García, J.M. Bordas Alsina, J. Llach Vila, J. Llach Vila. Indicaciones de la Endoscopia Digestiva alta. Medicine (Baltimore) [Internet]. [citado 6 de octubre de 2015];8(2). Recuperado a partir de:
<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0304541200700199>

97. Castro del Pozo Sisinio de. Lecciones de Patología Genetal. Salamanca: Gráficas Cervantes; 1.975. 379 p.
98. Flórez, J., Armijo, M.A., Mediavilla, A. Farmacología Humana. 5ª ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2008. 1.521 p.
99. J.M. Borrás., X. Iglesias. Cribado del cáncer de cuello de útero. T Corts Med Clin Barc. 1994;102(Suplemento 1):80-4.
100. P. Luengo Matos, A. Muñoz van den Eynde. Uso de la citología de cribado de cérvix y factores relacionados con el uso de la prueba en España. Aten Primaria. 2004;33:229-34.
101. P. Sánchez-Seco Higuera. Cáncer de cérvix uterino. SEMEERGEN-Med Fam. 2002;28(3):145-51.
102. M. D. Diestro Tejada, M. Serrano Velasco, F. Gómez-Pastrana Nieto. Cáncer de cuello uterino: Estado actual de las vacunas frente al virus del papiloma humano (VPH). Oncol Barc [Internet]. 2007 [citado 26 de octubre de 2015];30(2). Recuperado a partir de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0378-48352007000200002&script=sci_arttext
103. M Kyrgiou, G Koliopoulos, P Martín-Hirsch, M Aarbyn, W. Prendiville. Obstetric outcomes after conservative treatment for intraepithelial or early invasive cervical lesions: systematic review and meta-analysis. The Lancet. 11 de febrero de 2006;367:489-98.
104. Gonzalez Merlo - Google Académico [Internet]. [citado 27 de octubre de 2015]. Recuperado a partir de: <https://scholar.google.es/scholar?hl=es&q=Gonzalez+Merlo&btnG=&lr=>
105. A. Segura-Benedicto. Inducción sanitaria de los cribados: impacto y consecuencias. Aspectos éticos. Gac Sanit [Internet]. [citado 24 de octubre de 2015];20(Suplemento 1). Recuperado a partir de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911106715710>
106. Javier Cortés, Federico Martínón Torres, José Manuel Ramón y Cajal, Ángel Gil de Miguel, Julio Velasco Alonso., Mercedes Abizanda, et al. Prevención primaria y secundaria de los cánceres de cuello de útero y vulva: recomendaciones para la práctica clínica. Prog Obstet Ginecol Rev Of Soc Esp Ginecol Obstet [Internet]. 2010 [citado 26 de octubre de 2015];53(nº 1 Extra). Recuperado a partir de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3917418>
107. O. Vich, B. Brusint, C. Álvarez-Hernández, C. Cuadrado Rouco, N. Diaz-Garcia, E. Redondo Maargüello. Actualización del cáncer de mama en Atención Primaria (II/V). SEMERGEN - Med Fam [Internet]. septiembre de 2014 [citado 28 de octubre de 2015];40(6). Recuperado a partir de: <http://www.elsevier.es/es-revista-semergen-medicina-familia-40-articulo-actualizacion-del-cancer-mama-atencion-90348932>
108. Portal de Salud de la Junta de Castilla y León (Contenido: Programa de prevención y detección precoz de cáncer de cuello de útero en Castilla y León) [Internet]. [citado 25 de octubre de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/programas-guias-clinicas/programas-salud/programa-prevencion-deteccion-precoz-cancer-cuello-utero-ca/documento-tecnico-programa-prevencion-deteccion-precoz-canc>
109. Alfredo Borda, Belén Sanz, Laura Otero, Teresa Blasco, Francisco J García-Gómez. Tiempo de viaje y participación en el cribado del cáncer de mama en una región de alta dispersión poblacional. Gac Sanit [Internet]. 2011 [citado 29 de octubre de 2015];25(2). Recuperado a partir de:

<http://www.gacetasanitaria.org/es/tiempo-viaje-participacion-el-cribado/articulo/S0213911110002955/>

110. X. Castells, Maria Sala, Dolores Sala, Nieves Asuncce, Raquel Zubizarreta, Montserrat Casamitjana. Reflexiones sobre las prácticas de diagnóstico precoz del cáncer en España. *Gac Sanit.* junio de 2009;23(3):244-9.
111. Esther Molina-Montes, Marina Pollán, Tilman Payer, Elena Molina, Tilman Payer. Risk of second primary cancer among women with breast cancer: A population-based study in Granada (Spain). *Gynecol Oncol.* Agosto de 2013;130(2):340-3.
112. Milagros Bernal Pérez, Dyego Leandro Bezerra de Souza, Francisco José Gómez Bernal. Evolución del cáncer de mama en Aragón (España). Proyecciones a 15 años | *Progresos de Obstetricia y Ginecología. Prog Obstet Ginecol* [Internet]. Dic de 2012 [citado 28 de octubre de 2015];55(10). Recuperado a partir de: <http://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-evolucion-del-cancer-mama-aragon-90165292>
113. Cindy Welc, Carl W. Miller, adine T. James. Sociodemographic and Health-Related Determinants of Breast and Cervical Cancer Screening Behavior, 2005 - Welch - 2008 - *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* - Wiley Online Library. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* [Internet]. junio de 2008 [citado 30 de octubre de 2015];37(1). Recuperado a partir de: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1552-6909.2007.00190.x/full>
114. F. Casanova, A. Díez, M. Gonzalez. PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE MAMA DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA Y CONSUMO Servicio de Promoción de la Salud y Programas Preventivos 2005.
115. Mercé Marzo-Castillejo. El cribado de cáncer de mama. ¿Debe seguir todo igual? *Aten Primaria.* julio de 2014;46(6):273-5.
116. S. Taberero Veiga, I. González, B. B. Costero Pastor, F. Navarro Exposito. Cáncer de Colon. *Medicine (Baltimore).* 2001;8(59):3.159-3.164.
117. Ferlay J., Hai-Rim Shin, Freddie Bray, David Forman, Colin Mathers, Donald Maxwell Parkin. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008 - Ferlay - 2010 - *International Journal of Cancer* - Wiley Online Library. junio de 2010 [citado 31 de octubre de 2015];127(12). Recuperado a partir de: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijc.25516/pdf>
118. Miguel Gil, Juan Luis Cabanillas, Luis Bejar. Mortalidad evitable y cáncer de colon y recto. *Gac Sanit.* 2007;21(2):176-8.
119. Fernando Carballo, Miguel Muñoz Navas. Prevenir o curar en época de crisis: a propósito del cribado de cáncer de colon y recto. *REED – Rev Esp Enfermedades Dig.* 2012;104(10):537-45.
120. Winawer SJ, Zauber AG, Ho MN, O'Brien MJ, Gottlieb LS,, Sternberg SS. Prevention of colorectal cancer by colonoscopic polypectomy. *Natl Polyp Study Workgr N Engl J Med.* 1993;392:1977-81.
121. Un análisis rápido para el cáncer colorrectal demuestra un alto grado de exactitud,UNIVADIS [Internet]. [citado 21 de agosto de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.univadis.es/medical-news/53/Un-analisis-rapido-para-el-cancer-colorrectal-demuestra-un-alto-grado-de->

exactitud?utm_source=newsletter+email&utm_medium=email&utm_campaign=medical+updates
+-+weekly&utm_content=276407&utm_term=automated_weekly

122. Ayuso- Mateos JL, Nieto-Moreno M., Sánchez-Moreno J, Vázquez-Barquero JL. Med Clínica. 2006;126:461-6.
123. F.G. Benavides, M. Saez, M.A. Barceló, C. Serra, M. Mira. Incapacidad temporal: estrategias de análisis. Gac Sanit. junio de 1999;13(3):185-90.
124. R. Caldas Blanco, C F. Borrell i Carrió, C. Violán Fors, J.J. García Fernández, F.P. Domínguez, A. Ruiz Téllez, F. Quijano Terán, et al. Incapacidad temporal: mejoras en la gestión. Aten Primaria. febrero de 2000;25(2):116-20; 122-5.
125. A.M. García-Díaz, S. Pértega-Díaz, S. Pita-Fernández, C. Santos-García, J. Vazquez-Vazquez. Incapacidad temporal: características en un centro de salud durante el período 2000-2002. Aten Primaria. junio de 2006;37(1):22-9.
126. L. de prado Prieto, L. Garcia del Olmo, F. Rodriguez Salvanés, A. Otero Puime. Evaluación de la demanda derivada en atención primaria. Aten Primaria. Febrero 2005;35(3):146-51.
127. Gómez-Calcerrada Berrocal, D., Pérez Flores, D., Marset Campos, P. Exploraciones y derivaciones en un centro de salud: estudio de los factores asociados. Aten Primaria. 1996;17(5):353-7.
128. V. Pedrera Carbonel, V. Gil Guillén, D. Orozco Beltrán, I. Prieto Erades, G. Schwarz Chavarri, I. Moya García. Características de la demanda sanitaria en las consultas de medicina de familia de un área de salud de la Comunidad Valenciana. Aten Primaria. febrero de 2005;35(2):82-8.
129. J. Mateu Sbert, J. M. Vicens Gómez, J. Llobera Cànaves. Singularitats i determinants de la demanda d'assistència sanitària a les Illes Balears. Med Balear. 2010;25(2 Número especial):41-482.
130. J.C. Olazábal Ulacia, R. García Paniagua, J. Montero Luengo, J.F. García Gutiérrez, F. Pastor Mateos. La atención a la mujer menopáusica: un objetivo a desarrollar desde la atención primaria. Aten Primaria. octubre de 2010;26(6):405-14.
131. J.M. Carrascosa, MJ. Fuente, C. Mangas. Evaluación de la implementación de una cartera de servicios de Dermatología para Atención Primaria. Actas Dermo-Sifiliográficas. septiembre de 2007;98(7):510-1.
132. Luis García Olmos. Análisis de la demanda derivada en las consultas de medicina general en España [Internet]. [Madrid]: Autonoma de Madrid; 1993 [citado 10 de octubre de 2015]. Recuperado a partir de:
http://dialnet.unirioja.es/buscar/tesis?querysDismax.DOCUMENTAL_TODO=medicina&inicio=41
133. Mollar JB, Vara M., Meneu R, Roselló, M., Ripoll P. Derivaciones desde Atención Primaria a las urgencias hospitalarias en el departamento 7 de Valencia. Rev Med Fam Aten Primaria. 2010;14(3):6.

134. A. Pozuelo García, E. Torné Vilagrasa, A. Guarga Rojasa, M.G. Torras Boatella, M. Pasarin Rua, C. Borrell Thi. Análisis de la demanda en los servicios de urgencias de Barcelona. *Aten Primaria*. 2003;32(7):423-4.
135. Fernández Antuña, M.Á. Estudio de los avisos en el Servicio de Urgencias de Atención Primaria de Oviedo (SUAP). *SEMERGEN - Med Fam*. septiembre de 2009;35(7):321-6.
136. J.L. Menéndez, C. López Olmeda, J. Olalla Linares, E. Bouzas Senande, .Cerrada Cerrada. Adecuación de las derivaciones desde atención primaria al servicio de urgencias hospitalario en el Área 9 de Madrid. *Emerg Rev Soc Esp Med Urgenc Emerg*. 2005;17(5):215-9.
137. D. Oterino, S. Peiró, R. Calvo, P. Sutil, O. Fernandez, G.Pérez, et al. Utilización inadecuada de un servicio de urgencias hospitalario. Una evaluación con criterios explícitos. *Gac Sanit [Internet]*. [citado 24 de octubre de 2015];13(5). Recuperado a partir de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911199713877>
138. Salvador Peiró, Enrique Bernal-Delgado. ¿A qué incentivos responde la utilización hospitalaria en el Sistema Nacional de Salud? *Gac Sanit*. marzo de 2006;20(suplemento 1):110-6.
139. Alfonso Encinas Sotillos. Estudio epidemiológico de la patología digestiva en una consulta de Medicina General de un Centro de Salud de Madrid [Internet]. Universidad Autonoma de Madrid; [citado 10 de octubre de 2015]. Recuperado a partir de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=33899>
140. B. Vázquez Quiroga, B. Vázquez Quiroga, G. Fernández Cantalejo, M. Canals Aracil, M.A. Delgado Nicolás, M. Navas Alonso. ¿Por qué acuden nuestros pacientes a urgencias del hospital? *2000;25(3):172-5*.
141. Giménez AR, Barbaa S de la PG, López AG, López-Madrdejosa FIC, Uribea JLO, Rodríguez OF. ¿ Por qué acuden nuestros pacientes directamente a las urgencias hospitalarias? *Portal*. 2006;10:1°C.
142. Gálvez Ibáñez, M., González Enríquez, J, Lubián López, M. Cribado de cáncer de cérvix: a quién y cuándo. *Aten Primaria*. 1998;21(4):234-9.
143. R. Miñarro, A. Muñoz van den Eynde, C. Martinez, C. Navarro, I Garau, I Izarzugaza, et al. Incidencia y mortalidad por cáncer en España. Patrones y tendencia. *Rev Esp Salud Pública [Internet]*. Set-Dic de 2000 [citado 27 de octubre de 2015];(5-6). Recuperado a partir de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272000000500015&script=sci_arttext
144. Jesús Gobierno Hernandez, Santiago Domínguez Coello, Francisco Hernández Díaz, José Ángel Fernández Hernández, M. Rosario García Marrero, Lidia Díaz González. Intervención oportunista de los médicos de familia en el programa de diagnóstico precoz del cáncer de mama - 1-s2.0-S0212656708703135-main.pdf. *Aten Primaria*. Abril de 2008;40(4):187-72.
145. James E., Allison, M.D, Irene S., Tekawa, M.A., Laura J., Ransom, M.S. A Comparison of Fecal Occult-Blood Tests for Colorectal-Cancer Screening — *NEJM*. *N Engl J Med*. junio de 1996;334:155-60.
146. Loza Santamaria, E. AINES en la práctica clínica: o que hay que saber. *Inf Ter Sist Nac Salud*. 2011;35(3):88-95.

147. Miguel Sile, Margarita Goldaracena Tanco, Luisa Ávila Muñoz, Belén Crespo Sánchez-Eznarriaga. Revista Española de Salud Pública - Consumo de hipolipemiantes en España, 1987-2000. Rev Esp Salud Pública [Internet]. marzo de 2001 [citado 17 de noviembre de 2015];75(2). Recuperado a partir de:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272001000200005&script=sci_arttext&tlng=pt
148. de la Sierra A, Gorostidi M, Marín R, Redón J, Banegas JR, Armario P, et al. Evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial en España. Documento de consenso. Med Clínica. 2008;131(3):104-16.

VII.-ANEXOS

ANEXO I



Gerencia de Atención Primaria de Salamanca

Fecha: Salamanca, 23 de septiembre de 2015
Remitente .: Bienvenido de Arriba Sánchez. GERENTE DE ATENCION PRIMARIA
Destinatario: M^a Ángeles Pérez de la Cruz. Profesora Facultad de Medicina USAL. Departamento Anatomía e Histología Humanas. Avenida Alfonso X el Sabio. Salamanca.
N/ref.: DGR/mp
S/ref.:
Asunto Contestación Escrito

En relación a su escrito con fecha de entrada en esta Gerencia 9 de julio de 2015, y número de registro 7230, en el que solicita autorización para el acceso a la información contenida en el programa informático MEDORA sobre patologías, derivaciones, pruebas diagnósticas solicitadas, tratamientos prescritos en las consultas de Atención Primaria del centro de salud Garrido Sur de Salamanca durante los años 2010 al 2015, para la realización de un estudio descriptivo retrospectivo como Proyecto de Tesis Doctoral de Dña. Inocencia Domínguez Polo, una vez obtenida la aprobación del CEIC de área de Salamanca y la clasificación del estudio por parte de la AEMPS, esta Gerencia de Atención Primaria resuelve AUTORIZAR dicha solicitud.

Es importante que recuerde su obligación de guardar la confidencialidad y el anonimato del paciente y del profesional al que está asignado, en base a la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Así mismo, una vez finalizado el trabajo, deberá remitir a esta Dirección Médica una copia del mismo, para conocimiento y efectos oportunos.

Atentamente,



Bienvenido de Arriba Sánchez
Gerente de Atención Primaria de Salamanca



Doradía García Rabanal
Responsable de Formación, Docencia e Investigación
Gerencia de Atención Primaria de Salamanca



ANEXO II

**HOSPITAL
UNIVERSITARIO
DE SALAMANCA**
Paseo de San Vicente, 58-182
37007 Salamanca
Comite Etico de Investigacion Clinica
Teléfono 923 29 15 15


E-mail: comite.etico.husa@saludecastillayleon.es

**EL COMITE ETICO DE INVESTIGACION CLINICA DEL AREA DE SALUD DE
SALAMANCA,**

I N F O R M A:

Que el Proyecto de Investigación presentado por D.^a INOCENCIA
DOMÍNGUEZ POLO,

Titulado:

**“ESTUDIO, EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS PATOLOGÍAS EN UN
CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA (C.S. Garrido Sur de Salamanca)”.**

Que presenta como Investigadora responsable para la realización del
PROYECTO DE TESIS DOCTORAL, SE AJUSTA A LAS NORMAS ÉTICAS Y
DE BUENA PRÁCTICA CLÍNICA, establecidas para tales estudios.

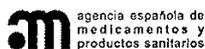
Y para que conste lo firma en Salamanca con fecha 30 de junio de 2015.

EL SECRETARIO



Fdo.: D. Ignacio Dávila González

ANEXO III

DEPARTAMENTO
DE MEDICAMENTOS
DE USO HUMANO

ASUNTO: PROPUESTA DE RESOLUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE CLASIFICACIÓN DE ESTUDIO CLÍNICO O EPIDEMIOLÓGICO

DESTINATARIO: D^a M^a ÁNGELES PÉREZ DE LA CRUZ

Vista la solicitud-propuesta formulada con fecha 13 de julio de 2015, por D^a M^a ÁNGELES PÉREZ DE LA CRUZ, para la clasificación del estudio titulado "Estudio, evolución y tratamiento de las patologías en un Centro de Atención Primaria (Centro de Salud Garrido Sur) de Salamanca durante los años 2010 al 2015", con código MAP-ANT-2015-01 y cuyo promotor es D^a M^a ÁNGELES PÉREZ DE LA CRUZ, se emite propuesta de resolución.

El Departamento de Medicamentos de Uso Humano de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), de conformidad con los preceptos aplicables, ⁽¹⁾ propone clasificar el estudio citado anteriormente como "*Estudio Posautorización con Otros Diseños diferentes al de seguimiento prospectivo*" (abreviado como EPA-OD).

Para el inicio del estudio no se requiere la autorización previa de ninguna autoridad competente (AEMPS o CCAA)⁽²⁾. No obstante, salvo que haya sido presentada para la clasificación del estudio, el promotor deberá remitir a la AEMPS ⁽³⁾ la siguiente documentación antes del inicio del estudio:

- Protocolo completo (una copia en papel y otra en formato electrónico), incluidos los anexos, y donde conste el número de pacientes que se pretenden incluir en España, desglosado por Comunidad Autónoma.
- Dictamen favorable del estudio por un CEIC acreditado en España.

CORREO ELECTRÓNICO

farmacoepi@aemps.es

C/ CAMPEZO, 1 – EDIFICIO 8
28022 MADRID



DEPARTAMENTO
DE MEDICAMENTOS
DE USO HUMANO

A todos los efectos, se le notifica la propuesta de resolución del procedimiento de clasificación de estudio clínico o epidemiológico, y se le comunica que dispone de un plazo de quince días para presentar alegaciones y cuantos documentos estime necesarios o los que a su derecho convenga.

Madrid, a **17 de julio de 2015**
La Jefe de División de Farmacovigilancia y Farmacoepidemiología

María Dolores Montero Corominas

¹ Son de aplicación al presente procedimiento la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común; la Ley 12/2000, de 29 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y de orden social; la Ley 29/2006, de 26 de julio, de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios; el Real Decreto 223/2004, de 6 de febrero, por el que se regulan los ensayos clínicos con medicamentos; el Real Decreto 1275/2011, de 16 de septiembre, por el que se crea la Agencia estatal "Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios" y se aprueba su estatuto; el Real Decreto 577/2013, de 26 de julio, por el que se regula la farmacovigilancia de medicamentos de uso humano y la Orden SAS/3470/2009, de 16 de diciembre, por la que se publican las directrices sobre estudios posautorización de tipo observacional para medicamentos de uso humano.

² De acuerdo con la Orden SAS/3470/2009, de 16 de diciembre

³ Los documentos se enviarán a la siguiente dirección postal: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. División de Farmacoepidemiología y Farmacovigilancia.. Parque Empresarial "Las Mercedes", Edificio 8. C/ Campezo, 1. 28022 Madrid.

CORREO ELECTRONICO

farmaccepi@aemps.es

C/ CAMPEZO, 1 – EDIFICIO 8
28022 MADRID

ANEXO IV

G2
Interconsultas ▶ Radiología ▶

Fecha petición 13/11/2015
Prioridad **NORMAL**

Lugar
Fecha y hora de realización

Proceso clínico
Motivo de consulta Observaciones

- Seleccione proceso clínico -

<input type="radio"/> TIRA REACTIVA DE URINA	<input type="radio"/> RECTOSCOPIA	<input type="radio"/> EEG
<input type="radio"/> MANTOUX	<input type="radio"/> COLONOSCOPIA	<input type="radio"/> EMG
<input type="radio"/> ECG	<input type="radio"/> SIGMOIDOSCOPIA	<input type="radio"/> MAMOGRAFIA DESPISTAJE
<input type="radio"/> ESPIROMETRIA	<input type="radio"/> ESOFAGOGASTROSCOPIA	<input type="radio"/> CITOLOGIA DESPISTAJE
<input type="radio"/> TEST DE GESTACION	<input type="radio"/> ENDOSCOPIA (OTRA)	<input type="radio"/> ANATOMIA PATOLOGICA

Mostrar sensibles
 Imprimir

Fecha petición: 13/11/2015 Prioridad: **NORMAL** Fecha y hora de citación: Etiqueta extracción:

Proceso clínico: **--Seleccione proceso clínico--** [Nuevo proceso clínico](#)

Análítica Habitual Otras pruebas Serología Microbiología

PERFILES

BASICO-RECONOCIMIENTO RENAL DIABETES FERROPENIA
 HEPATICO HIPERTENSION ARTERIAL HIPERLIPEMIA DEMENCIA

BIOQUIMICA **HEMATOLOGIA** **ORINA (muestra aislada reciente)** **PROTEINAS**

GLUCOSA BASAL HEMOGRAMA SISTEMATICO / SDTO PROTEINOGRAMA SUERO
 HEMOGLOBINA A1C VSG 1 H ALBUMINA (MICROALBUMINURIA) **MARCADORES TUMORALES**
 ACIDO URICO COAGULACION ALBUMINA / CREATININA ORINA ALFA FETOPROTEINA
 UREA SANGRE TIEMPO DE PROTROMBINA DROGAS EN ORINA CEA
 CREATININA SANGRE TTPA **ORINA (24 Horas)** BETA HCG
 IONES SANGRE FIBRINOGENO ACLARAMIENTO DE CREATININA CA 125
 CALCIO SANGRE INR **HECES** CA 15.3
 FOSFORO SANGRE **HORMONAS** SANGRE OCULTA CA 19.9
 COLESTEROL ESTRADIOL **FARMACOS** PSA
 TRIGLICERIDOS PROGESTERONA DIGOXINA **AUTOINMUNIDAD**
 HDL COLESTEROL TESTOSTERONA TEOFILINA AC TRANSGLUTAMINASA IGA
 LDL COLESTEROL FSH FENITOINA AC ANTI TPO
 PROTEINAS TOTALES HORMONA LUTEINIZANTE (LH) ACIDO VALPROICO AC ANTITIROGLOBULINA
 ALBUMINA PROLACTINA CARBAMACEPINA AC ANTINUCLEARES (ANA)
 BILIRRUBINA DIRECTA TSH FENOBARBITAL
 BILIRRUBINA TOTAL LITIO

Instrucción al paciente: Anotaciones:

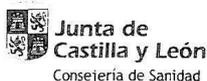
Volante Laboratorio Imprimir Mostrar sensibles [Aceptar](#) [Cancelar](#)

Las pruebas sin ficha asociada, no están incluidas en el catálogo de pruebas básicas de Castilla y León. La petición de estas pruebas está sujeta a la disponibilidad del laboratorio de referencia.

ANEXO V

Interconsulta petición		Fecha petición	Solicitud	Prioridad	Fecha y hora de realización
		13/11/2015	DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO	NORMAL	/ / : :
Emisor de la petición		Paciente			
DOMINGUEZ POLO, INOCENCIA		BERNABE GARCIA, MARIA ROSARIO			
Especialidad	--Seleccione especialidad--	Procesos clínicos activos			
Lugar		<input type="button" value="Añadir procesos activos"/>			
Unidad / Dr/a.		ANEMIA LEVE ; CATARRO DE VIAS ALTAS ; CRIBADO DE CANCER COLORRECTAL ; DISFONIA ; EPIGASTRALGIA ; FARINGITIS ; GASTROENTERITIS ; HALLUX VALGUS ; HALLUX VALGUS INTERVENIDO ; HERPES ZOSTER ; HERPES ZOSTER COSTAL IZDO ; HISTERECTOMIA TOTAL ; INTERVENCION QUIRURGICA DE JUANETE ; ITU ; MIGRAÑA ; QUERATOSIS SEBORREICA ; TRAUMATISMO DEL PIE ;			
Transporte	--Seleccione transporte--	<input type="button" value="Añadir tratamiento activo"/>			
Proceso clínico	--Seleccione proceso clínico--	Motivo de interconsulta			
		<input type="button" value="Añadir alergias activas"/>			
Tratamientos	FORVEY 2,5MG 4 COMPRIMIDOS CUBIERTA PELICULAR;	<input type="button" value="Añadir antecedentes"/>			
Alergias		PATOLOGIA MAMA NO; GINECOLOGICOS N; 30/06/2004 CAFÉ NO; 09/07/2010 HISTERECTOMIA TOTAL; 05/02/1955 HISTERECTOMIA EN EL 2002 POR MIOMA;			
Antecedentes		<input type="checkbox"/> Mostrar sensibles <input checked="" type="checkbox"/> Imprimir <input type="button" value="Aceptar"/> <input type="button" value="Cancelar"/>			

ANEXO VI



Nº de Caso: 3700048947

SALAMANCA a 6 de Octubre de 2015

Estimada Señora:

La Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León, le invita a seguir participando en el **Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama**, y le recuerda que es necesario realizar una mamografía periódicamente.

Según los resultados de su última mamografía, debe repetir el estudio mamográfico al haber transcurrido dos años, por lo que en fechas próximas deberá contactar con su Centro de Salud o la Unidad de Mamografía existente en su área de salud, donde le darán las instrucciones precisas.

Esta prueba no perjudica su salud y presenta como única contraindicación el embarazo, debiendo acudir en el momento de su realización con ropa cómoda de quitar y poner.

PARA SOLICITAR LA CITA PÓNGASE EN CONTACTO CON EL AREA ADMINISTRATIVA DE SU CENTRO DE SALUD.

Le saluda atentamente



BIENVENIDO DE ARRIBA SANCHEZ
GERENTE DE ATENCION PRIMARIA DE SALAMANCA

ANEXO VII



INUCE
AVEN

SALAMANCA

9 de octubre de 2015

Estimado/a Sr/Sra:

La Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León ha puesto en marcha el Programa de Prevención y Detección Precoz de Cáncer Colorrectal.

El cáncer colorrectal es el tumor maligno más frecuente en la población. Por ello, el objetivo del Programa es detectar la enfermedad en sus fases iniciales, es decir, cuando aún no hay síntomas y el tratamiento es más eficaz.

El Programa está dirigido al grupo de población en el que la enfermedad es más frecuente, hombres y mujeres de 50 a 69 años de edad. Por este motivo, le invitamos a participar en la detección precoz de esta enfermedad.

Se requiere la realización de una prueba sencilla que consiste en analizar la presencia de **sangre oculta en las heces**. **La prueba es gratuita, sólo tiene que pedir cita en su Centro de Salud para la consulta de Enfermería y acudir con esta carta. La enfermera le informará del procedimiento a seguir.**

Si usted tiene algún problema de tipo intestinal, consulte con su médico o enfermera antes de solicitar el material para la realización de la prueba.

Le agradecemos su participación y le recordamos que podrá resolver cualquier duda en su Centro de Salud.

Reciba un cordial saludo,



VIII.-LISTA DE TABLAS Y FIGURAS

LISTA DE TABLAS

Tabla 1: Distribución porcentual de la población por grupos de edad	50
Tabla 2: Distribución porcentual de la población por género.....	51
Tabla 3: Distribución de la población por nivel de formación	51
Tabla 4: Patologías traumatológica en el año 2010	53
Tabla 5: Patologías traumatológicas de 2010 a 2015	53
Tabla 6: Patologías otorrinolaringológicas en el año 2010	54
Tabla 7: Patologías dermatológicas en el año 2010.....	56
Tabla 8: Patologías oftalmológicas en año 2010	57
Tabla 9: Distribución porcentual de patología oftalmológica	58
Tabla 10: Patologías endocrinológicas en el año 2010.....	58
Tabla 11: Tabla 11: Distribución porcentual de patología digestiva de 2010 a 2015.....	60
Tabla 12: Distribución porcentual neumológica de 2010 a 2015	61
Tabla 13: Distribución porcentual de patologías metabólicas de 2010 a 2015	62
Tabla 14: Patologías ginecológicas en el año 2010	64
Tabla 15: Patologías Cardiacas en el año 2010	65
Tabla 16: Patologías urológicas en el año 2010	66
Tabla 17: Patologías neurológicas en el año 2010.....	67
Tabla 18: Porcentajes de derivación por especialidades en el año 2010	69
Tabla 19: Porcentaje de derivación por especialidades en el año 2011.....	70
Tabla 20: Porcentaje de derivación por especialidades en el año 2012.....	72
Tabla 21: Porcentaje de derivación por especialidades en el año 2013.....	73

Tabla 22: Porcentaje de derivación por especialidades en el año 2014.....	74
Tabla 23: Derivaciones a SUH en los años 2010 ,2011 y 2012	76
Tabla 24: Derivaciones a SUH en el año 2013	79
Tabla 25: Derivaciones a SUH en el año 2014.....	79
Tabla 26: Derivaciones a SEH en el año 2013	80
Tabla 27: Derivaciones a SEH en el año 2014	81
Tabla 28: Porcentaje de participación en el cribado cáncer de cérvix.....	81
Tabla 29: Porcentaje de participación en el cribado cáncer de mama.....	83
Tabla 30: Distribución de IT por género	87
Tabla 31: Distribución de IT por grupos de edad	89
Tabla 32: Porcentaje de fármacos consumidos por años del 2010 a 2015	97

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Distribución poblacional por grupos de edad.....	50
Figura2: Porcentaje de la distribución de pacientes por sexo.....	51
Figura 3: Distribución de la muestra según formación.....	52

Figura 4: Procesos traumatológicos 2010	53
Figura 5: Patologías traumatológicas de 2010 a 2015	54
Figura 6: Patologías ORL de 2010 a 2015.....	55
Figura 7: Patologías Dermatológicas 2010.....	55
Figura 8: Patologías dermatológicas de 2010 a 2015	56
Figura 9: Patologías oftalmológicas en 2010.....	57
Figura 10: Patologías oftalmológicas de 2010 a 2015	58
Figura 11: Evolución del diagnóstico de hipotiroidismo de 2010 a 2015	59
Figura 12: Patologías endocrinas en año 2010	59
Figura 13: Patologías Endocrinas de 2010 a 2015.....	59
Figura 14: Patologías Neumológicas de 2010 a 2015	61
Figura 15: Patologías metabólicas de 2010 a 2015	62
Figura 16: Patologías Psiquiátricas en 2010.....	63
Figura 17: Patologías psiquiátricas desde de 1010 a 2015	63
Figura 18: Patologías ginecológicas en el año 2010.....	64
Figura 19: Patologías ginecológicas de 2010 a 2015.....	64
Figura 20: Patología Cardiológica en 2010	65
Figura 21: Patologías cardiológicas del año 2010 a 2015	65
Figura 22: Patología urológica 2010.....	66
Figura 23: Patología urológica desde 2010 a 2015.....	66
Figura 24: Patología neurológicas 2010	67
Figura 25: Derivaciones a consultas programadas de las distintas especialidades en el año 2010	69
Figura 26: Derivaciones a consultas programadas de las distintas especialidades en el año 2011	70

Figura 27: Derivaciones a consultas programadas de las distintas especialidades en el año 2012	71
Figura 28: Derivaciones a consultas programadas de las distintas especialidades en el año 2013	72
Figura 29: Derivaciones a consultas programadas de las distintas especialidades en el año 2014	73
Figura 30: Derivaciones de 2010 a 2014	75
Figura 31: Participación en cribado de cérvix por edad	82
Figura 32: Participación por edad en Cribado de Cáncer de mama	84
Figura 33: Resultado del cribado de cáncer de mama por años	84
Figura 34: Distribución de la población diana, del cribado de cáncer de colon, por sexo	86
Figura 35: Resultados del cribado de cáncer de colon	86
Figura 36: Patologías causantes de IT de los años 2010 a 2015.....	87
Figura 37: Distribución de IT por género	88
Figura 38: Distribución por género y grupos de edad	88
Figura 39: Porcentajes de IT por edades.....	89
Figura 40: Distribución de IT según nivel de formación.....	90
Figura 41: Diferentes pruebas diagnósticas solicitadas	92
Figura 42: Pruebas diagnósticas solicitadas por años.....	92
Figura 43: Evolución de solicitud de pruebas diagnósticas.....	93
Figura 44:..Porcentaje de Analgésico-AINES consumido por años.....	94
Figura 45: Porcentaje de Hipolipemiantes, en relación con el consumo total de fármacos, consumido cada año	95
Figura 46: Porcentaje, por años, del consumo de IBP.....	95
Figura 47: Medicamentos mayoritario consumidos cada año	98

