

8C. RECOMENDACIONES PARA LA SERVICIOS CLÍNICOS PREVENTIVOS POR LA ACADEMIA AMERICANA DE MÉDICOS FAMILIARES.

Montserrat Abadie Solé. Doctor en Medicina y Cirugía, Medicina Familiar. Departamento de Medicina Familiar, Escuela de Medicina Comunitaria, Universidad de Oklahoma; Tulsa, Oklahoma, Estados Unidos de América.

Las recomendaciones de servicios clínicos preventivos deben ser basadas en evidencia y no en opiniones personales, ya que potencialmente podemos dañar al paciente sometiéndolo a procedimientos y exámenes innecesarios. La Academia Americana de Médicos Familiares periódicamente publica su análisis de estas recomendaciones usando como punto de partida el análisis riguroso presentado por el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de Estados Unidos (USPSTF) (<http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/>). Estas recomendaciones, reflejan la mejor comprensión de la ciencia de la medicina en el momento de publicación, y deben ser utilizadas con el claro entendimiento de que la investigación continua puede dar lugar a nuevos conocimientos y recomendaciones. Las medidas preventivas han sido clasificadas así: A) Servicio recomendado. Alta certeza de beneficio substancial; B) Servicio recomendado. Alta certeza de beneficio moderado o certeza moderada de beneficio moderado a substancial; C) Servicio de rutina no recomendado. Ciertas situaciones apoyan proveer este servicio a algunos pacientes. Por lo menos certeza moderada de beneficio pequeño; D) Servicio no recomendado. Certeza moderada o alta de falta de beneficio o los daños son más altos que los beneficios; I) No hay evidencia suficiente para valorar el balance de beneficios contra daños del servicio. En total son más de 50 recomendaciones A y B incluyendo inmunizaciones, exámenes para la detección temprana del cáncer colorectal y de cáncer del cuello uterino, y el uso de aspirina para la prevención de enfermedades cardiovasculares. Importantes recomendaciones D, las cuales se recomienda en contra, incluyen la medida del antígeno prostático específico en pacientes asintomáticos, estudios genéticos en pacientes sin historial familiar de cáncer de pecho, y suplementos de vitamina D y calcio para la prevención de fracturas en mujeres postmenopáusicas no institucionalizadas. Estas recomendaciones se ofrecen como ayuda para tomar decisiones clínicas, pero no pueden sustituir el juicio médico.

10C. EL PENSUM DEL POSTGRADO DE MEDICINA FAMILIAR.

Rubén Hernán Hernández Mondragón. Doctor en

Medicina Familiar, Profesor Clínico Escuela de Medicina Universidad de Indiana; Indianápolis, Estados Unidos de Norte América.

El Programa de Medicina Familiar en Estados Unidos surge a inicios de 1960's ante la necesidad de la población de obtener mejor atención de salud, la cual estaba afectada debido al poco personal médico, la inaccesibilidad en áreas rurales, el costo de la medicina, la despersonalización de la atención médica y la fragmentación de cuidados de salud. En ese tiempo La Comisión Nacional de Servicios de Salud Comunitaria, establecida por la Asociación Americana de Salud Pública y el Consejo Nacional de Salud reportaron "Cada Individuo deberá tener un médico personal quien es el punto central de integración y continuidad para todos los servicios médicos de ese paciente. Ese medico enfatizará la práctica de medicina preventiva. El estará al tanto de la mayoría y variedad de factores sociales, emocionales y ambientales que influyen en la salud de su paciente y la familia. Sus preocupaciones serán al paciente como un todo, y su relación con el paciente será de continuidad". Es así que en 1969, la especialidad de Medicina Familiar es aprobada, en 1970 Academia de Certificación de Medicina Familiar inicia su primera certificación y en 1971 se establece la Academia Americana de Medicina Familiar. "Médicos Familiares tienen aptitudes únicas, destrezas, y conocimiento que los califican para proveer atención medica continua y comprensiva, mantenimiento de salud y servicios de prevención a cada individuo de la familia sin reparar en el género, edad o tipo de problema, ya sea biológico, emocional o social. Estos especialista, debido a sus antecedentes e interacciones con la familia, están mejor calificados para servir como representante de cada paciente en todas las materias relacionadas con salud, incluyendo el uso apropiado de consultores, servicios de salud y fuentes comunitarias". En la presentación mostraremos como en 3 años de residencia el médico logra obtener estas cualidades y destrezas.

11C. MANEJO ACTUAL DE LAS ULCERAS VENOSAS.

Nelson Omar Bobadilla Flores. Angiólogo, Cirujano Vascular y Endovascular. Servicio de Cirugía, Hospital Regional Atlántida; La Ceiba, Honduras.

El tratamiento no quirúrgico de ha sido el tratamiento principal de la insuficiencia venosa crónica, y la ulceración venosa durante décadas. Levantar las extremidades inferiores de forma que los pies queden por encima de los muslos cuando se está sentado y por encima del corazón se está en decúbi-