

Medicina de Familia

SEMERGEN

ISSN: 1138-3593

Octubre 2010. Vol. 36. Especial Congreso

Publicación mensual

32
Congreso
Nacional
SEMERGEN
info@semergencanarias2010.com
www.semergencanarias2010.com

*Gran
Canaria*
2010
6-9 Octubre
Maspalomas

Evidencia
Competencia
Calidad
Coordenadas de la A.P.

Libre
Evento libre
de humo de tabaco

SEMERGEN
Sociedad
Española
de Médicos
de Atención
Primaria
AP

ap
Secretaría Técnica:
ap congress C/ O'Donnell 1º C. 28009 Madrid. Tlf: 902 430 960 - Fax: 902 430 959 - info@apcongress.es



SEMERGEN - Revista Española de Medicina de Familia

Octubre 2010. Vol. 36. Especial Congreso. Páginas 1-320

32º Congreso Nacional SEMERGEN

Las Palmas de Gran Canaria, 6-9 de octubre de 2010

JUNTA DIRECTIVA DE SEMERGEN

<i>Presidente de SEMERGEN y Fundación:</i>	D. Julio Zarco Rodríguez
<i>Vicepresidenta Primera:</i>	Paloma Casado Pérez
<i>Vicepresidente Segundo:</i>	Manuel Jiménez de la Cruz
<i>Vicepresidente Tercero:</i>	José Luis Garavís González
<i>Secretario:</i>	Jesús Sainz Jiménez
<i>Vicesecretario:</i>	Ignacio Cantero Santamaría
<i>Tesorero:</i>	Luciano Santiago Esperón
<i>Responsable de DPC/Responsable de Investigación:</i>	José Fernando Pérez Castán
<i>Responsable de Universidad:</i>	Félix Suárez González
<i>Responsable de Grupos de Trabajo:</i>	Nuria Fernández de Cano
<i>Responsable de CC.AA.:</i>	Isidoro Rivera Campos

PRESIDENTES AUTONÓMICOS

<i>Presidente de Andalucía:</i>	Dr. D. Juan Sergio Fernández Ruíz
<i>Presidenta de Aragón:</i>	Dra. D ^a . Pilar Guillén Ardid
<i>Presidente de Asturias:</i>	Dr. D. Manuel Amadeo Fernández Barrial
<i>Presidente de Baleares:</i>	Dr. D. Antonio Salvá Cerdá
<i>Presidenta de Canarias:</i>	Dra. D ^a . Antonia Rodríguez Hernández
<i>Presidenta de Cantabria:</i>	Dra. D ^a . Matilde Sierra Pérez
<i>Presidente de Castilla-La Mancha:</i>	Dr. D. José Manuel Comas Samper
<i>Presidente de Castilla-León:</i>	Dr. D. José Herrero Roa
<i>Presidenta de Cataluña:</i>	Dra. D ^a . Mercedes Abizanda González
<i>Presidente de Comunidad Valenciana:</i>	Dr. D. Ramón García-Noblejas Dávila
<i>Presidente de Extremadura:</i>	Dr. D. José Polo García
<i>Presidente Galicia:</i>	Dr. D. Sergio Cinza Sanjurjo
<i>Presidente de La Rioja:</i>	Dr. D. Mariano Pablo Tejedor Olarte
<i>Presidenta de Madrid:</i>	Dra. D ^a . Carmen Valdés y Llorca
<i>Presidente de Murcia:</i>	Dr. D. J. Eduardo Carrasco Carrasco
<i>Presidente de Navarra:</i>	Dr. D. Luis José Mendo Giner
<i>Presidente País Vasco:</i>	Dr. D. Rafael Alonso Matia

COMITÉ DE HONOR

<i>Príncipe de Asturias y de Gerona:</i>	SAR Felipe Borbón y Grecia
<i>Presidente de Canarias:</i>	Excmo. Sr. Paulino Rivero Baute
<i>Ministra de Sanidad y Política Social:</i>	Sra. D ^a . Trinidad Jiménez García-Herrera
<i>Alcaldesa de la Villa de San Bartolomé de Tirajana:</i>	Ilma. Sra. María del Pino Torres Melián
<i>Presidente del Cabildo de Gran Canaria:</i>	Ilmo. Sr. José Miguel Pérez García
<i>Consejera de Sanidad:</i>	Excma. Sra. Mercedes Roldós Caballeros
<i>Rector Magnífico de la Universidad de Las Palmas:</i>	Sr. D. José Regidor García
<i>Director Gerente del Servicio Canario de la Salud:</i>	Ilmo. Sr. Guillermo Martín Ribot
<i>Decano de la Facultad de Medicina:</i>	Ilmo. Sr. Felipe Rodríguez de Castro
<i>Presidente del Ilustre Colegio de Médicos de LPGC:</i>	Dr. D. Pedro L. Cabrera Navarro
<i>Presidente SEMERGEN:</i>	Dr. D. Julio Zarco Rodríguez

COMITÉ ORGANIZADOR

Presidenta

Dra. D^a. Antonia Rodríguez Hernández
Médico de Familia. Centro de Salud San José. Gran Canaria. Presidenta de SEMERGEN Canarias

Vicepresidente

Dr. D. Antonio Cabrera González
Médico de Familia. Centro de Salud Tamaraceite. Las Palmas. Gran Canaria

Vocales

Dra. D^a. Dolores Blasi Rodríguez
Médico de Familia y Médico del Trabajo. Centro de Salud de San Andrés y Sauces. La Palma

Dr. D. Juan Jesús García Rodríguez
Médico de Familia. Centro de Salud Jinámar. Telde. Gran Canaria

Dra. D^a. Reyes Toledo Carreño
Médico de Familia. Centro de Salud Schamann. Gran Canaria

Dr. D. Isidro Godoy García
Médico de Familia. Centro de Salud Taco-Barranco Grande. Tenerife

Dr. D. Manuel Jiménez de la Cruz
*Médico de Familia. Centro de Salud Casería de Montijo. Granada.
Vicepresidente 2.º de la Junta Directiva Nacional de SEMERGEN*

Dra. D^a. M^a Pilar Guillén Ardid
*Médico de Familia. Centro de Salud Delicias Norte. Zaragoza.
Presidenta de SEMERGEN Aragón*

Dr. D. Manuel Amadeo Fernández Barrial
Médico de Familia. Centro de Salud de Sotondrio. Asturias. Presidente de SEMERGEN Asturias

Dr. D. Juan Saavedra Miján
Médico de Familia. Gerencia Atención Primaria Arriondas. Asturias

COMITÉ CIENTÍFICO

Presidenta

Dra. D^a. Carmen Bolaños León
Médico Generalista. Centro de Salud Ingenio. Gran Canaria

Vicepresidenta

Dra. D^a. María Teresa Alcalde Ibáñez
Médico de Familia. Centro de Salud de Arucas. Arucas. Gran Canaria

Secretario

Dr. D. Víctor Gómez Martínez
Médico de Urgencias. Recursos Aéreos del Servicio de Urgencias Canario. Gran Canaria

Vocales

Dr. D. Pedro Martín Pérez
*Médico de Familia. Centro de Salud Cruce de Arinaga. Gran Canaria.
Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN*

Dr. D. Juan Sixto Henríquez Betancort
Médico de Familia. Centro de Salud de Canalejas. Gran Canaria

Dra. D^a. Dolores Quesada Medina
Médico de Familia. Centro de Salud Alcaravaneras. Gran Canaria

Dra. D^a. M^a Luz Gómez Martínez
Médico de Familia. Servicio de Urgencias. Centro de Salud de San José. Gran Canaria

Dra. D^a. María Soledad García Acosta
*Médico Rehabilitador y Médico Foniatra. Grupo Sanitario ICOT (Servicio de Rehabilitación)
en Gran Canaria. Centro Volcano (Servicio de Rehabilitación y Foniatría) en Lanzarote.
Vocal de SEMERGEN. Coordinadora de Patología Ostomuscular*

Dra. D^a. María Teresa Madán Pérez
Médico de Familia. Centro de Salud Güimar. Tenerife

Dr. D. Dámaso Campos Melián
*Médico de Familia. Unidad Técnica. Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria.
Gran Canaria*

Dr. D. José Luis Garavís González
*Médico de Familia. Centro de Salud de Alba de Tormes. Salamanca.
Vicepresidente 3.º de SEMERGEN*

Dr. D. José Ignacio Cantero Santamaría
Médico de Familia. Servicio de Urgencias de El Sardinero. Santander

Dra. D^a. Isabel Pastrana Pastrana
Médico de Familia. Centro de Salud El Parque. Gijón. Asturias

Dra. D^a. Nuria Fernández de Cano Martín
*Médico de Familia. Área 4. Madrid. Responsable de Uso Racional de Medicamento
del EAP Daroca I. Madrid*

Dr. D. Antonio Gómez Peligros
Médico de Familia. Centro de Salud de Illueca. Brea de Aragón. Zaragoza

Dr. D. Agustín González Sánchez
*Médico de Familia. Centro de Salud Arrecife II. Valterra. Lanzarote. Dirección de la Zona Básica de Salud.
Unidad Técnica de Atención Primaria de la Gerencia de Lanzarote*

Dr. D. Imanol Arnedo Zugazaga
Médico de Familia. Centro de Salud de Puerto del Rosario II. Fuerteventura

Dra. D^a. Begoña Vanessa Déniz Saavedra
Médico Residente de Tercer Año de MFyC. Centro de Salud San Gregorio. Telde. Gran Canaria

Sr. D. Vicente J. Olmo Quintana
*Farmacéutico de la Gerencia de Atención Primaria. Ex director General de Farmacia.
Gobierno de Canarias*

32º Congreso Nacional SEMERGEN

Las Palmas de Gran Canaria, 6-9 de octubre de 2010

Sumario Vol. 36 . Especial Congreso. Octubre 2010

CONFERENCIA DEL DÍA

Liraglutida en diabetes tipo 2: la selección de pacientes y guía clínica para su utilización 1

Moderador: *L.M. Pérez Morales*

¿A quién? ¿Cómo? ¿Cuándo? Guía de uso de liraglutida 1

E. Jodar Gimeno

Presentación de qué es liraglutida y resumen del programa LEAD 2

A. Sáenz Calvo

Optimización del manejo y tratamiento de los pacientes con diabetes tipo 2: aplicaciones en atención primaria .. 3

Papel de los inhibidores de la DPP-4 en el control glucémico integral de los pacientes con diabetes tipo 2 3

J.M. Comas Samper

ENCUENTROS CON EL EXPERTO

Verdades y mentiras sobre los genéricos 5

Moderador: *V. Olmo Quintana*

Estudios de bioequivalencia y calidad de los medicamentos genéricos 6

J. Frías Iniesta

ESPACIO MIR

Taller: Índice tobillo-brazo: una herramienta útil en atención primaria para valoración del riesgo cardiovascular. 9

M.I. Guerra Hernández, M.E. Fandiño Cobo, M.T. Madan Pérez, A.B. Rodríguez Cabrera, C.D. Rodríguez Domínguez y M.T. Wangüemert Madan

Taller: Atención inicial al paciente politraumatizado..... 10

M.I. Domínguez Bencomo y Z. Pérez Fernández

Taller: ¿Qué me exige el programa de la especialidad en actividades preventivas? Puesta al día..... 10

J. Lucas Pérez-Romero y A. de Santiago Nocito

Taller: Manejo de anemias microcíticas en atención primaria..... 11

J.C. Márquez González, I. Pérez García, A. Álvarez Perera, S. León Luis, G.A. Hernández San Luis y J. Mesa García

Taller: El mundo de la espirometría 11

J. Perera Rodríguez, Y. Castro García, I. González García y B. Cazorla Hernández

Taller: Manejo de la ELA en atención primaria..... 12

M.C. Suárez Cabello, V. Déniz Saavedra, G. Morera, J. Pérez Hayes, M. Colignon y P. Coronel

Taller: Cuidados paliativos de pacientes terminales en domicilio	12
<i>V. Déniz Saavedra, J. Pérez Hayes, M. Colignon, P. Coronel, G. Morera y C. Suárez Cabello</i>	
FORO	
Actualización epidemiológica y de salud pública	13
Balance de la pandemia de gripe A	13
<i>J.R. Méndez Montesinos</i>	
Investigación en atención primaria: presente y futuro	
Moderador: <i>C. González Rodríguez</i>	
Presente y futuro de la investigación en atención primaria	13
<i>C. González Rodríguez y V. Mahtani Frugani</i>	
Investigación en atención primaria: presente y futuro	14
<i>F.J. Alonso Moreno</i>	
Uso de antimicrobianos en atención primaria: ¿cuándo, cuáles, cómo y por qué?	15
<i>J.L. Pérez Arellano</i>	
MESA REDONDA	
Asma, rinitis y otras comorbilidades	16
<i>P. Martín Pérez</i>	
Enfermedad celíaca y síndrome de malabsorción intestinal	17
Moderador: <i>A. Gómez Gras</i>	
Enfermedad celíaca. Síndrome de malabsorción intestinal	17
<i>D. García Romero</i>	
Diagnóstico precoz de enfermedad celíaca en atención primaria	21
<i>M. Ricote Belinchón</i>	
Novedades en el tratamiento del paciente diabético tipo 2	22
Moderador: <i>J. Mediavilla Bravo</i>	
Fundamento clínico de sitagliptina para el médico de atención primaria	22
<i>J.J. Alemán Sánchez</i>	
Prevención integral del riesgo cardiovascular	23
Moderador: <i>A. Calderón Montero</i>	
Un nuevo paradigma ve la luz	23
<i>L. García Matarín</i>	
SEMINARIO	
Abordaje de la familia con un enfermo terminal	24
Familia y sufrimiento	24
<i>M. Ojeda Martín</i>	
Actualización en drogas	26
<i>F. Gómez-Pamo Guerra del Río</i>	
Agonía y sedación del paciente terminal	26
<i>M. Ojeda Martín</i>	
Avances en el tratamiento del dolor crónico	33
<i>M. Jiménez Rodríguez</i>	
Avances en el tratamiento del dolor crónico	33
<i>F. Sánchez Domínguez</i>	

Diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la EPOC	
Seguimiento de la EPOC. Aplicación del cuestionario CAT	36
<i>A. Hidalgo Requena</i>	
¿Es factible el diagnóstico precoz de la EPOC?	36
<i>J.A. Quintano Jiménez</i>	
Documentos médico-legales	38
<i>A. Hidalgo Carballal, J. González Pernía y J.F. Díaz Ruíz</i>	
Ética de la prescripción. Atención sanitaria, economía, administración e industria	39
<i>A. Hidalgo Carballal, J. González Pernía y J.F. Díaz Ruíz</i>	
Fiebre de presentación poco frecuente	40
<i>J.L. Cañada Merino</i>	
Gestión de la incapacidad temporal	43
La IT en la atención primaria: prestación sanitaria.....	43
<i>P. Alonso Jerez y A. Alemán Artilles</i>	
Importancia de la investigación cualitativa en atención primaria	44
<i>V. Mahtani Chugani</i>	
Importancia de la investigación cualitativa en atención primaria: luces y sombras de la investigación en atención primaria: la experiencia en diversidad cultural y salud del Centro de Salud de Guanarteme	44
<i>F. Navarro Vázquez</i>	
Manejo de fármacos en el paciente terminal	45
<i>R. Díez Cagigal</i>	
Manejo del enfermo con Parkinson en atención primaria y diagnóstico diferencial de los diversos trastornos del movimiento	48
<i>M.C. Martínez Altarriba</i>	
Nuevo código deontológico	50
<i>M. Casado Blanco</i>	
SIMPOSIO	
Dolor neuropático en diabetes (DPNP)	52
<i>E. Blanco Tarrío</i>	
TALLER	
Abordaje integral del paciente de alto riesgo vascular	54
<i>A. Díaz Rodríguez</i>	
Acné: una visión conjunta	57
Acné grave.....	57
<i>M. Pérez López</i>	
Actividades preventivas en la población inmigrante	58
<i>E. Redondo Margüello y J.L. Martincano Gómez</i>	
Anemias	60
<i>J. Polo García</i>	
Atención inicial al trauma pediátrico	60
<i>L. Alonso Jiménez, E. Civantos Fuentes, M.E. Benítez Rabagliatti, Z. Espinel Padrón, A. Gálvez Esquinas y S.J. González Campos</i>	

Atención sociosanitaria a las enfermedades raras y crónicas	62
Enfermedades raras.....	62
<i>G. Pombo Alles</i>	
Consumo de tóxicos y atención primaria	66
<i>E. Villalva Quintana</i>	
Counselling y entrevista motivacional. Herramientas terapéuticas	66
<i>R. Casquero Ruiz y S. López Chamón</i>	
Cronicidad de la depresión	68
<i>J.A. Arbesu Prieto</i>	
Demencia. Deterioro cognitivo	69
<i>J.J. Gomáriz García</i>	
Diagnóstico y tratamiento del tabaquismo	69
<i>J.L. Díaz-Maroto Muñoz</i>	
Espirometría	70
<i>J. Hernández Úrculo</i>	
Evaluación por competencias. Cómo realizar una ECOE	73
<i>M. González Béjar</i>	
Exploración e infiltración articular	74
Infiltraciones en atención primaria. Grupo Sur de infiltraciones.....	74
<i>E. Vargas López</i>	
<i>I. Méndez Mesón</i>	74
Hiperplasia benigna de próstata	74
<i>F.J. Brenes Bermúdez</i>	
Inercia terapéutica	80
Inercia clínico-terapéutica en hipertensión	80
<i>J.L. Llísterri Caro y F.J. Alonso Moreno</i>	
Insulinización en diabetes mellitus tipo 2: de la insulinización basal a la intensificación	80
De la insulinización basal a la intensificación	80
<i>J.M. Comas Samper</i>	
La salud del hombre como objetivo: el vínculo entre hipogonadismo, disfunción eréctil y síndrome metabólico	
<i>E. García Cruz</i>	
Nutrición	81
Alimentación natural frente a funcional	81
<i>V. Pascual Fuster y M.L. López Díaz-Ufano</i>	
Planificación familiar	83
<i>J. Iturralde Iriso y E. García Virosta</i>	
Prevención del cáncer ginecológico: cérvix	83
Prevención del cáncer de cuello uterino	83
<i>M. Abizanda González, M. Sierra y E. Martínez Prats</i>	
Prevención del cáncer ginecológico: mama	84
Exploración mamaria	84
<i>E. Redondo Margüello</i>	

Prevención del cáncer ginecológico: ovario y endometrio	85
<i>M. Abizanda González, M. Sierra y E. Martínez Prats</i>	
Suelo pélvico. Incontinencia urinaria femenina	85
<i>E. Luélmo Buitrón</i>	
Tuberculosis. Manejo de contactos	89
<i>J.L. Zamarrón Moreno</i>	
TALLER ON-LINE	
Abordaje del ictus	90
<i>J.C. Martí Canales y J.F. Frías Rodríguez</i>	
Actualización en artrosis: casos clínicos	91
<i>S. Giménez Basallote</i>	
Arritmias en atención primaria	95
Manejo de las arritmias en atención primaria	95
<i>M.L. Gómez</i>	
Atención inicial al trauma grave en el adulto	96
Politraumatismo grave en el adulto	96
<i>M.L. Gómez</i>	
Asistencia inicial al trauma grave del adulto.....	96
<i>V. Gómez Martínez, M.L. Gómez Martínez y A.J. Cabrera González</i>	
Educando en asma	104
<i>P. Martín Pérez</i>	
Manejo del paciente con disfunción eréctil: nuevas perspectivas terapéuticas	105
<i>M.J. Tijeras Úbeda, T. Millán Rusillo y A.R. Jurado López</i>	
Novedades en diabetes mellitus tipo 2 en atención primaria: aspectos prácticos en el manejo de las nuevas terapias basadas en incretinas	107
<i>C. Morillas Ariño y J.J. Mediavilla Bravo</i>	
Patología de la retina	110
Degeneración macular asociada a la edad para médicos de atención primaria.....	110
<i>R.M. Coco Martín</i>	
COMUNICACIONES	
MÉDICO DE FAMILIA	
Comunicaciones orales	112
Casos clínicos formato oral	146
Pósters	156
Casos clínicos formato póster	216
RESIDENTES	
Comunicaciones orales	256
Casos clínicos formato oral	261
Pósters	272
Casos clínicos formato póster	281
ÍNDICE DE AUTORES	310



Medicina de Familia
SEMERGEN

www.elsevier.es/semergen



CONFERENCIA DEL DÍA

Liraglutida en diabetes tipo 2: selección de pacientes y guía clínica para su utilización

Moderador: Luis Miguel Pérez Morales

Médico General y de Familia, Centro de Salud de Arucas, Gran Canaria, España

Liraglutida

El tema de las incretinas es ciertamente apasionante porque la realidad nos desborda de tal forma que se hacía preciso encontrar nuevas vías de actuación, algo que nos permitiera creer que podremos dar una respuesta adecuada a nuestros pacientes. Disponemos de un excelente arsenal de fármacos antidiabéticos, la cantidad de profesionales que trabajamos la diabetes es verdaderamente ingente y las actividades relacionadas con la diabetes se cuentan por miles todos los años. Es decir, probablemente sea difícil hacer más. Bueno, pues con todo eso la realidad que tenemos es que el 75% de los diabéticos se muere de una ECV; la realidad es que la diabetes sigue siendo la causa principal en el adulto de ceguera, insuficiencia renal terminal y amputaciones no traumáticas de EEII; la realidad es que la incidencia de diabéticos en diálisis en nuestra comunidad canaria es muy superior a cualquier otra región del país. Y las previsiones no son nada optimistas.

Dicho de otra forma, se trabaja muchísimo y bien en diabetes, pero *no es suficiente*, demasiados esfuerzos para los resultados que obtenemos. Es preciso encontrar vías que nos den una mejor respuesta. Hace ya una década que el UKPDS ponía de manifiesto en una de sus conclusiones que los resultados, aun en buenas condiciones y con la colaboración del paciente, eran decepcionantes, por lo que se hacía preciso encontrar nuevos tratamientos para la diabetes.

Y otro punto fundamental es incidir en el control de la obesidad, punto angular en la diabetes, tanto inicialmente como también como complicación del cuadro. Los tratamientos habituales tienden a la ganancia de peso, retrocediendo por una parte los avances por otra. La influencia del peso es tan importante que es imprescindible intervenir.

Cuando hace unos años entraron en escena las incretinas pareció abrirse un nuevo campo de actuación, pues nos encontramos con fármacos diferentes a lo que teníamos, con

mecanismo de acción diferente y un valor añadido potencialmente espectacular. Pues bien, de los dos tipos de terapias basadas en las incretinas, la terapia directa, administrar directamente análogos del GLP1 resistentes a la DPP-4, tiene un valor añadido de consideración, la reducción de peso. Y es en este contexto que nos llega liraglutida, el fármaco del que vamos a hablar.

¿A quién? ¿Cómo? ¿Cuándo? Guía de uso de liraglutida

Esteban Jodar Gimeno

Endocrinólogo, Servicio de Endocrinología y Nutrición Clínica, Hospital Universitario Quirón, Profesor Doctor de Medicina, Universidad Europea de Madrid, Madrid, España

Liraglutida es un análogo acilado de alta homología con el GLP-1 nativo (97%) de larga vida media. Frente al único agonista disponible de GLP-1 -exenatida- ha mostrado, en estudios de comparación directa, un mayor efecto mejorando el control metabólico (reduciendo las concentraciones de HbA1c y la glucemia en ayunas) y las medidas de función de la célula beta, con menos efectos adversos -hipoglucemia y náusea- y con una eficacia comparable o incluso mejor sobre la reducción del peso corporal que inducen estos fármacos. Además, frente a las 2 inyecciones diarias de exenatida, liraglutida permite una única administración diaria con las consiguientes ventajas para la adherencia del paciente.

Frente a sitagliptina, el primer inhibidor de DPP-4 comercializado, liraglutida ha demostrado en estudios de compa-

ración directa un mayor beneficio en el control metabólico (reducción de HbA1c y de glucemia basal aumentando en 2-3 veces el número de pacientes que alcanzan los objetivos de control) y en las medidas de función de la célula beta, una mayor reducción del peso corporal y, lo que resulta más significativo cuando se compara un tratamiento subcutáneo diario con uno oral, una mayor satisfacción de los pacientes con el tratamiento. Debe recalcar la diferencia en la potencia del efecto incretínico de la inhibición de DPP-4 (ligeras elevaciones de GLP-1 y GIP) frente a dosis farmacológicas de análogos de GLP-1 que tienen mayor eficacia normalizando la glucemia e induciendo pérdida de peso.

Liraglutida se ha comparado en un extenso programa clínico de desarrollo -LEAD- con otras terapias disponibles para la diabetes tipo 2, como sulfonilureas, glitazonas o incluso insulina. Liraglutida ha demostrado un mayor efecto en la reducción de hemoglobina glicada, induciendo pérdidas de peso significativas frente a un aumento de peso con el resto de terapias, con un bajo riesgo de hipoglucemias y con mejor efecto en las medidas de función de la célula beta. También en este programa de desarrollo clínico se ha constatado un consistente efecto reductor de la presión arterial sistólica con liraglutida frente a estos fármacos. Esta acción, que es anterior a la aparición de pérdida de peso, junto a su beneficioso efecto sobre otros componentes del riesgo cardiovascular (perfil lipídico, proteína C reactiva, péptido natriurético cerebral, peso, circunferencia de la cintura), hace que las expectativas sobre su beneficio cardiovascular sean muy elevadas, como se espera confirmar en el estudio LEADER, que se iniciará este año.

Lamentablemente, tanto en nuestro país como en otros de nuestro entorno, el grado de control metabólico en nuestros pacientes es malo en la mitad o más de los casos. Un manejo demasiado pasivo y tardío de la enfermedad, la epidemia de obesidad que recorre el mundo desarrollado, la ganancia de peso que inducen muchos de los fármacos para la diabetes y la dificultad de nuestros pacientes para modificar sus hábitos y conseguir reducir su peso corporal se encuentran entre las causas más importantes de este hecho.

En este contexto, el uso de fármacos, como liraglutida, que permiten un importante efecto regulador de la glucemia de forma glucosa-dependiente -esto es, con muy bajo riesgo de hipoglucemias- a la vez que reducen el peso corporal, supone una nueva arma para romper el círculo vicioso que liga el exceso de peso, la resistencia a los efectos de la insulina y el aumento de peso con el tratamiento que empeora la resistencia a la insulina.

¿Quién se puede beneficiar del uso de liraglutida? Todo paciente diabético tipo 2, con independencia de su IMC.

¿Cuándo iniciar? Lo ideal es en fases tempranas tras fallo de metformina y la HbA1c $\geq 7,0$, ya que se producen mayores reducciones en la HbA1c, mayor ventaja sobre la función de la célula beta y beneficios sobre el perfil de riesgo cardiovascular. Pero también se puede iniciar tras fallo de otras terapias como SU, MET + SU, MET + TZD.

¿Cómo iniciar? El tratamiento se inicia con la dosis más baja (0,6 mg por día) por vía subcutánea, en abdomen, muslo o brazo. Se administrará una vez por día en el momento que más convenga al paciente, independientemente del horario de las comidas. Se recomienda mantener la hora

de administración escogida en las siguientes dosis. Tras al menos una semana con la dosis de inicio puede realizarse el siguiente aumento (1,2 mg por día). Ésta será la dosis terapéutica de mantenimiento en la mayoría de los pacientes. Se reservará la dosis máxima de 1,8 mg/d como opción de intensificación para los pacientes en los que aún no se consiguió disminuir la HbA1c por debajo del 7%.

Presentación de qué es liraglutida y resumen del programa LEAD

Antonio Sáenz Calvo

Doctor en Medicina, Médico de Familia, Centro de Salud Pozuelo 1, Madrid, España

Liraglutida en diabetes mellitus tipo 2: selección de pacientes y guía clínica para su utilización

1.ª parte: presentación de qué es liraglutida y resumen del programa LEAD

Tenemos ante nosotros varios desafíos en diabetes. La Federación Internacional de Diabetes considera que en 2010 la prevalencia de diabetes en el mundo es de 285 millones de personas. Mientras, la Organización Mundial de la Salud pronostica que en 2030 la diabetes afectará a 370 millones de personas. En Europa llegaremos a los 48 millones de pacientes en 2030. En España pasaremos de 3 millones en 2010 a casi 4 millones de diabéticos en 2030¹. Y podrían ser más. En el Estudio Epidemiológico de la Diabetes en España del Ministerio de Sanidad, se ha detectado una prevalencia de diabetes no diagnosticada de un 5%. En definitiva, en España, entre un 10 y un 16% de los mayores de 18 años presentan diabetes, y la mayoría necesitarán medicación². El objetivo es mejorar el control de la glucemia pues ya se vio en el UKPDS que una disminución de un 1% de hemoglobina glicada contribuye a la reducción relativa del riesgo desde un 14% de infartos de miocardio hasta un 43% de arteriopatía periférica³. Tan importante como la disminución de la glucemia es comenzar pronto el tratamiento intensivo y mantenerlo a largo plazo, lo que se ha comprobado en lo que se ha denominado efecto herencia sostenido (*sustained legacy effect*)⁴.

En la última década hemos tenido enormes avances en el tratamiento de la diabetes. Hasta 2000 disponíamos de metformina, sulfonilureas, inhibidores de la alfa-glucosidasa e insulina. Después han ido apareciendo nuevas familias terapéuticas, como las glinidas y las glitazonas. Cada una con sus características, potencia y efectos adversos. A destacar entre éstos las hipoglucemias, el incremento en el peso y, en el caso de las glitazonas, los edemas, todos ellos factores limitantes.

Recientemente se han incorporado las gliptinas. En los 2 últimos años, los GLP-1 o incretínicos, y hoy se pre-

senta el único análogo existente del GLP-1 humano, la liraglutida, aprobada en Europa para el tratamiento de diabéticos tipo 2 con el nombre de VICTOZA®.

Sabemos que el día del diagnóstico de diabetes tipo 2 casi se ha perdido ya un 50% de células beta, y la pérdida seguirá a un ritmo de un 4% anual, independientemente de los tratamientos disponibles hasta ayer. La glucemia aumenta debido a múltiples factores, entre otros el incremento en la producción hepática de glucosa y el glucagón; y por otra parte, la disminución de la secreción pancreática de insulina, captación muscular de glucosa y efecto incretina.

La liraglutida es homólogo en un 97% al GLP-1 humano, retrasa su absorción desde el tejido celular subcutáneo y retrasa su degradación por los DPP-4, pudiéndose dar en una sola dosis diaria. Su efecto normoglucemiante es glucosa-dependiente, por lo que la tasa de hipoglucemias se acerca al placebo. Tiene interesantes efectos como la de disminuir el apetito y retrasar el vaciamiento gástrico, con lo que disminuye el peso, y también tiene un efecto hipotensor. Finalmente tiene -en estudios preclínicos- un efecto protector de la célula beta, al aumentar su masa y disminuir su apoptosis.

La liraglutida ha sido comparada con los tratamientos habituales en DM2, en 4.600 pacientes siguiendo el esquema LEAD (Liraglutide Effect and Action in Diabetes). Los ensayos fueron LEAD 3 (liraglutida en monoterapia frente a sulfonilurea SU), LEAD 2 (liraglutida + metformina MET frente a SU + MET), LEAD 1 (liraglutida + SU frente a tiazolidinediona [glitazona] TZD + SU), LEAD 4 (liraglutida + MET + TZD frente a MET + TZD), LEAD 5 (liraglutida + MET + SU frente a insulina glargina * MET + SU) y LEAD 6 (liraglutida + MET y/o SU frente a exenatida + MET y/o SU)⁵⁻¹⁰.

La hemoglobina glicada inicial fue de 8,4% y la disminución obtenida fue de 1,1 a 1,5% de glicada a dosis de 1,8 mg de liraglutida. No hubo hipoglucemias, hubo una reducción de peso entre 0,2 kg (combinada con SU) hasta 3,2 kg (com-

binada con MET), y en monoterapia la disminución fue de 2,5 kg. Esta disminución fue sostenida durante 2 años de seguimiento. Además, liraglutida disminuyó la tensión arterial sistólica entre 2 y 7 mm de mercurio.

Liraglutida produjo náuseas en un 14% de los pacientes inicialmente, aunque la proporción disminuyó semanalmente hasta ser igual a glimepirida a las 12 semanas.

Adicionalmente se ha iniciado un ensayo clínico doble ciego, multicéntrico, placebo, controlado a 5 años, para determinar los efectos de liraglutida sobre los eventos cardiovasculares.

En definitiva, se trata de un medicamento prometedor, porque parece no presentar efectos secundarios importantes, y sin embargo produce una disminución interesante de la glucemia y moderada de la hemoglobina glicada, disminuyendo el peso y la tensión arterial, con lo que podríamos ver en el futuro un efecto en la disminución de eventos cardiovasculares. Y quizás podamos también aprovechar en el futuro su posible efecto beneficioso sobre las células beta.

Bibliografía

1. http://www.economiadela salud.com/ediciones/72/08_pdf/ analisisepidemiologia.pdf (acceso junio 2010)
2. <http://www.slideshare.net/sanidadyconsumo/resultados-del- estudio-epidemiologico-de-la-diabetes-en-espaa-proyecto-diabetes> (acceso junio 2010)
3. Stratton IM et al. UKPDS 35. *BMJ*. 2000;321:405-12.
4. UKPDS 80. *N Engl J Med*. 2008;359:1577-89.
5. LEAD 1 Marreet al. *Diabetic Medicine*. 2009;26:268-78.
6. LEAD 2 Nauck et al. *Diabetes Care*. 2009;32:84-90.
7. LEAD 3 Garber et al. *Lancet*. 2009;373:473-81.
8. LEAD 4 Zinman et al. *Diabetes Care*. 2009;32:1224-30.
9. LEAD 5 Russell-Jones et al. *Diabetologia*. 2009;52:2046-55.
10. LEAD 6 Buse et al. *Lancet*. 2009;374:39-47.

Optimización del manejo y tratamiento de los pacientes con diabetes tipo 2: aplicaciones en atención primaria

Papel de los inhibidores de la DPP-4 en el control glucémico integral de los pacientes con diabetes tipo 2

José Manuel Comas Samper

Médico de Familia, Centro de Salud de La Puebla de Montalbán, Toledo, España

Existen suficientes evidencias que han demostrado la necesidad y el beneficio del control metabólico en el paciente con diabetes mellitus tipo 2 (DM2).

El estudio UKPDS avaló esta evidencia, basada en el buen control glucémico y de la presión arterial, consiguiendo la

disminución de las complicaciones diabéticas, en especial a nivel microvascular, y para ello disponemos de distintas herramientas:

- Un estilo de vida saludable, que le acompañará durante toda su vida.
- La indicación de tratar con el apoyo de fármacos normoglucemiantes e hipoglucemiantes, hasta llegar al uso de insulina en muchos casos.

Las terapias basadas en incretinas son de reciente aparición, basan su efecto terapéutico distinto en la acción a través de 2 vías, la vía del glucagón, basada en el efecto a nivel de las células α -pancreáticas con supresión de esta hormona y reducción de la producción hepática de glucosa, junto a la vía insulínica con un incremento de la secre-

ción a nivel β -pancreático, todo ello en respuesta a la ingesta de alimentos, en virtud de un comportamiento glucosa-dependiente en ambos casos, con aumento de la captación de glucosa y reducción de la producción hepática de glucosa.

El mecanismo de acción de estos fármacos se basa en el efecto incretina, son denominados inhibidores de la enzima dipeptidopeptidasa-4 (DPP-4), y a través de esa inhibición frenan la degradación del péptido similar al glucagón (GLP-1) y del polipéptido insulínotropo dependiente de la glucosa (GIP), permitiendo todo ello el objetivo final del buen control glucémico a través del estímulo de secreción insulínica, frenar la de glucagón, sin obviar otros efectos

con enlentecimiento del vaciado gástrico y efecto neutro sobre el peso con menor apetito, e incluso haber observado en los estudios in vitro un aumento de la masa pancreática y mejor funcionamiento celular β -pancreático tras el tratamiento con \leq GLP-1.

En resumen, suponen una nueva posibilidad en el tratamiento del diabético, con buena tolerancia, destacar la respuesta secretora de insulina en función de la ingesta en base al efecto incretina (aumento de la respuesta insulínica tras la ingesta oral de glucosa, hasta un 60%) y se utilizan otras vías metabólicas, como es la del glucagón, en aras del buen control glucémico, bajo riesgo de hipoglucemias y de preservar la reserva insulínica todo lo posible.



Medicina de Familia
SEMERGEN

www.elsevier.es/semergen



ENCUENTROS CON EL EXPERTO

Verdades y mentiras sobre los genéricos

Moderador: Vicente Olmo Quintana

Farmacéutico de Atención Primaria, Ex Director General de Farmacia, España

En los últimos años hemos asistido a un aumento exponencial del gasto en medicamentos, dentro de los sistemas de salud muy por encima de los presupuestos, aspecto este que no es una característica propia de nuestro sistema, sino que ocurre en el resto de países de nuestro entorno. Esto se debe en base a una mayor prevalencia de enfermedades crónicas, que afectan a un número importante de pacientes, de edad avanzada y que se relacionan con el envejecimiento de la población, sin olvidar que de todas las moléculas que son investigadas por la industria farmacéutica, sólo unas pocas llegan a su comercialización a un precio muy elevado.

Los recursos disponibles son limitados y más en tiempo de crisis, las comunidades autónomas y los sistemas públicos de salud buscan la eficiencia de esos recursos.

La financiación de la prestación farmacéutica varía de un país a otro, desde países en que los medicamentos son gratuitos hasta países con sistemas de copago, que permiten buscar dicha eficiencia; en los últimos años los nuevos fármacos que se han comercializado lo han hecho a unos precios más elevados que los ya comercializados para la misma patología o indicación terapéutica y en algunos casos con indicaciones en patologías donde hasta ahora no se disponía de tratamiento.

Las administraciones sanitarias tratan de mantener la calidad en la prestación farmacéutica óptima a un coste asumible en la actual situación, mantener una prestación farmacéutica que sea efectiva, es decir que cumpla su objetivo modificando el curso de la evolución de la enfermedad, que además debe ser segura y eficaz, disminuyendo su administración, la aparición de efectos indeseables y efectos adversos, situación esta última que cumplen los medicamentos genéricos con gran amplitud, debido a la necesidad de que hayan transcurrido 10 años de su comercialización en nuestro país antes de alcanzar la condición de especialidad farmacéutica genérica (EFG), unido a los múltiples ensayos clínicos exigidos por las agencias evaluadoras, así como al haber sido empleadas en un gran número de pacientes; a esto debemos considerar que en esta situación los costes para los sistemas sanitarios deben ser menores.

Es por ello que una de las medidas implantadas en los paí-

ses de nuestro entorno y de gran éxito ha sido la prescripción por genéricos. Así, países de nuestro entorno como Holanda, Reino Unido o Alemania tienen un importante mercado de genéricos, superior en algunos casos al 60% de la prescripción farmacéutica. Política esta última que desde hace una decena de años se ha fijado como un objetivo básico de la prestación farmacéutica dentro del conjunto de las diferentes administraciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud.

Los genéricos son medicamentos de calidad, seguridad y eficacia demostrada, elaborados a partir de sustancias bien conocidas y que se comercializan con el nombre de la sustancia medicinal correspondiente seguida de un indicativo de su condición de genérico. Tienen menor precio que los que le sirven de referencia.

Un medicamento genérico es más barato que el medicamento original correspondiente debido a la finalización de la patente del original y su menor inversión en investigación, pero en ningún caso como consecuencia de unas garantías de calidad, seguridad y eficacia inferiores.

El origen de la EFG en nuestro país se sitúa en la Circular 3/1997, de 6 de febrero, de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios Regulación. Ley 13/1996 de 30 de diciembre, de medidas administrativas, fiscales y de orden social, que modificaba la ley 25/1990 de 20 de diciembre, del Medicamento. En la misma se define a las especialidades farmacéuticas genéricas como: "una especialidad farmacéutica genérica es aquella con la misma forma farmacéutica e igual composición cualitativa y cuantitativa en sustancias medicinales que otra, considerada de referencia y cuyo perfil de seguridad y eficacia esté suficientemente establecido por su continuado uso clínico, que además haya demostrado que es equivalente terapéutica de la formulación de referencia mediante los pertinentes estudios de bioequivalencia y que pueda ser fácilmente identificada tanto por los pacientes como por los profesionales sanitarios como tal especialidad genérica, ya que su denominación comercial debe estar constituida por la denominación oficial española (DOE) o su denominación común o científica, el nombre del laboratorio titular o fabricante y las siglas EFG".

Posteriormente, esta Ley es derogada por la Ley 29/2006, de 26 de julio, de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios, y modificada por sucesivas leyes de acompañamiento de medidas fiscales, administrativas y del orden social; ya establecía los fundamentos para la adecuada incorporación al mercado de los medicamentos genéricos y para la consiguiente implantación de un sistema de precios de referencia por el que se rigiera la financiación, con cargo a fondos de la Seguridad Social o a fondos estatales afectos a la sanidad, de las presentaciones de medicamentos bioequivalentes. El objetivo último era controlar el gasto en medicamentos garantizando simultáneamente la calidad, seguridad y eficacia de los mismos.

Su consumo en nuestro país varía muchos de una a comunidad a otra, con valores que oscilan entre el 15 y el 35%, dependiendo de la comunidad. En un estudio, a 31 de diciembre de 2008 estaban disponibles en las oficinas de farmacia de España un total de 5.105 presentaciones o formatos comerciales de medicamentos genéricos (EFG), para un montante de 187 principios activos. Esto suponía que había una media de 27,3 formatos por cada principio activo.

Se ha experimentado, con relación a mayo de 2000, un incremento muy importante en el número de principios activos (311%) y especialmente en los formatos comerciales (728%).

El número de formatos de medicamentos en vigor a 31 de diciembre de 2008 era de 16.069, de los que 5.105 eran EFG, lo que supone un 31,8% del total, incluyendo a los envases clínicos (EC) y presentaciones de medicamentos hospitalarios (H). En abril de 2002 el porcentaje de EFG sobre el total era del 13%; por tanto, en 6 años se ha experimentado un aumento en torno a 19 puntos porcentuales. Excluyendo los formatos EC y H, el número de presentaciones dispensables en oficina de farmacia, a 31 de diciembre de 2008, era de 11.761, de las que 3.976 eran EFG, lo que supone un 33,8% frente al 13% que había en abril de 2002.

Paradójicamente, la realidad es que los países con mayor consumo de genéricos son aquellos donde existe una mayor inversión en investigación y desarrollo de fármacos. Así, la media europea de consumo de genéricos se sitúa en torno al 42%, superándolo ampliamente países como Alemania o Gran Bretaña (España ocupa el penúltimo lugar de la Europa Occidental). En EE.UU. el 71,5% de los envases dispensados son genéricos.

A pesar del tiempo transcurrido desde la introducción de los medicamentos genéricos en nuestro país, su prescripción sigue siendo baja comparada con otros países de nuestro entorno. Aspectos como la bioequivalencia, la biodisponibilidad, el margen del intervalo de confianza del área bajo la curva, el desconocimiento entre los profesionales sanitarios de los requerimientos técnicos para la demostración del grado de biodisponibilidad, las iniciativas llevadas a cabo por los laboratorios de medicamentos innovadores, unido todo ello a una opinión pública que ha relacionado la consideración de más barato con menos eficacia y seguridad frente a los medicamentos originales, son posiblemente algunas de las causas de su baja implantación en nuestro sistema de salud.

La bioequivalencia no se inventó para los fármacos genéricos. Es una herramienta habitual en el proceso de investigación y desarrollo de una especialidad farmacéutica, así como en la autorización de nuevas formas farmacéuticas o cambios de dosis de especialidades (marcas) ya comercializadas. La demostración de la bioequivalencia entre 2 espe-

cialidades farmacéuticas es un requisito indispensable en la autorización de comercialización de las nuevas formulaciones del medicamento original.

Tenemos que considerar que el medicamento genérico contiene las mismas cantidades de principio activo, impurezas inferior a los límites establecidos por la legislación en las farmacopeas y vías de administración que el medicamento original, siendo la demostración de la bioequivalencia realizada a través de ensayos clínicos, denominados estudios de bioequivalencia en los que participan voluntarios sanos y con un diseño cruzado a los que se les administra el fármaco y se les extraen varias muestras de sangre sucesivas, en las que se miden los parámetros de Cmax (concentración plasmática máxima), Tmax tiempo en alcanzar esa Cmax y AUC, es decir el área bajo la curva de concentración plasmática a lo largo del tiempo.

Los ensayos y los procedimientos estadísticos utilizados para determinar la bioequivalencia están normalizados y son comunes a todas las agencias reguladoras: EMEA, FDA y AEMPS. La demostración de bioequivalencia garantiza al profesional que la respuesta del paciente (*eficacia clínica y seguridad*) a ambos fármacos sea la misma, independientemente de los excipientes que contengan.

Como se ha podido observar, continúan existiendo lagunas importantes en la prescripción de medicamentos genéricos, de ahí que haya surgido la necesidad de realizar un seminario titulado *Verdades y mentiras de los genéricos*, cuyo objetivo general es actualizar conocimientos sobre los requisitos de calidad de los medicamentos genéricos. Se trata de revisar los aspectos normativos en los que se sustenta la autorización de uso de los medicamentos genéricos, prestando especial interés a la demostración de bioequivalencia mediante estudios de biodisponibilidad comparada in vivo.

Se pretende determinar la metodología, características, aspectos normativos y prácticos, e interpretación de los resultados de este tipo de estudios, planteando como objetivos específicos conocer los aspectos legislativos de la utilización de medicamentos genéricos en España, los requisitos legales para su comercialización, las garantías de calidad exigibles, conocer la metodología e interpretación de los resultados de los estudios de bioequivalencia, saber interpretar críticamente la información disponible sobre medicamentos genéricos e intercambiabilidad.

Estudios de bioequivalencia y calidad de los medicamentos genéricos

Jesús Frías Iniesta

Jefe de Servicio de Farmacología Clínica, Hospital Universitario La Paz, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España

El incremento en los costes de los medicamentos se ha convertido en un aspecto trascendente en la política sanitaria

en muchos países, comprometiendo los presupuestos de pacientes particulares, de las aseguradoras proveedoras de medicamentos, e incluso de los propios sistemas nacionales de salud. Uno de los mecanismos potencialmente capaces de limitar el gasto farmacéutico es la convivencia en el mercado farmacéutico de medicamentos originales o innovadores, con otros llamados genéricos, que suelen tener un menor coste que el de los originales durante el periodo de protección de patente o de exclusividad en el mercado. En realidad, un medicamento genérico es un medicamento que contiene un principio activo ya conocido y previamente desarrollado e inventado por otros. El coste de estos productos genéricos debe ser menor que el de sus contrapartidas originales porque su desarrollo y comercialización son mucho más sencillos, puesto que no tiene que demostrar su eficacia y seguridad en largos y costosos ensayos clínicos, dado que han sido bien establecidas por el innovador y por el uso continuado en la práctica clínica. De hecho, los fabricantes de estos medicamentos genéricos sólo tienen que demostrar que su formulación contiene el mismo principio activo que el innovador y que se comporta en el organismo de la misma manera, es decir de manera equivalente.

Es bien sabido que los efectos clínicos y el balance riesgo-beneficio de un medicamento no dependen exclusivamente de la actividad farmacológica de la sustancia activa, sino que también influyen la farmacocinética y la forma de acceder el medicamento al organismo. Así, la demostración de bioequivalencia de los medicamentos genéricos es de gran importancia.

En las sociedades avanzadas el propósito fundamental de las agencias reguladoras es garantizar una regulación sobre fabricación y distribución de productos farmacéuticos para uso humano que permita la salvaguarda de la salud pública. En estos países el proceso de autorización de los productos genéricos está claramente establecido y descansa en la demostración de la bioequivalencia, definida como ausencia de diferencias significativas en la biodisponibilidad del ingrediente activo en el lugar de acción del fármaco.

Existen diversas formas de demostración de equivalencia, pero en Europa la forma clásica de garantizar la equivalencia entre formulaciones diferentes es la llamada equivalencia in vivo, o bioequivalencia, basada en la comparación de la biodisponibilidad in vivo usando parámetros farmacocinéticos.

En Europa y en EE.UU. sólo se pueden comercializar medicamentos genéricos una vez que se han extinguido los derechos de patente, requiriéndose además una evaluación técnica y administrativa que garantice que se cumplen las exigencias establecidas por la ley sobre calidad, seguridad y eficacia. El perfil de seguridad y eficacia debe estar bien establecido y acreditado por su uso clínico, es decir por la experiencia que permite un uso clínico prolongado, mientras que los requisitos de calidad exigidos para los genéricos son exactamente los mismos que para cualquier otro medicamento. Por ello se pide que las especialidades genéricas tengan una calidad demostrada del principio activo, basada en la misma composición cualitativa y cuantitativa que el medicamento de referencia, cumplimiento de buenas prácticas de manufactura, de farmacopeas (farmacopea europea y/o USP) y de Guidelines de la Conferencia Internacio-

nal de Armonización, existencia de estudios de estabilidad y de métodos validados para la valoración del principio activo, impurezas y disolventes residuales.

Asimismo, se tiene que demostrar la calidad del producto terminado mediante la adecuada realización de perfiles de disolución, de estudios de estabilidad, desarrollo de métodos validados para la valoración y certificados de cumplimiento de Buena Práctica de Manufactura y de Laboratorio.

Además, debe haber un examen macroscópico del preparado, una determinación de impurezas, estudios de desintegración y disolución in vitro, pruebas de estabilidad bajo diferentes condiciones de temperatura y humedad a diferentes tiempos y un control microbiológico, repetidos en cada lote de fabricación, a fin de establecer la adecuada garantía de calidad.

Los estudios que avalan la calidad de un medicamento genérico se recogen en la documentación química, farmacéutica y biológica del dossier, y aunque no es necesaria la presentación de estudios toxicológicos y de eficacia, es necesario demostrar que la presentación final es básicamente igual que la del producto innovador que ha demostrado eficacia y seguridad durante su vida comercial. Ello se demuestra mediante un estudio de bioequivalencia.

Estudios de bioequivalencia

Los estudios de bioequivalencia son herramientas metodológicas usadas muy frecuentemente durante el desarrollo de un medicamento para garantizar la validez de los resultados de los ensayos realizados con distintas formas farmacéuticas antes de la comercialización final. También se utilizan para demostrar la equivalencia entre 2 formulaciones y, por tanto, entre especialidades innovadoras y especialidades genéricas.

El objetivo principal de los estudios de bioequivalencia es la demostración de que 2 formulaciones de un mismo principio activo presentan un comportamiento farmacocinético tan semejante que se puede asumir, sin riesgo a equivocarse, que presentarán, de la misma forma, efectos farmacológicos igualmente semejantes y equivalentes y, por lo tanto, intercambiables. Esta afirmación se basa en el principio de que a iguales concentraciones plasmáticas de una misma sustancia corresponden iguales efectos farmacodinámicos. Cuando 2 medicamentos son equivalentes en la velocidad y cantidad del fármaco activo que se absorbe y llega al tejido o área donde se produce su efecto, se considera que son terapéuticamente equivalentes y pueden usarse indistintamente. Definir a un medicamento como bioequivalente frente a otro es una cuestión de innegable relevancia desde el punto de vista de la salud pública, y, por esta razón, los requisitos de la definición de bioequivalencia y las condiciones en que debe demostrarse, esto es, el tipo y características de los ensayos clínicos con los que se realizará la comparación de la biodisponibilidad, tanto en lo referente a la selección y al número de participantes en el estudio, a las dosis de los fármacos que deben ser analizadas, a las variables y metodología del análisis farmacocinético que debe utilizarse y al tipo de análisis matemático al que deben someterse los resultados obtenidos en el estudio, están suje-

tos a normas de procedimiento bastante homogéneas tanto en el ámbito geográfico de la Unión Europea (EMA) como en los Estados Unidos (FDA).

Estas normas, de obligado cumplimiento, definen con suficiente precisión la forma en que deben realizarse estos ensayos, su diseño, los datos que deben aportarse, su presentación, así como los límites de aceptación para confirmar o rechazar que las formulaciones estudiadas puedan considerarse como equivalentes. En la gran mayoría de los casos, el diseño de los estudios de bioequivalencia es el de un ensayo clínico cruzado y con asignación aleatoria de 2 secuencias de tratamiento, con 2 períodos y con administración de una dosis única de los fármacos en estudio en cada uno de los períodos (diseño cruzado 2 × 2).

En muchas ocasiones el ensayo de bioequivalencia tiene el enorme peso específico de ser el único ensayo clínico del expediente de registro de una especialidad genérica, antes de conseguir la autorización y puesta en el mercado del medicamento, de ahí que sea tan importante la evaluación

crítica de la calidad y de los datos del estudio. El análisis de un estudio de bioequivalencia debe resolver satisfactoriamente las 2 preguntas clave: ¿son los resultados técnica y científicamente válidos?, y ¿significan los resultados que las 2 formulaciones comparadas son bioequivalentes y por tanto intercambiables? Para ello hay que revisar la corrección de todos y cada uno de los aspectos que influyen en el planteamiento, realización del estudio e interpretación de los resultados. Sólo así se puede garantizar la demostración de la similitud entre las formulaciones de manera que la salud y la seguridad de los pacientes bajo prescripción de medicamentos genéricos descansen en la certeza de que la calidad de estos productos cumple con los estándares adecuados y que el estudio de bioequivalencia se ha realizado con los requerimientos de calidad más exigentes. Sólo bajo estas circunstancias se puede asegurar que las especialidades farmacéuticas genéricas producirán la misma disposición farmacocinética y los mismos efectos farmacológicos que los productos originales.



Medicina de Familia
SEMERGEN

www.elsevier.es/semergen



ESPACIO MIR

Taller: Índice tobillo-brazo: una herramienta útil en atención primaria para valoración del riesgo cardiovascular

M. Isabel Guerra Hernández^a,
M. Encarnación Fandiño Cobo^b,
M. Teresa Madan Pérez^c, Ana Belén Rodríguez
Cabrera^d, Carmen Dolores Rodríguez
Dominguez^e y M. Teresa Wangüemert Madan^f

^aMédico de Familia, Centro de Salud Taco, Tenerife, España

^bMédico de Familia, Centro de Salud La Laguna-Geneto,
Tenerife, España

^cMédico de Familia, Centro de Salud Güimar, Tenerife, España

^dResidente 3er año MFYC Hospital Universitario Nuestra
Señora de la Candelaria-Zona Sur, Tenerife, España

^eResidente 4.º año MFYC, Hospital Universitario Nuestra
Señora de la Candelaria-Zona Sur, Tenerife, España

^fResidente de Primer año MFYC, Hospital Universitario
de Canarias-Zona Norte, Tenerife, España

La enfermedad cardiovascular es una de las principales causas de mortalidad en los países industrializados. Además de los conocidos factores de riesgo, la patología arterial contribuye al aumento de dicha morbimortalidad, por lo que detectar precozmente lesiones arteriales puede ayudar en la práctica clínica a identificar pacientes con riesgo de sufrir eventos cardiovasculares.

La enfermedad arterial periférica (EAP) es una patología frecuente originada por una lesión aterosclerótica que afecta de forma generalizada a las arterias. Se utiliza como marcador de enfermedad arterial sistémica y predictor de eventos cardiovasculares. Pero a pesar de su prevalencia elevada está infradiagnosticada y poco tratada.

Concepto y etiopatogenia

La EAP se produce por una disminución progresiva del flujo a las arterias de las extremidades inferiores, siendo la arteriosclerosis la responsable de la mayoría de los casos. La estenosis u oclusión es la que genera la clínica, y ésta varía

según el grado de lesión. Los factores de riesgo (FRCV) para la EAP son similares a los de la enfermedad cerebrovascular y la cardiopatía isquémica. La mayoría de los individuos con EAP tienen al menos un FRCV.

Epidemiología

La prevalencia de la EAP en la población general está en torno a un 18%, siendo la edad el principal marcador de riesgo. La prevalencia de patología asintomática ronda el 80% y en grupos con riesgo moderado alto supera el 20%. En atención primaria el número de consultas por este motivo es de 3,4% y de éstas el 13% se derivan al hospital.

Diagnóstico en atención primaria

Se basa fundamentalmente en realizar una *historia clínica* (ayudados por cuestionarios validados como el de Rose o Edimburgo) y una *exploración física*, haciendo hincapié en la inspección (coloración, temperatura, presencia de vello, etc.), la palpación de pulsos, etc. Entre ambas se puede establecer el diagnóstico en muchos los casos, pero debido a la alta prevalencia (>70%) de patología asintomática se hace necesaria la utilización de otras pruebas diagnósticas no invasivas. Entre las pruebas no invasivas para la detección precoz de arteriosclerosis utilizamos el índice tobillo brazo (ITB) con Doppler portátil; es una técnica sencilla, accesible, barata, fácilmente reproducible y capaz de detectar estenosis del 50%. Presenta una alta sensibilidad (95%) y especificidad (99%) para identificar la EAP en relación con la arteriografía.

Dentro de sus utilidades encontramos el *diagnóstico de EAP sintomática* (prevención secundaria), su uso como *marcador predictor independiente de mortalidad cardiovascular* (estratificación del riesgo cardiovascular) en pacientes con EAP asintomática (prevención primaria) y *diagnóstico en población diana* (pacientes con riesgo Framingham superior al 20% o diabéticos sin enfermedad vascular conocida).

Técnica: explicación y puesta en práctica

Pedimos al paciente que se coloque en decúbito supino, y tras 5 minutos de reposo y vejiga vacía, se determina la

tensión arterial sistólica (TAS) mediante un Doppler portátil unidireccional y esfigmomanómetro previamente calibrado, en ambos brazos y tobillos.

Finalmente, calculamos el ITB en ambas extremidades como el cociente entre la mayor de las 2 tomas de TAS registradas en ambos tobillos por la mayor de las 2 tomas registradas en ambos brazos. De este modo se obtienen 2 valores de ITB, uno para cada EEII, tomando como definitivo el valor más bajo.

Interpretación. Manejo del paciente según los resultados del ITB

El ITB menor de 0,9 denomina bajo y evidencia estenosis arterial, manteniendo una buena correlación con los estadios clínicos de La Fontaine. Un ITB < 0,9 tiene una alta especificidad (99%) para el diagnóstico de una obstrucción arterial mayor del 50% en el territorio vascular de los miembros inferiores y, dado que la aterosclerosis es una enfermedad sistémica, los sujetos que presentan un ITB disminuido van a mostrar una elevada prevalencia de enfermedad coronaria y cerebrovascular tanto sintomática como asintomática y un mayor riesgo de mortalidad cardiovascular.

Por otra parte, un ITB mayor de 1,3 refleja pérdida de elasticidad por calcificación de la pared del vaso, como ocurre en la arteriopatía diabética o en la enfermedad renal crónica. Su presencia supone un riesgo de mortalidad cardiovascular similar al de los que tienen un ITB disminuido; por eso se engloban con ellos dentro de la categoría de ITB patológico.

Taller: Atención inicial al paciente politraumatizado

M. Isabel Domínguez Bencomo^a y Zoila Pérez Fernández^b

^aResidente 4.º año MFYC, Hospital Universitario de Canarias Zona Norte, Tenerife, España

^bMédico de Familia, Centro de Salud Los Realejos, Tenerife, España

Concepto

Atención inicial al politraumatizado. Atención prehospitalaria.

Objetivos

Establecer prioridades. Evaluación primaria. Reanimación. Evaluación secundaria. Tratamiento in situ. Reevaluación. Comunicación con el hospital receptor a través del 112.

Material y método

Primera parte, teórica, presentada en PowerPoint, con apoyo audiovisual para el aprendizaje de las técnicas de retirada del casco; elección y colocación de collarín cervical y de cánula orofaríngea.

Segunda parte, en la que los alumnos deben poner en práctica la secuencia en la evaluación y manejo del paciente politraumatizado, así como desarrollar la destreza para realizar las diferentes técnicas de movilización-inmovilización; collarín cervical; retirada del casco; cánula orofaríngea y sistemas de ventilación y oxigenación.

Para ello contamos con muñecos que permiten practicar la apertura de la vía aérea, colocación de cánulas orofaríngeas y la ventilación con mascarilla y ambú, collarines Philadelphia, casco, tablero espinal y diferentes tipos de férulas para la inmovilización de miembros.

Conclusiones

Es necesario seguir una sistemática en la atención prehospitalaria al traumatizado. Hacer segura la escena. La evaluación primaria es fundamental: *“No se pueden tratar las lesiones no identificadas”*. No demorar el tiempo de estabilización. Traslado al centro más cercano que pueda solucionar las lesiones: *“El tratamiento definitivo de un politraumatizado se realiza a nivel hospitalario”*.

Recomendaciones

Traer ropa y calzado cómodo junto con muchas ganas de pasarlo bien, practicando y de practicar, aprendiendo.

Taller: ¿Qué me exige el programa de la especialidad en actividades preventivas? Puesta al día

Javier Lucas Pérez-Romero^a y Ana de Santiago Nocito^b

^aResidente de 3º año de MFyC en la Unidad Docente de Albacete-Hellín, España

^bMédico de Familia, EAP Cogolludo, SESCAM. Profesora de la Facultad de Medicina de la Universidad de Alcalá, Alcalá de Henares, España

Objetivo general

Analizar la adquisición de competencias en actividades preventivas propias de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria.

Objetivos específicos

- Diferenciar entre las competencias propias del programa de la especialidad y las propias de un proceso de formación continuada (proceso de desarrollo profesional continuo).
- Mostrar la importancia de las actividades preventivas en el seno de nuestra especialidad.
- Analizar la escasa evidencia existente en actividades preventivas dirigidas a la patología familiar y comunitaria.
- Poner en evidencia la necesidad de investigar en prevención e intervención familiar y comunitaria.

Taller: Manejo de anemias microcíticas en atención primaria

Julio César Márquez González^a, Itahisa Pérez García^b, África Álvarez Perera^c, Sonia León Luis^d, Gloria Amelia Hernández San Luis^e y José Mesa García^f

^aCentro de Salud Alcalá-Guía de Isora, España

^bUnidad Docente de MFyC Zona 1 Santa Cruz de Tenerife, España

^cCentro de Salud San Benito, La Laguna, Tenerife, España

^dCentro de Salud Cabo Blanco-Arona, Tenerife, España

^eCentro de Salud Ofra-Miramar, Santa Cruz de Tenerife, España

^fCentro de Salud Barrio de La Salud, Santa Cruz de Tenerife, España

Introducción

Las anemias microcíticas, y concretamente las anemias ferropénicas, son muy frecuentes en el ámbito de la atención primaria de salud.

Objetivos

Aprendizaje en el manejo de las anemias microcíticas en atención primaria.

Material y métodos

Presentación PowerPoint de 70 diapositivas con 6 casos clínicos, aproximadamente 1 h de duración con coloquio incluido. Se repartirán fotocopias de los casos clínicos entre el público y se debatirán.

Conclusiones

El manejo diagnóstico y terapéutico de las anemias microcíticas es fundamental en nuestro ámbito de salud.

Taller: El mundo de la espirometría

Jennifer Perera Rodríguez, Yurena Castro García, Irene González García y Beatriz Cazorla Hernández

Residentes Tercer Año MFYC, Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria-Zona Sur, Tenerife, España

Definición

La espirometría es una prueba funcional respiratoria que nos permite la medición de los volúmenes que intervienen en la ventilación pulmonar en función del tiempo. Es una maniobra sencilla y fácil de interpretar gracias al progresivo desarrollo técnico alcanzado en las últimas décadas, convirtiéndose por ello en la prueba funcional respiratoria más difundida y de mayor utilidad. Constituye, por tanto, un procedimiento clínico esencial que proporciona información tanto para el diagnóstico como para el seguimiento, evaluación pronóstica y estimación del impacto de intervenciones terapéuticas en la mayoría de las enfermedades respiratorias.

Objetivos

En atención primaria, las patologías de origen respiratorio suponen una alta prevalencia. Por este motivo pretendemos explicar al médico residente las nociones básicas para la interpretación de las espirometrías, sus indicaciones y contraindicaciones.

Material y métodos

Se llevará a cabo un taller de 2 h de duración, dirigido a los médicos residentes de medicina de familia y comunitaria, donde se utilizarán medios audiovisuales: presentación PowerPoint, que constará de 2 partes:

- Una primera parte de 45 min de duración, aproximadamente, donde se expondrá la teoría: ¿qué es la espirometría?, ¿a quién debe realizarse la espirometría? Indicaciones, ¿cómo debe realizarse?, criterios de aceptabilidad y reproductibilidad, prueba de reversibilidad tras la administración de broncodilatador y patrones espirométricos.
- Una segunda parte de 1 h y 15 min, aproximadamente, completamente práctica, donde se animará a la participación activa de los asistentes al taller, a través de la exposición de diferentes casos clínicos llevando a cabo la lectura de espirometrías.

Recomendaciones y conclusiones

La espirometría es un estudio fisiológico básico diagnóstico (no invasivo), que permite valorar la evolución de los pacientes con patologías de origen respiratorio, así como el cribaje de pacientes de riesgo. Es una técnica sencilla, barata, fácil

de interpretar, de realizar, constituyendo una herramienta que está al alcance de la atención primaria, resultando apropiada para que se lleve a cabo en los centros de salud.

El médico interno residente debe conocer las indicaciones y limitaciones de la prueba, así como llegar a una conclusión diagnóstica con los resultados.

Consideramos que el taller es importante para llevar a cabo una sistemática en la lectura que facilite la apreciación de todos los detalles que ofrece la misma; es por ello que el taller que proponemos es eminentemente práctico.

Taller: Manejo de la ELA en atención primaria

M. Carmen Suárez Cabello, Vanessa Déniz Saavedra, Giovanni Morera, Julio Pérez Hayes, Maxi Colignon y Paola Coronel

Hospital Insular, Las Palmas de Gran Canaria, España

Definición

La ELA es la enfermedad neurodegenerativa de las neuronas motoras más frecuente. Tiene una incidencia de 2-3 casos/100.000 habitantes. Su curso es acelerado hacia la discapacidad y la muerte en 3-5 años. Es una enfermedad de las llamadas raras y el médico de familia suele desconocer el curso de la enfermedad.

Objetivos

Elaborar un documento que conteste a las cuestiones más importantes sobre el control y seguimiento de esta enfermedad en atención primaria.

Material y método

Las preguntas se agrupan en varios grupos.

1. Área respiratoria: los enfermos padecen una insuficiencia respiratoria restrictiva e hipercapnia precoz que se manifiesta por hipersomnía diurna e intolerancia al decúbito supino siendo la ventilación mecánica no invasiva la terapia más eficaz.
2. Las dificultades para tragar y el propio hipermetabolismo de la enfermedad hacen que los pacientes pierdan peso, luego necesitamos prescribir suplementos nutricionales y cuando la pérdida de peso supera el 10-15% es recomendable la gastrostomía.
3. Las dificultades motoras se manifiestan por dificultad para la deambulación y para la manipulación de objetos con las manos, lo que implica el uso de ayudas técnicas como bastones, sillas de ruedas, antiequinos, collarines...
4. El control del dolor implica el uso de una escalera analgésica progresiva, incluyendo fármacos para el dolor neuropático.

5. La labilidad emocional y la depresión hay que abordarlas de manera precoz con el uso de psicoterapia y ayuda farmacológica.
6. Respecto a la autonomía del paciente explicándole de manera sencilla y progresivamente las distintas alternativas terapéuticas incluyendo la limitación del esfuerzo terapéutica en estadios avanzados.
7. El abordaje de las ayudas sociales debe contemplarse en los estadios iniciales de la enfermedad dado su curso acelerado.

Conclusiones

Es fundamental disponer de una guía rápida para resolver los principales retos de la ELA en nuestro medio.

Taller: Cuidados paliativos de pacientes terminales en domicilio

Vanessa Déniz Saavedra, Julio Pérez Hayes, Maxi Colignon, Paola Coronel, Giovanni Morera y Carmen Suárez Cabello

Residentes Tercer Año MFYC, Hospital Insular, Las Palmas de Gran Canaria, España

Definición

Los cuidados paliativos son un enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicológicos y espirituales.

Objetivos

Conseguir que tanto familiares con el propio paciente, que no debemos olvidar que es el protagonista de esta situación, no se encuentren/sientan desvalidos en esta última etapa de su vida.

Material y método

Por medio de una charla, aprender las situaciones más frecuente que nos podemos encontrar, así como soluciones o posibles mejoras. Debemos estar sobre aviso, buscar y adelantarnos a los acontecimientos para no vernos desbordados. También veremos materiales para medicación en fase terminal, dispositivos y su utilización.

Recomendaciones y conclusiones

Venir con ganas de aprender y participar, para hacer algo constructivo y enriquecedor para todos, tanto para los que hemos preparado el taller como para los asistentes



FORO

Actualización epidemiológica y de salud pública

Balance de la pandemia de gripe A

José Ramón Méndez Montesinos

Jefe de Servicio de Calidad y Medicina Preventiva, Medicina Preventiva y Salud Pública, Análisis Clínicos, Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla, Madrid, España

Con más de un año desde el comienzo de la pandemia de gripe A, se puede hacer un balance de todo lo acontecido, aprender de lo hecho y sacar conclusiones, positivas unas y no tanto otras.

Creo que el análisis se puede hacer desde varios puntos de vista, desde el del médico de atención primaria, desde los servicios hospitalarios inmersos en el tratamiento de los casos habidos, servicios de infecciosas y servicios de UCI.

También hay que hacer un balance de la actuación de los servicios de salud pública de las comunidades autónomas y del ministerio. Valorar por qué se priorizó el "interés por comprar" antes que el "interés por investigar" y por qué en vez de analizar la situación, ante una declaración de la OMS de que iba a ser una hecatombe, los gobiernos la siguieron, los medios de comunicación promovieron el pánico, pero casi nadie investigó y contrastó la información. Hemos vivido una pandemia con una base científica muy débil para la toma de decisiones, donde ha habido una gran opacidad, hipocresía y a veces medias verdades.

Otro punto a analizar es que se ha creado una desconfianza sobre la credibilidad de los responsables de salud pública

que puede ser muy peligrosa si de verdad surge una pandemia de gran difusión y alta gravedad.

Como puntos positivos cabe destacar la actuación de los servicios sanitarios en general, con un trabajo impropio y callado desde el minuto 1 de la declaración de la pandemia.

En cuanto a cómo se difundió la pandemia, ha habido una confusión entre lo que es posible y lo que es probable. Se produjo un ataque mediático terrible, pronosticando una situación inexistente, mutación del virus, resistencias al tratamiento, colapso en los hospitales, etc. A los médicos se les informaba de forma alarmante e insistente de la gravedad de esta gripe.

Como resumen, hay que decir que el sistema sanitario español funciona y una buena prueba de ello ha sido la gestión coordinada y de cooperación entre las administraciones sanitarias españolas. Buena coordinación entre las partes, entendiendo por ello los servicios regionales, salud pública y asistencia sanitaria, ayuntamientos, *atención primaria y atención hospitalaria*. Reconocimiento a la labor de los profesionales sanitarios durante la crisis. La dificultad de controlar la comunicación, que creo que ha sido una de las asignaturas pendientes de nuestro sistema, hay que analizar cómo se tiene que manejar la información en estos casos. La escasa respuesta a la vacunación, sobre todo ciertos grupos como los profesionales sanitarios, sería preocupante que esta situación pueda trasladarse al sistema general de vacunación.

Investigación en atención primaria: presente y futuro

Moderador: Carmelo González Rodríguez

Unidad de Docencia e Investigación, Área de Salud de La Palma, Hospital General de La Palma, España

Presente y futuro de la investigación en atención primaria

Carmelo González Rodríguez^a y Vinita Mahtani Frugani^b

^a*Unidad de Docencia e Investigación, Área de Salud de La Palma, Hospital General de La Palma, España*

^b*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Gerencia de Atención Primaria de Tenerife, Servicio Canario de Salud, España*

Antecedentes

La investigación en atención primaria en España está sujeta a varios factores, particularmente administrativos y logísti-

cos, que la han hecho tradicionalmente poco competitiva cuando se la compara no sólo con los países de nuestro entorno geográfico y socioeconómico, sino también frente a países emergentes de otras áreas menos desarrolladas.

Objetivos

Este foro de expertos pretende discutir cuál es la situación actual en este ámbito, con un particular foco en atención primaria, e identificar cuáles son las actuaciones prioritarias que sitúen a España en el nivel que, por otros medidores socioeconómicos, le correspondería.

Desarrollo

El panel de expertos discutirá los procesos administrativos y logísticos, además de los aspectos formativos, legales y científicos, que son necesarios para optimizar la investigación en atención primaria. Se tratarán desde elementos básicos de toda investigación, como que el proyecto responda a una pregunta de interés médico y científico para la comunidad, que esa pregunta no haya sido respondida ya anteriormente, que la metodología (BPC, etc.) esté basada en la evidencia científica y metodológica, que la planificación sea la adecuada, así como los medios y los recursos necesarios y, entre otros, que cada uno se centre en lo que sabe y debe hacer; como otros elementos del entorno, entre los que destacan la formación específica en investigación reglada que debe hacerse tanto durante los estudios de licenciatura como en la formación posgrado y como parte esencial de la actividad profesional de los profesionales de la salud en atención primaria, que exista un sistema eficaz de apoyo y promoción de la investigación y, entre otros, que exista el adecuado soporte por parte de la administración para que los profesionales puedan poner al servicio de la sociedad una investigación de calidad. La investigación es un bien para los ciudadanos porque aumenta la calidad asistencial, porque pone a disposición de nuestra sociedad la posibilidad de mejores tratamientos y procedimientos encaminados a mejorar su salud y su calidad de vida y porque puede, potencialmente, producir un mejor aprovechamiento de recursos para nuestro sistema de salud.

Investigación en atención primaria: presente y futuro

Francisco Javier Alonso Moreno

Médico de Familia, Centro de Salud Sillera, Toledo, España. Comité Editorial Revista SEMERGEN

A pesar de nuestra posición privilegiada como médicos de atención primaria (AP) dentro del sistema sanitario, ya que asumimos un 90% de la asistencia como primer nivel de

atención y producimos el 60% del gasto en farmacia, no seremos capaces de mejorar la calidad si no gestionamos de forma adecuada la incertidumbre que a diario surge en nuestra consulta. Precisamente, si somos capaces de desarrollar la habilidad de resolver las dudas que se generan en la práctica clínica diaria, buscando respuestas de una forma sistematizada, habremos dado un paso de gigante; estaremos investigando.

Para investigar es fundamental el apoyo metodológico y la sistematización en la investigación, así como el interés, actitud y motivación de los profesionales a la hora de incorporarla a las actividades habituales de su trabajo puesto que, si bien es cierto que el médico de familia no es de por sí investigador, también lo es que las condiciones para que investigue espontáneamente no son las adecuadas y que la investigación que se realiza en estas condiciones no responde a las prioridades o necesidades clínicas.

La producción científica es el conjunto de publicaciones de un profesional, grupo, centro, comunidad autónoma, o de una disciplina como es la AP de salud. El estudio y análisis de la misma proporcionan una información valiosa sobre aspectos relevantes de la actividad investigadora del colectivo, tales como la cantidad y evolución a lo largo del tiempo, el tipo de investigación que se realiza, los temas que se abordan, los grupos y centros más activos en las diferentes aéreas, las autorías y coautorías, las colaboraciones entre centros, el análisis de las referencias bibliográficas utilizadas, etc.

La evolución de la investigación en España en AP es clara: pasó de ser anecdótica, a principios de los ochenta, a desarrollarse rápidamente en unos años y a estancarse en torno al 4% del volumen de artículos originales de la base de datos del Índice Médico Español, y un 0,4% del mapa bibliométrico del Fondo de Investigaciones Sanitarias (FID), donde se encuentra una relación de 3 a 1 de proyectos realizados en hospitales frente a los realizados en AP y que han sido financiados por el FIS en el periodo 1998-2000.

De los estudios que se presentan en los congresos de AP y Medicina de Familia, solamente llegan a publicarse en revistas de impacto indexadas en MedLine el 2,3% (si proceden de congresos autonómicos) y el 6,3% (si proceden de congresos nacionales).

Diversos expertos reconocen la necesidad y pertinencia de crear estructuras de investigación estables como base de la generación y mantenimiento de la investigación en el ámbito de AP; así, comunidades en las que se consolidan diferentes fórmulas organizativas ven aumentada de forma progresiva su incorporación a la investigación, con el incremento de proyectos financiados en convocatorias públicas. Es el caso del Instituto de Investigación en AP Jordi Gol en Cataluña, de la inclusión del Grupo Aragonés de Investigación en AP en el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud o determinadas unidades de investigación de Andalucía. Además, en algunas comunidades de España aparecen nuevas estructuras o iniciativas en las que la AP comienza a formar parte.

La investigación en AP evoluciona con el tiempo de forma paralela a la evolución de la práctica diaria de los profesionales y de los cambios técnicos y organizativos de esta disciplina. En épocas más recientes estamos asistiendo al desarrollo de sistemas de carrera profesional en los que la

investigación y la valoración de la producción científica van a tener una importancia creciente para optar a nuevos niveles en la misma. Todo esto dibuja sin duda un escenario en el que la investigación y la producción científica de calidad van a cobrar una importancia que hasta ahora no habían tenido.

En cierto modo, este reconocimiento y valoración de las publicaciones en la carrera profesional constituyen una profesionalización de la investigación, que hasta tiempos recientes se había realizado de una forma voluntarista, colateral y con escaso reconocimiento profesional. En definitiva, la investigación (y por tanto la publicación de resultados) en el sector profesional de AP se aproxima a la consideración e importancia que siempre tuvieron en el mundo académico, especialmente en la universidad. Es previsible que una vez consolidado este proceso se produzca un aumento

sustancial en la cantidad y calidad de las publicaciones científicas de AP en los próximos años.

En los próximos años seguirá siendo necesario que los médicos con más experiencia y los nuevos médicos de familia continúen esta apasionante labor, pues sólo el trabajo en equipo permitirá que alcancemos las metas perseguidas.

Bibliografía

1. Alonso Moreno FJ. Investigación en Atención Primaria. Cuadernos de Actualización para Médicos de Atención Primaria. Madrid: Saned; 2008.
2. Sánchez-Celaya del Pozo M. Investigación en atención primaria: continuar avanzando. Aten Primaria. 2008;40:3-4.
3. Segura Frago A. Producción científica en Atención Primaria. SEMERGEN. 2010;36:61-2.

Uso de antimicrobianos en atención primaria: ¿cuándo, cuáles, cómo y por qué?

José Luis Pérez Arellano

Jefe de Sección de Enfermedades Infecciosas y Medicina Tropical, Hospital Universitario Insular, Profesor Titular, Universidad de Las Palmas, Gran Canaria, España

Uno de los grupos farmacológicos empleados con mayor frecuencia en atención primaria es el que incluye a los principios activos eficaces frente a los agentes biológicos. Los fármacos más utilizados de este grupo son los antibacterianos, aunque también los antivíricos, antifúngicos y antiparasitarios forman parte del arsenal terapéutico. A diferencia de otros principios activos, existe una opinión generalizada de que son fármacos inocuos y baratos, por lo que la prescripción de los mismos es "más inmediata" que otros grupos terapéuticos. Sin embargo, el "mal uso" de antimicrobianos se asocia a efectos secundarios importantes, condiciona la selección de resistencias de microorganismos y ocasiona un gasto inútil.

El objetivo de esta ponencia es una revisión práctica del uso de antimicrobianos en atención primaria. Básicamente se articulará en forma de viñetas clínico-terapéuticas que ilustrarán varios aspectos fundamentales: 1) ¿cuáles son los procesos infecciosos más frecuentes en atención primaria y cuáles son los criterios de remisión a atención especializada?; 2) ¿podemos establecer un catálogo mínimo de fármacos útiles (y por lo tanto fáciles de conocer)?; 3) ¿cuál es el papel de los antimicrobianos tópicos, intramusculares e intravenosos en atención primaria?; 4) ¿cómo elegir un tratamiento antimicrobiano. Principios básicos?, y 5) una vez elegido un antimicrobiano, ¿cómo prescribirlo?



Medicina de Familia
SEMERGEN

www.elsevier.es/semergen



MESA REDONDA

Asma, rinitis y otras comorbilidades

Pedro Martín Pérez

Médico de Familia, Centro de Salud Cruce de Arinaga, Agüimes, Gran Canaria, España

Por todos es sabido que las enfermedades alérgicas en general, y el asma en particular, se han convertido en un problema de salud pública de gran magnitud debido a su alta prevalencia en la mayoría de las regiones del mundo, aunque la importancia de la rinitis como entidad patológica es un hecho reciente, desarrollado en las últimas décadas.

La rinitis alérgica es un problema que afecta al 5-50% de la población y su prevalencia va en aumento. La comorbilidad de la rinitis con otras enfermedades alérgicas como conjuntivitis y asma es un hecho cotidiano, bien documentado. De igual forma, la asociación de rinitis con alergia a alimentos y dermatitis atópica es también importante. Aunque no es una enfermedad grave, la rinitis tiene un impacto en la calidad de vida, altera la vida social y afecta al rendimiento escolar y laboral.

Los estudios epidemiológicos han demostrado con claridad que la rinitis y el asma coexisten frecuentemente. La mayoría de los pacientes con asma tiene rinitis, la cual se presenta en más del 75% de los pacientes con asma alérgica (extrínseca) y en más del 80% de aquellos con asma no alérgica (intrínseca). Sin embargo, en muchas ocasiones, el paciente sólo refiere los síntomas que más le preocupan y/o le son molestos, que en la mayoría de los casos son las manifestaciones bronquiales.

La prevalencia de asma en pacientes con rinitis varía entre un 15 y un 40%. Destaca el hecho de que en aquellos con rinitis estacional el asma se presenta en el 10 al 15% de los casos, mientras que en aquellos con rinitis grave persistente se presenta en un 25 a un 40%. Además, la intensidad de la rinitis se relaciona directamente con la gravedad del asma.

En varios estudios se ha señalado que la rinitis alérgica es un factor de riesgo importante para el desarrollo de asma.

Cabe destacar que el asma se ha encontrado asociada tanto a rinitis alérgica como no alérgica, lo cual indica que la interrelación entre ambas enfermedades ocurre independientemente de la presencia o no de atopia.

Llegados a este punto es importante recordar que las fosas nasales, la nasofaringe, la tráquea y los pulmones están anatómicamente contiguos, lo que probablemente determina su frecuente afectación simultánea. Esto, unido a la constatación de que el control subóptimo de los síntomas nasales es una de las causas más frecuentes del asma de mala evolución y ha originado la hipótesis de la "vía aérea única", que sostiene que ambas entidades son los polos opuestos de una única enfermedad cuya base es el proceso inflamatorio crónico de la vía aérea que puede ser mantenido y amplificado por mecanismos interconectados.

Estas enfermedades producen una gran presión asistencial en términos de consultas ambulatorias, ocasionan un deterioro significativo de la calidad de vida y, finalmente, tienen un fuerte impacto en la comunidad por los altos costes socioeconómicos. Por su elevada prevalencia y gran complejidad, las enfermedades alérgicas y el asma se han convertido en un verdadero desafío.

Con esta mesa pretendemos conseguir como objetivo la actualización de los conocimientos en asma, rinitis y su interrelación (comorbilidad), revisando la magnitud del problema de ambas patologías y el impacto de una sobre la otra así como el tratamiento de ambas y su concordancia, sin olvidar otras patologías "nariz-pulmón".

Enfermedad celíaca y síndrome de malabsorción intestinal

Moderador: Antonio Gómez Gras

Médico de Familia, Centro de Salud de Albufera, Alicante, España

Enfermedad celíaca. Síndrome de malabsorción intestinal

Diana García Romero

Médico Especialista en Aparato Digestivo, Hospital José Molina Orosa, Lanzarote, España

El *síndrome de malabsorción intestinal* representa una amplia variedad de procesos con múltiples causas y diversas manifestaciones clínicas. Este término no es el más correcto, ya que representa un *estado fisiopatológico*, pero no proporciona una explicación etiológica del problema subyacente, y por tanto no debe considerarse un diagnóstico final adecuado.

Los síntomas de malabsorción comprenden un amplio abanico, que abarca *síntomas intestinales*; como diarrea, pérdida de peso, vómitos, dolor abdominal, distensión, anorexia; y *extraintestinales*, que pueden ir desde la anemia ferropénica a la malnutrición proteica, pasando por infertilidad, abortos, retraso ponderal, ataxia y neuropatías periféricas, entre otros. Puede manifestarse como una malabsorción global o como déficit de un nutriente concreto en los casos selectivos, por lo que es importante la sospecha clínica.

El síntoma principal de la malabsorción intestinal, aunque no el único y no siempre está presente, es la diarrea crónica, por lo que nos centraremos en ella.

La *diarrea crónica* se define como aumento en el número y cantidad de deposiciones (> 200 g al día), habitualmente de consistencia líquida, de duración mayor de 4 semanas, de forma continua o intermitente.

La diarrea se puede clasificar, según sus características, en osmótica, secretora, esteatorreica, inflamatoria y por otras causas.

La *diarrea osmótica* está presente en aquellas circunstancias en las que existan sustratos osmóticamente activos que no se absorben, como los hidratos de carbono, y característicamente desaparece con el ayuno y produce un aumento del ión GAP. La *diarrea secretora* se produce por alteración del transporte iónico celular. Es acuosa, no dolorosa, no se modifica con la ingesta ni desaparece con el ayuno y presenta una anión GAP normal.

La *esteatorrea* está presente en la mayoría de las causas de malabsorción y maldigestión. Son característicamente pastosas y malolientes y se suelen acompañar de pérdida de peso y déficit de nutrientes.

La *diarrea inflamatoria* puede cursar como malabsorción, maldigestión alteración del transporte iónico y aumento de la motilidad. Suele cursar con dolor abdominal, fiebre, leucocitos y hemáties en heces. Los trastornos de la motilidad pueden llegar a producir una diarrea similar a la secretora o esteatorreica, como se da en el síndrome de intestino

irritable, los fármacos o el hipertiroidismo. No debemos olvidar tampoco las diarreas facticias producidas por toma voluntaria de laxantes (síndrome de Munchausen).

Lo más importante ante la sospecha de malabsorción intestinal es una buena orientación del estudio inicial mediante una *exhaustiva anamnesis*. Es importante insistir en los antecedentes personales, en especial en los casos de celiaquía y enfermedad de Crohn. Otros datos son importantes, como la duración del cuadro, las características de las deposiciones, frecuencia y posibles desencadenantes. Hay que valorar los síntomas acompañantes a la diarrea, tales como pérdida de peso, aftas orales, artralgias, dermatitis, o hiperpigmentación. Debemos considerar las intervenciones quirúrgicas, especialmente sobre el tracto digestivo. La posibilidad de viajes previos al extranjero. La introducción reciente de algún fármaco que pueda producir malabsorción, el consumo de alcohol o de complementos dietéticos.

La *exploración física* debe estar orientada a la búsqueda de nódulos tiroideos, masas abdominales, lesiones dérmicas o edemas. En cuanto a la analítica general debemos buscar leucocitosis, anemia, eosinofilia o déficits nutricionales concretos.

El *diagnóstico etiológico* es difícil, pues hay muchísimas enfermedades que pueden producir malabsorción de nutrientes, tanto enfermedades intestinales (tabla 1) como, por ejemplo, los tipos de esprúe, la gastritis eosinofílica o las enfermedades inflamatorias, entre otras. Y las extraintestinales, pancreáticas, hepáticas, biliares, linfáticas, cardíacas... (tabla 2).

Es recomendable atender a los síntomas, pues nos pueden orientar considerablemente. Por ejemplo, las parestesias, debilidad muscular y tetania nos debe hacer pensar en malabsorción de calcio, vitamina D, magnesio y fosfato, así como la hiperqueratosis folicular en déficit de vitamina A o la presencia de equimosis, petequias y hematomas de fácil producción nos debe hacer sospechar un déficit de vitamina K y vitamina C. Recordemos también que las enfermedades que causan malabsorción suelen producir otros síntomas más característicos, como la amiloidosis, que también produce miocardiopatía, nefropatía o macroglosia; o la enfermedad de Crohn, que puede cursar con artritis, epiescleritis, úlceras orales, etc.

Entre los *hallazgos de laboratorio*, podemos hacer una diferenciación inicial entre malabsorción y maldigestión. Si hay disminución de triglicéridos, disminución de calcio y aumento del tiempo de protrombina debemos orientarnos hacia una maldigestión, con posible origen biliar o pancreático, mientras que si predomina el déficit de vitamina B12, folato, hierro y albúmina debemos decantarnos por un origen intestinal, malabsortivo.

Otros hallazgos de laboratorio orientativos son las alteraciones del metabolismo óseo, con aumento aislado de la FA,

Tabla 1 Enfermedades que causan malabsorción de nutrientes

Enfermedades intestinales	Enteropatía autoinmunitaria	Inmunodeficiencias primarias
Alergias a los alimentos	Enteropatía en copete	Isquemia intestinal
Amiloidosis	Esprúe celíaco	Linfoma intestinal
Defectos congénitos del enterocito	Esprúe colágeno	Malabsorción intestinal de ácidos biliares
Deficiencia de enterocinasa	Esprúe refractario	Malabsorción postinfecciosa
Enfermedad de Crohn	Esprúe tropical	Mastocitosis
Enfermedad por inclusión de microvellosidades	Fístulas	Resecciones o derivaciones intestinales
Enfermedad de injerto contra huésped	Gastroenteritis eosinofílica	Sarcoidosis
Enfermedad inmunoproliferativa de intestino delgado	Hipolactasia	Síndrome de alteración de la regulación inmunitaria-poliendocrinopatía-enteropatía ligado al X
Enteritis por radiación	Infecciones intestinales	Síndrome de sobrecrecimiento bacteriano
Enterocolitis ideopática crónica no granulomatosa	Sida	
	Criptosporidiasis	
	Complejo <i>Mycobacterium avium</i>	
	Infecciones víricas	
	Giardiasis	
	Infecciones por helmintos	
	Tuberculosis	
	Enfermedad de Whipple	

con mayor o menor medida de déficit de calcio, puede indicar una malabsorción de vitamina D. Si existe alargamiento del tiempo de coagulación no explicado debemos sospechar un déficit de absorción de vitamina K. En la anemia macrocítica hay que considerar malabsorción de vitamina B12 y folato y en una anemia ferropénica debemos sospechar malabsorción de hierro, teniendo especial cuidado con la enfermedad celíaca, en la que puede ser el único hallazgo.

El *diagnóstico* definitivo es complejo y en muchas ocasiones requiere de la realización de pruebas invasivas, farragosas, complejas y caras, que tampoco suponen un cambio drástico en el manejo posterior, por lo que en bastantes casos el diagnóstico definitivo no llega a producirse, quedándonos con un diagnóstico de sospecha.

Disponemos de una serie de tests *invasivos* y *no invasivos* para el diagnóstico del síndrome de malabsorción intesti-

Tabla 2 Enfermedades que causan malabsorción de nutrientes

Enfermedades gástricas	Enfermedades hepáticas	Tumores neuroendocrinos
Gastritis atrófica	Cirrosis	Glucagonoma
Gastritis autoinmune (anemia perniciosa)	Errores innatos de la biosíntesis y el transporte	Síndrome carcinoide
Resección gástrica	Hepatopatía parenquimatosa	Síndrome del somatostatino
Enfermedades pancreáticas	Hipertensión portal	Síndrome de Zollinger-Ellison
Insuficiencia pancreática	Enfermedades biliares obstructivas	Enfermedades cardíacas y vasculares
Fibrosis quística	Cirrosis biliar primaria	Insuficiencia cardíaca
Pancreatitis crónica	Colangitis esclerosante primaria y secundaria	Pericarditis constrictiva
Síndrome de Johanson-Blizzard	Tumores biliares	Causas endocrinas
Síndrome medular pancreático de Pearson	Enfermedades linfáticas	Diabetes mellitus
Síndrome de Shwachman	Linfangiectasias intestinales	Enfermedad de Addison
Deficiencias congénitas de enzimas pancreáticas	Primaria	Hipertiroidismo
Deficiencia de colipasa	Secundaria	MEN tipo 1
Deficiencia de lipasa	Linfoma	Enfermedades sistémicas
Deficiencia de tripsinógeno	Tumores sólidos	Enfermedad mixta del tejido conjuntivo
Tumores pancreáticos	Traumatismo, lesión u obstrucción del conducto torácico	Esclerodermia
		Lupus eritematoso sistémico
		Malnutrición proteico-calórica
		Neurofibromatosis tipo 1
		Síndrome de Cronkhite-Canada

nal. Muchos de ellos son muy farragosos, incómodos para el paciente o de escasa distribución dado su precio.

Los más importantes son: test de la D-xilosa en orina, análisis fecales, test del aliento o del aire espirado, test de intolerancia a la lactosa, test de Shilling, estudios radiológicos, endoscopia digestiva con toma de biopsia duodenal.

El test de la D-xilosa permite valorar la función mucosa del intestino delgado proximal. Consiste en la administración de 25 g de D-xilosa vía oral y el análisis de la orina excretada en las siguientes 5 h. Es anormal si la excreción de D-xilosa es menor de 4,5 g. Su resultado patológico nos indica una enfermedad de la mucosa duodenal y yeyunal. Tiene un alto porcentaje de falsos negativos por lo que su uso ha disminuido notablemente.

El *análisis de la grasa fecal* puede ser de varios tipos haciendo determinación cuantitativa, semicuantitativa o cualitativa. La cuantificación cuantitativa es la considerada más fiable, pues nos informa de la gravedad de la esteatorrea, pero es muy farragosa e incómoda tanto para los analistas como para el paciente, que a menudo envía muestras incompletas, pues es preciso recoger las heces durante 72 h. Existe una prueba cualitativa, que es rápida y económica y nos permite saber si hay esteatorrea o no, pero no nos informa del grado de severidad. Por otro lado, el análisis de heces por sí mismo no es capaz de diferenciar entre causas pancreáticas, biliares o intestinales y su normalidad no excluye la malabsorción, aunque sí es útil para establecer la presencia de esteatorrea y para monitorización de tratamiento en pacientes diagnosticados.

La base de las *pruebas respiratorias* consiste en detectar los sustratos volátiles producidos por la fermentación bacteriana en nuestro intestino y expulsados posteriormente en el aire espirado. Los sustratos más utilizados son el hidrógeno y el carbono marcado con radioisótopos. La prueba de lactosa-H nos permite diagnosticar el déficit de lactasa; el test de xilosa-C14 y de lactulosa-H estudia el sobrecrecimiento bacteriano; el test de ácidos biliares-C14 nos permite diagnosticar el sobrecrecimiento bacteriano y la malabsorción de ácidos biliares. Aunque el test de lactosa-H se considera de referencia por los investigadores, existen varias limitaciones. Una de ellas, importante, es que hay un 18% de la población que no elimina hidrógeno espirado, por lo que hay muchos falsos negativos. Y cuando se usa carbono catorce existe una exposición a los radioisótopos, no claramente necesaria, así como la necesidad de una gammacámara para su estudio. Dado el coste de estas pruebas su uso está poco extendido. El *test de tolerancia a la lactosa* consiste en la medida de la glucemia basal y 30 min después de la ingesta de 50 g de lactosa. Si existe un incremento de los niveles de glucosa menor de 20 mg/dL del basal se considera patológico. La limitación es que esta prueba tiene una baja sensibilidad.

El test de *Schilling* nos permite valorar la malabsorción de vitamina B12, diferenciando si el origen del trastorno es gástrico, pancreático o intestinal. La prueba consiste en la ingestión de cobalamina marcada con cobalto 58 y demostrar su absorción reducida en sangre. Luego se administra factor intrínseco externo y se vuelve a determinar el nivel de cobalamina marcada, normalizándose su valor si la causa es gástrica. En un tercer paso se administrarían enzimas pancreáticas y si normaliza con ellas nos da el diagnóstico

de insuficiencia pancreática. Si no se ha normalizado en ninguno de los casos podemos efectuar un último paso realizando la prueba nuevamente tras 5 días de antibioterapia contra anaerobios, teniendo el diagnóstico de sobrecrecimiento bacteriano si se normaliza en esta ocasión.

Podemos obtener información importante con estudios radiológicos, siendo la ecografía o el TAC necesarios para descartar origen tumoral si ésta es la sospecha. El tránsito intestinal nos da información importante acerca de la estructura mucosa del intestino delgado, siempre que se haga con la cantidad suficiente de bario, o recurriendo a la técnica de enteroclisia, que consiste en introducir el contraste de bario directamente en el duodeno mediante una sonda colocada bajo control fluoroscópico. El principal problema es la mala tolerancia del paciente.

La gran rentabilidad diagnóstica de la biopsia duodenal distal junto con el fácil acceso actual ha hecho que la panendoscopia oral se haya convertido en la técnica de referencia, pues permite valorar de forma directa la integridad mucosa. Permite la obtención de aspirado duodenal para cultivo y diagnóstico del sobrecrecimiento bacteriano y una orientación clara sobre determinadas enfermedades digestivas.

Las principales indicaciones para realizar una biopsia de intestino delgado son el estudio de la esteatorrea o diarrea crónica y las alteraciones del tránsito intestinal.

Una de las posibles orientaciones diagnósticas en las diarreas crónicas es solicitar estudio de esteatorrea y, en caso de presentarla, realizar un test de D-xilosa para diferenciar si se trata de una esteatorrea pura o una malabsorción global (fig. 1). En caso de que nos encontremos ante una esteatorrea pura, debemos sospechar una maldigestión principalmente por insuficiencia pancreática exocrina. Si los tenemos disponibles podemos realizar entonces test de función pancreática y si son patológicos o si desgraciadamente no disponemos de ellos, podemos pasar a un tratamiento empírico con enzimas pancreáticas. En caso de encontrarnos ante una malabsorción global, existe probablemente un trastorno de la mucosa, pudiendo optar aquí por el test del aliento específico para carbohidratos y aminoácidos, si disponemos de ellos o pasar directamente a técnicas invasivas como son la endoscopia oral para conseguir una biopsia duodenal o un aspirado yeyunal, un tránsito intestinal, si fuese posible con enteroclisia y completar con un estudio inmunológico. Si se trata de un sobrecrecimiento bacteriano (propio de las gastrectomías y resecciones intestinales), debemos iniciar el tratamiento antibiótico. Con estas pruebas y la biopsia intestinal es muy posible que tengamos un diagnóstico o al menos una fuerte sospecha diagnóstica.

El *manejo terapéutico* del síndrome de malabsorción intestinal se basa en 2 pilares fundamentales: la corrección de las *deficiencias nutricionales* y el *tratamiento de la enfermedad subyacente*.

El tratamiento es muy diverso, tanto como la enfermedad específica que lo produzca; así, por ejemplo, en la malabsorción de lactosa el tratamiento se basa en suprimir la lactosa de la dieta. En la malabsorción de fructosa evitar los alimentos con alto contenido en fructosa (alimentos para diabéticos). En la amiloidosis se pueden realizar ensayos terapéuticos con la administración de opiáceos para enlentece el tránsito. Incluso el uso de octeótrido, un análogo sintético de la somatostatina, parece haber dado resultado en

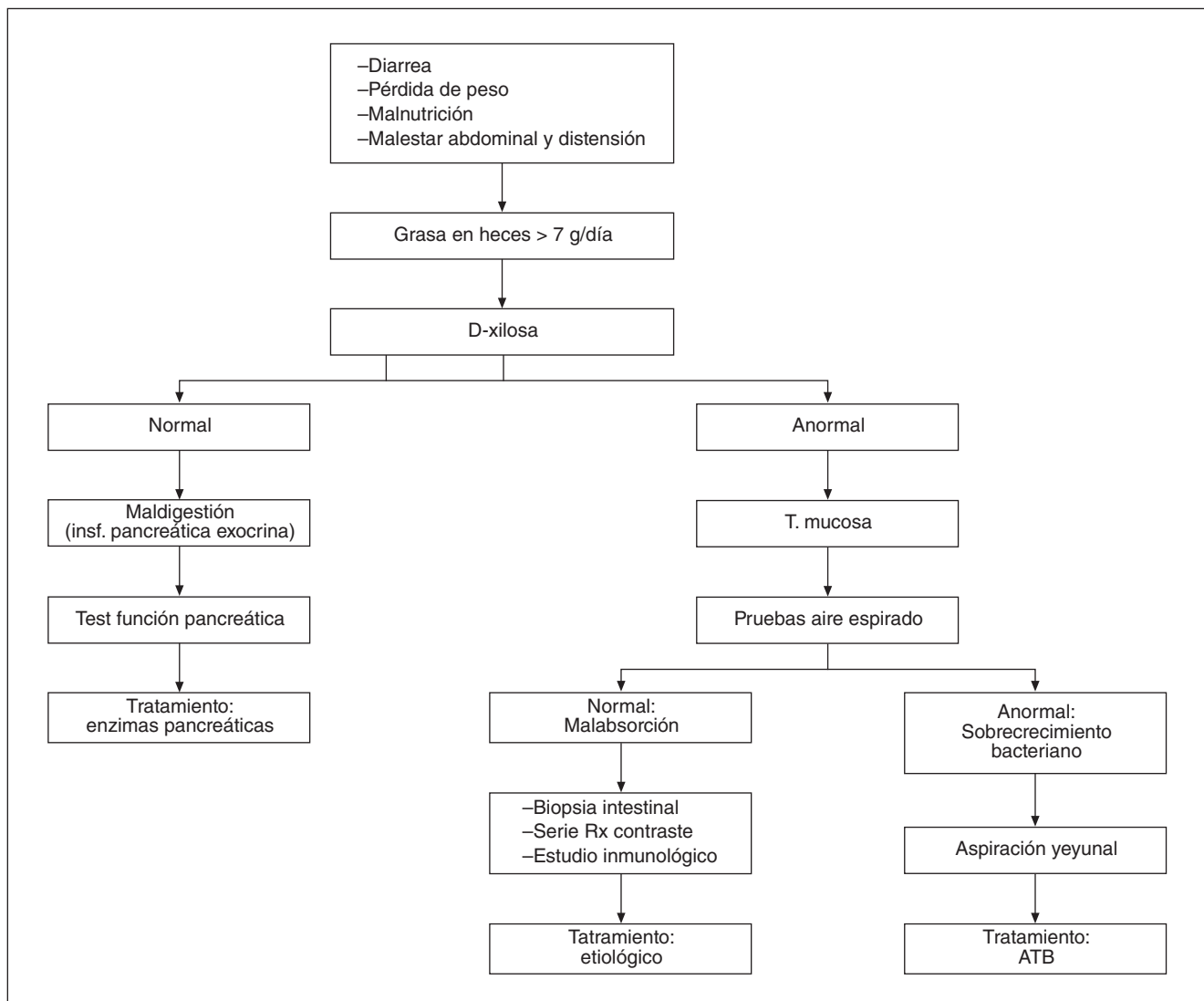


Figura 1

estudios preliminares. En la esclerodermia, se puede dar sobrecrecimiento bacteriano debido a la hipomotilidad intestinal, por lo que el tratamiento antibiótico puede ser una alternativa terapéutica. No debemos olvidar la existencia de fármacos que causan malabsorción, en cuyo caso el problema se resuelve tras la retirada del fármaco causal.

En las malabsorciones secundarias a resección gástrica debemos administrar complementos nutricionales e inhibidores de la bomba de protones (IBP). En el sobrecrecimiento bacteriano el tratamiento es antibioterapia activa frente a enterobacterias, como la amoxicilina, el metronidazol o el ciprofloxacino. En la enfermedad celíaca debemos evitar el contacto con el gluten. En el esprúe tropical se utiliza el abandono del área endémica y antibióticos como el trimetoprim-sulfametoxazol durante largos períodos de tiempo. Si la causa subyacente es una insuficiencia pancreática exocrina el tratamiento consiste en la administración de enzimas pancreáticas en dosis adecuadas.

En definitiva, el síndrome de malabsorción intestinal representa un estado fisiopatológico, que puede estar produ-

cido por una amplia variedad de situaciones clínicas, por lo que la orientación diagnóstica, resultado de una rigurosa anamnesis y exploración física completa, es fundamental. El síntoma guía es la diarrea crónica, aunque no debemos olvidar que existen muchos síntomas extraintestinales y enfermedades malabsorbtivas de nutrientes concretos.

Las pruebas diagnósticas directas son en general farragosas y de difícil acceso, siendo en la actualidad la endoscopia oral con biopsia intestinal la prueba más importante. Por último, el manejo terapéutico debe dirigirse a una complementación nutricional adecuada y al tratamiento de la enfermedad subyacente.

Bibliografía

1. Feldman, Sleisenger, Fordtran, et al. Enfermedades Digestivas y Hepáticas, 8ª Ed. Volumen 2, Capítulos 97 y 98; p. 2147-42.
2. Harrison, Fauci, Braunwald, Kasper, et al. Harrison. Principios de Medicina Interna, 17ª ed. Edición digital. Capítulos 40 y 288.

Diagnóstico precoz de enfermedad celíaca en atención primaria

Mercedes Ricote Belinchón

Miembro del Grupo de Trabajo de Patología Digestiva de SEMERGEN-AP, España

La enfermedad celíaca (EC) es una intolerancia permanente a las proteínas del gluten del trigo (gliadina), del centeno (secalina), de la cebada (hordeína) y del triticale (híbrido de trigo y centeno), que se presenta en individuos genéticamente predispuestos, que produce una respuesta inmune que produce las lesiones en la mucosa intestinal. Estas lesiones pueden ir desde las formas más leves de afectación de la mucosa hasta la atrofia de las vellosidades intestinales.

La EC puede presentarse a cualquier edad, la enfermedad es asintomática en la mayoría de las ocasiones, aunque todas las formas de la enfermedad pueden producir estados carenciales como anemia, osteopenia y osteoporosis, además de un amplio cuadro de síntomas tanto digestivos como extradigestivos.

Está presente en Europa, en los países poblados por personas de ascendencia europea y también en Oriente Medio, Asia, Sudamérica y Norte de África.

La prevalencia mundial se estima en 1/266, y en España oscila entre 1/118 en la población infantil y 1/389 en la población adulta. La EC afecta tanto a niños como a adultos y la relación mujer/varón es de 2:1.

Las formas clínicas de presentación de la EC son muy variadas; van desde la EC clásica, con síntomas graves de malabsorción, la EC monosintomática, actualmente la más frecuente, la EC silente, sin clínica pero con lesiones histológicas, la EC latente, que en algún momento de su vida presentará clínica de la enfermedad, y la EC potencial, individuos genéticamente predispuestos. Según diversos estudios epidemiológicos realizados en todo el mundo, la EC sin sintomatología clásica es más frecuente que la forma sintomática, por lo que se dice que la prevalencia de la enfermedad tiene características de iceberg, ya que existe un importante número de casos sin detectar, lo que hace que la EC sea un reto de salud para atención primaria.

Las manifestaciones clínicas de la EC son muy variadas. En el adolescente puede presentarse sin síntomas digestivos, presentándose como: una anemia ferropénica rebelde a la ferroterapia oral, estreñimiento, dolor abdominal, menarquía retrasada e irregularidades menstruales, cefaleas, artralgias y hábito intestinal irregular. Los signos que presentan con mayor frecuencia son: talla baja, aftas orales, hipoplasia del esmalte, distensión abdominal, debilidad muscular, artritis, osteopenia y queratosis folicular. Y en el adulto también tiene distintos patrones de presentación, siendo la forma más grave con un síndrome de malabsorción grave con esteatorrea y signos de malnutrición es muy poco frecuente, siendo más frecuente la presentación de formas monosintomáticas o paucisintomáticas de la enfermedad.

Para el diagnóstico de EC desde atención primaria debemos realizar cribado para EC en pacientes con: dispepsia posprandial, síndrome de intestino irritable (es especialmente

sospechoso el enfermo con diarrea como síntoma principal), dermatitis herpetiforme (es la expresión cutánea de la EC), pacientes con familiares de enfermos celíacos (prevalencia del 5 al 15%) y aquellos pacientes con enfermedades como: enfermedades autoinmunes e inmunopatías, algunas cromosomopatías como síndrome de Down, asociadas a la EC.

Ante la sospecha clínica de EC, los marcadores séricos son de gran utilidad para el diagnóstico, aunque el patrón de oro para el diagnóstico sigue siendo la biopsia intestinal.

Los marcadores séricos ayudan a seleccionar a los individuos con mayor probabilidad de presentar la EC, como en pacientes sin síntomas gastrointestinales, con enfermedades asociadas a la EC y para el despistaje de familiares de primer grado de enfermos diagnosticados.

Los marcadores disponibles actualmente son los:

- Anticuerpos antigliadina (AGA): fueron los primeros en utilizarse. Son tanto de clase IgA como IgG. Se utilizan preferentemente los de clase IgA y su eficacia para el cribado de EC es mayor en niños que en adultos.
- Anticuerpos antiendomiso (EMA): son también de clase IgA. Su sensibilidad y su especificidad son variables según la edad. Tienen el inconveniente de la laboriosidad de su determinación y su interpretación es subjetiva.
- Anticuerpos antitransglutaminasa tisular humana de clase IgA (AAtTG): los AAtTG se han mostrado como los marcadores más útiles.

Actualmente existe acuerdo generalizado en utilizar sólo los AAtTG para el cribado de EC. También está disponible la determinación de AAtTG de clase IgG, especialmente útil en caso de déficit de IgA asociado a EC.

Los estudios genéticos (HLA-DQ2/DQ8) son útiles en el manejo de la enfermedad celíaca, dado que casi la totalidad de los pacientes celíacos son HLA-DQ2 o DQ8 positivos. Su determinación tiene utilidad clínica en alguna de las situaciones siguientes:

- Investigar la existencia de EC en pacientes con sospecha clínica bien fundada y estudio serológico negativo.
- Seleccionar individuos de alto riesgo entre familiares y pacientes con enfermedades asociadas con anticuerpos positivos y biopsia normal. Investigar la susceptibilidad genética en familiares de un paciente celíaco. Pacientes con anticuerpos positivos que rechacen la biopsia. Pacientes que siguen una dieta sin gluten, sin haber sido correctamente diagnosticados de enfermedad celíaca y en los que se plantea la reintroducción del gluten. A pesar de todo esto, la prueba de oro para establecer el diagnóstico definitivo consiste en la práctica de una biopsia del duodeno proximal o del yeyuno. Siempre debe llevarse a cabo este procedimiento antes de proceder a la retirada del gluten de la dieta. Las lesiones histológicas pueden ser parcheadas y el espectro de lesiones histológicas que presentan estos pacientes es amplio y oscila desde formas de enteritis linfocíticas, donde únicamente se encuentra un incremento de la población de linfocitos intraepiteliales, hasta la atrofia grave de la mucosa.

El único tratamiento eficaz de la enfermedad celíaca es una dieta estricta sin gluten durante toda la vida. Hay que

excluir de la dieta el trigo, la cebada, el triticale, el centeno y todos sus derivados incluidos los almidones. Para conseguir una dieta sin gluten es necesario recurrir a un consumo preferente de alimentos naturales: carnes, pescados, huevos, leches y derivados, legumbres, frutas, verduras y hortalizas y cereales sin gluten como el maíz o arroz.

Suprimiendo el gluten de la dieta conseguiremos una mejoría de los síntomas aproximadamente a partir de las 2 semanas, la normalización serológica entre los 6 y los 12 meses y la recuperación de las vellosidades intestinales en

torno a los 2 años de iniciado el tratamiento. En pacientes adultos, la respuesta clínica suele ser más lenta.

Es preciso realizar un seguimiento clínico de estos pacientes, la determinación de AAtTG es de utilidad para el control del seguimiento correcto de la dieta cuando la serología ha sido positiva.

Cuando el paciente no sigue el tratamiento algunas de las complicaciones que puede presentar son: hipoesplenismo, insuficiencia pancreática exocrina, osteoporosis, crisis celíaca, yeyunoileítis ulcerativa crónica, sobrecrecimiento bacteriano y linfoma no Hodgkin.

Novedades en el tratamiento del paciente diabético tipo 2

Moderador: Javier Mediavilla Bravo

Médico de Familia, Centro de Salud Pampliega, Burgos, España. Coordinador del Grupo de Diabetes de SEMERGEN

Fundamento clínico de sitagliptina para el médico de atención primaria

José Juan Alemán Sánchez

Médico de Familia, Centro de Salud de Tacoronte, Santa Cruz de Tenerife, España

El tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) se basa en una estrategia de abordaje escalonado, comenzando con las medidas higiénico-dietéticas, combinada con 1 o más fármacos hipoglucemiantes. El primer fármaco a introducir es, sin duda alguna, la metformina. Pero el carácter progresivo de la diabetes exige continuar en el escalonamiento terapéutico, y es a partir de aquí donde el clínico dispone de un abanico de opciones. Son varios los factores a tener presente para decidir la mejor opción: el porcentaje de HbA1c que se ha de reducir, el riesgo potencial de hipoglucemia, el incremento de peso, la experiencia de uso, el precio y la facilidad de administración son algunos de los que más influyen en esta decisión.

A pesar de los avances terapéuticos en el manejo de la DM2 en los últimos años, más del 60% de los pacientes no alcanzan valores de HbA1c inferiores al 7%. Debido a ello,

muchas investigaciones se han focalizado en identificar nuevos mecanismos involucrados en el deterioro progresivo de la enfermedad y en nuevos fármacos que puedan mejorar tanto el control glucémico como evitar o retrasar esta progresión. A los ya conocidos mecanismos clásicos del déficit de insulina, de la insulina-resistencia y de la inadecuada regulación de la secreción de glucagón, tendríamos que incorporar un cuarto mecanismo implicado en la fisiopatología de la DM2: el déficit de producción y/o acción de las incretinas.

Las incretinas son enterohormonas que estimulan la secreción de insulina en respuesta a la ingesta de nutrientes. Glucagon like peptide-1 (GLP1) y polipéptido insulínotropo glucosa dependiente (GIP) son las principales incretinas descubiertas hasta la fecha. Ambas presentan también efecto trófico sobre las células beta de los islotes pancreáticos. Ambas incretinas son rápidamente depuradas por la enzima dipeptidilpeptidasa-4 (DPP-4). Nuevos fármacos, como los inhibidores de DPP-4, se presentan como una terapéutica prometedora para los pacientes con DM2.

Entre ellos destaca especialmente la sitagliptina, que por su mayor experiencia ha pasado a ser el referente de este grupo terapéutico y que en la práctica clínica ha demostrado sus indudables beneficios.

En la presente exposición se pretenden señalar los principales aspectos que hacen de la sitagliptina una opción atractiva en un número significativo de escenarios clínicos.

Prevención integral del riesgo cardiovascular

Moderador: **Alberto Calderón Montero**

Miembro del Grupo de Trabajo de Hipertensión Arterial de SEMERGEN. Miembro del Grupo de Trabajo de Hipertensión Arterial de la Sociedad Española de Cardiología

Un nuevo paradigma ve la luz

Lisardo García Matarín

Médico de Familia, Doctor en Medicina, Coordinador de la UGC, Vícar, Almería, España. Miembro del Grupo de Trabajo de HTA de SEMERGEN

El cambio en el paradigma de una enfermedad o conjunto de enfermedades no se produce de la noche a la mañana. Sabemos cómo se generan los paradigmas y los referentes en la ciencia actual: un cúmulo de evidencias (pruebas) se van generando en un sentido explicativo de la realidad, todas ellas conforman una concepción concreta y objetiva de esa realidad. Consolidada esa manera de entender la realidad, en un espacio de tiempo variable van apareciendo continuamente nuevos hallazgos, experiencias o conocimientos que ponen en pie hipótesis que cuestionan o erosionan esa concepción asentada y aceptada por todos, llegando un momento de clímax o inflexión en el que se ha producido tal cantidad de información en contra de esa norma o referente científico, que lo hace tambalear y termina cayendo, ocupando este nuevo paradigma el hueco dejado por aquél.

En líneas generales, es éste el procedimiento que ha ocurrido con los factores de riesgo vascular (FRC) en los últimos años, en la prevención primaria de la enfermedad cardiovascular. Hasta el final de los años ochenta diagnosticábamos y tratábamos, en líneas generales, cada factor por separado, sin ver globalmente el riesgo global que portaba el paciente. Este enfoque (valoración global del RCV en un

paciente determinado según la carga de factores de riesgo clásico que acumula: hipertensión, dislipemia y tabaquismo, y diabetes, básicamente) hace que sea más eficiente y racional el abordaje del paciente y, lo que es más importante, reduce la morbilidad de los pacientes que atendemos.

Las principales evidencias científicas de alta calidad que han apoyado este cambio de paradigma han sido el pionero y celeberrimo estudio de Framingham, el estudio Interheart y, más recientemente, el estudio Steno-2, de 13 años de seguimiento. El estudio angloescandinavo del ASCOT, tanto en su parte ciega como abierta, y, sobre todo, el estudio Ontarget, donde un abordaje integral ha demostrado disminuir la morbimortalidad cardiovascular.

La enfermedad cardiovascular tiene una dimensión social y es un auténtico azote que amenaza la salud de miles de personas en el mundo (tanto del desarrollado como en vías de desarrollo) y obliga, por su alta frecuencia y costes, a que Estados y profesionales implementen en el día a día los conocimientos recogidos en la investigación y de los que indudablemente se beneficiarán los pacientes que tratamos.

La prevención primaria de la enfermedad cardiovasculares es una empresa de tal envergadura (primera causa de morbimortalidad en España, Europa y EE.UU.; un 30% de la población general presenta más de un factor de riesgo vascular) que sin una estrategia planificada y sin un cambio organizativo y de paradigma en la atención sanitaria que prestamos, es imposible abordar con solvencia y eficiencia este problema. Éste es uno de los mayores retos que tienen planteado hoy el sistema sanitario, en general, y la atención primaria, en particular, en nuestro país.



Medicina de Familia
SEMERGEN

www.elsevier.es/semergen



SEMINARIO

Abordaje de la familia con un enfermo terminal

Familia y sufrimiento

Manuel Ojeda Martín

Unidad de Medicina Paliativa, Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria, España

Introducción

*"No se puede amar perfectamente,
sino lo que se ha perdido para siempre"*
Jean Rostand

La unidad a tratar es siempre el enfermo y los familiares. Una familia es un lugar de las relaciones afectivas más próximas y la aparición o la presencia de una enfermedad crónica de esta gravedad la trastorna indefectiblemente. Por otra parte, podemos decir que en la mayoría de las ocasiones el enfermo sufre tanto por la situación de sus familiares como por su propia enfermedad. La experiencia de la enfermedad terminal es una tensión que comparten pacientes y familia. Los moribundos expresan preocupación por la carga que recaerá sobre la familia y sobre cómo le harán frente: los parientes comprenden al enfermo. Las preocupaciones de la familia tienen un foco importante: la angustia que aflige al enfermo. A su vez, los enfermos perciben bien que sus males perturban a sus parientes. Pueden saber también que por culpa de su enfermedad trabajan más o que el resto de la familia se ha privado de cosas. O sea, que probablemente todos simpatizan y sufren por sus problemas emocionales o físicos. El cariño de los familiares les hace tener una preocupación equivalente de que el moribundo puede caer en peores desalientos antes de morir. En muchos terrenos, pacientes y familiares son las 2 caras de la misma moneda.

Muchos son los problemas que caen sobre los hombros de los familiares de un moribundo. Pero además de compartir problemas, los parientes sufren la tensión debida a las alteraciones que ha sufrido su propia pauta de vida. El cónyuge superviviente suele ser también de edad avanzada porque en general hoy día la gente muere mayoritariamente en la vejez; esto hace que las tareas que le corresponden resul-

ten agotadoras. Atender en el hogar a un moribundo generalmente exige, tarde o temprano, esfuerzos físicos, en particular cuando el paciente está débil o paralizado. Levantar o sostener a una persona obligada a estar en cama, que necesita ayuda para lavarse o para satisfacer sus necesidades fisiológicas, no tiene nada de sencillo. El problema puede agravarse por la incontinencia del enfermo. Aun si la persona que está por morir no debe guardar cama, es muy probable que necesite auxilio y ayuda físicos. Si el sueño nocturno se interrumpe por razón de las necesidades del paciente, ello minará las fuerzas de la familia, sobre todo si el enfermo es inquieto y está confuso. Encima de todo, las preocupaciones de los pacientes, además de ser una carga para la familia, tienen algún fundamento. Los cambios materiales que se producen en el hogar de los moribundos son muchas veces profundos. Si el paciente fue el principal sostén de la familia, sus ingresos económicos pueden haberse reducido espectacularmente. Y si quien está enferma es la esposa, los demás familiares pueden resultar sustitutos torpes e incompetentes. Sin duda, disminuirá el entusiasmo inicial de quien se ofrezca a ayudar.

Si el enfermo está en su casa y necesita atención constante, los parientes deberán restringir su propia vida social, y si sólo hay un pariente, su vida acabará reducida a atender a la persona que está por morir. Día tras día, no habrá interrupción o descanso. Si el paciente está en el hospital, el costo físico será menor, pero las visitas repetidas al hospital imponen una carga considerable, esto es frecuente sobre todo si el pariente ha de depender del transporte público.

Aun siendo todo esto cierto, también es verdad que compartir el trance de morir y cuidar de una persona querida que agoniza es una forma poderosa de intercambiar amor, solidaridad y respeto, y representa una prueba personal sublime y enriquecedora.

Miedos comunes ante la muerte del ser querido

Es muy probable que sea la primera vez que en esa familia se produce una situación de este tipo. Por lo tanto, es comprensible que haga su aparición una serie de miedos, muchas veces intensos, que tendremos que tener en cuenta en el momento de planificar los cuidados a los familiares y a lo largo del proceso. Por ejemplo, los siguientes:

- Miedo a que vaya a sufrir mucho.
- Miedo a que no vaya a recibir la atención adecuada.
- Miedo a hablar con el ser querido.
- Miedo a que su ser querido adivine su gravedad.
- Miedo a estar solo con el ser querido en el momento de la muerte.
- Miedo a no estar presente cuando muera el ser querido.

Dificultades comunes de los familiares

Los familiares de un paciente terminal no sólo deben enfrentarse a la idea de la muerte en sí y de la ausencia definitiva del ser querido, sino tomar una serie de decisiones, adaptarse a diferentes exigencias, cumplir con una serie de tareas que resultan contradictorias y enfrentar reacciones emocionales, ambivalentes y perturbadoras tanto para la familia como para el individuo.

Debemos comprender las dificultades que tiene que afrontar la familia de quien va a morir; forman parte importante del duelo anticipatorio que se analizará en un apartado posterior. Podemos citar las siguientes:

- Dificultad para compartir el afecto y cariño con el moribundo.
- Dificultad para actuar “con naturalidad” ante su enfermo.
- Dificultad para aceptar que su ser querido “se está realmente muriendo”.
- Dificultad para asumir las responsabilidades que tenía el enfermo.
- Dificultad para cuidar al paciente.
- Dificultad para repartirse las responsabilidades del cuidado del que está por morir.
- Dificultad para aceptar que su enfermo escogió como persona significativa a alguien ajeno a la familia.
- Dificultad para continuar sus relaciones con el mundo externo.
- Dificultad para despedirse de su ser querido y “darle permiso” para morir.

Impacto de la enfermedad terminal sobre los familiares

En la situación de enfermedad terminal, la presencia de la muerte está siempre ahí de forma más o menos explícita.

Morir nunca ha sido fácil, pero probablemente las circunstancias en las que nuestro tiempo y nuestra cultura envuelven a la muerte no han ayudado, sino al contrario, a asumir la muerte como una parte más de la vida.

Tenemos que saber y reconocer que el impacto se produce precisamente porque somos humanos y porque nuestra convivencia está basada en relaciones de interdependencia y amor. Debemos darnos cuenta, entonces, que el hecho de que estas situaciones nos produzcan impacto es un proceso completamente normal. Lo que sería patológico sería que estas situaciones no nos afectasen.

El impacto de la enfermedad sobre el ámbito familiar está determinado por diversos factores que se analizan a continuación y en función de los cuales podremos intervenir posteriormente en el tratamiento familiar.

- Circunstancias personales del enfermo o específicas de la enfermedad.
- Relaciones familiares.
- Reacciones y estilo de convivencia en pérdidas anteriores.
- Personalidad y estilo de vida “del que se queda”.
- Relaciones y recursos sociales.
- Falta de adecuación de objetivos entre el enfermo y los familiares.
- La falta de control de los síntomas.
- Medio hostil y alejado.
- Tiempo.
- Problemas concretos.
- La información.
- Otros factores.

Crisis de claudicación emocional de los familiares

Causas

- Aparición de síntomas nuevos o agravamiento de alguno preexistente.
- Sentimientos de pérdida, miedos, incertidumbre.
- Dudas sobre el tratamiento previo o su evolución. Factores que intervienen
- Tipo de familia.
- Lugar de residencia.
- La comunicación entre los miembros de la familia.
- Trayectoria de la enfermedad.
- Las experiencias anteriores.
- La vigencia de problemas no resueltos.
- La ausencia de programas e intervenciones preventivas.
- El protagonismo de última hora.
- La injerencia intempestiva.
- Los “buenos samaritanos”.

Tratamiento

- Instaurar medidas de control de síntomas.
- Mostrar disponibilidad (lugar tranquilo, sin prisas).
- Aclarar dudas sobre la evolución. Revisar los últimos acontecimientos.
- Recordar los objetivos terapéuticos.
- Dar sugerencias sobre “cómo” estar con el enfermo y “cómo” comunicarse con él.

Como casi siempre, lo mejor será prevenir la aparición de estas crisis antes que tener la necesidad de tener que tratarlas. A continuación se enumeran algunas estrategias que pueden evitar o minimizar estas crisis.

Prevención de las crisis de claudicación familiar (con relación al enfermo)

- Información y comunicación franca y honesta (enfermo-familia-equipo).
- Escucha atenta de sus preocupaciones y prioridades.
- Relación de ayuda eficaz.
- Seguridad y continuidad en los cuidados.

- Tener en cuenta y respetar el rol familiar y social.
 - Ritmo tolerable de deterioro físico y psíquico.
 - Adaptación paulatina a las limitaciones producidas por la enfermedad.
 - Apoyo psicoemocional.
 - Participación en la planificación y evaluación de los cuidados y terapias.
 - Información pausada y dosificada sobre el pronóstico y la evolución.
 - Espacio adecuado y tiempo suficiente para la expresión de emociones y sentimientos de duelo anticipado.
 - Seguridad y protección física.
 - Buen control de todos los síntomas objetivos y subjetivos.
- Prevención de las crisis de claudicación familiar (con relación a los miembros del grupo familiar)**
- Inclusión de la familia y paciente como unidad a tratar.
 - Escucha atenta de sus demandas y sugerencias.
 - Darles tiempo para que asuman la situación.
 - Información puntual, adecuada, honesta, comprensible y continua sobre la enfermedad y su evolución.
 - Entrenamiento y participación en las tareas de cuidado.
- Implicación de mayor número posible de miembros familiares.
 - Facilitar el descanso en caso de agotamiento (físico o psíquico) del cuidador principal único, ingresando al paciente, si es necesario, por algún período corto de tiempo.
 - Entrenamiento para las técnicas de control de los síntomas.
 - Información sobre los recursos disponibles en la comunidad.
 - Fijar objetivos realistas, a corto y medio plazo.
 - Vivir y cuidar día a día.
 - Reducir los efectos negativos de la conspiración del silencio en el paciente, estimulando la comunicación entre los miembros.
 - Soporte y apoyo psicoemocional, individual y grupal.
 - Facilitar la aclaración y resolución de conflictos en el seno familiar.
 - Evitar juicios precipitados sobre la conducta familiar.
 - Detectar patologías en otros miembros de la familia y recomendar la intervención de otros profesionales.
 - Ayudar a la familia a utilizar sus propios recursos en la resolución de sus problemas.
 - Corrección y respeto en el trato.
 - Afecto y disponibilidad en la relación.

Actualización en drogas

Fernando Gómez-Pamo Guerra del Río

Médico de Familia, Director General de Drogodependencia, Gobierno de Canarias, España

Las drogodependencias, es decir, las dependencias o adicciones a sustancias, suponen no sólo un problema social y sanitario importante, aunque sea hoy día menos visible, sino que además suponen una demanda asistencial para la que desde atención primaria y salud mental, en muchas ocasiones, falta información y tiempo para atender debidamente, lo que genera además una gran sobrecarga emocional para los sanitarios. Cómo han variado los perfiles de los drogodependientes en los últimos años, cómo ha evolucionado la percepción social y médica del adicto hasta ser considerado un enfermo; conocer las sustancias

de abuso más frecuentes, sus mecanismos fisiopatológicos, sus acciones en el SNC y resto del organismo, los tratamientos actuales, otros recursos terapéuticos, etc. son las claves que nos van a permitir tratar a los pacientes con adicciones farmacológicas con más eficacia y seguridad.

Éste es el reto que nos hemos marcado en este taller, que conozcamos mejor las sustancias que han motivado la adicción de nuestros pacientes y, por tanto, nos permita un mayor y más eficaz acercamiento al drogodependiente y su enfermedad.

Agonía y sedación del paciente terminal

Manuel Ojeda Martín

Unidad de Medicina Paliativa, Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria, España

Introducción

Más allá de estas consideraciones, la toma de conciencia de la muerte puede ser considerada como una crisis de la vida

del hombre. En realidad, no es la muerte, sino la conciencia de la muerte, lo que constituye un problema para los hombres. Ya decía Publio Cyro en sus Sentencias que *“El temor a la muerte es peor que la muerte misma”*. No es la muer-

te, en efecto, lo que inspira terror, sino la representación anticipada de la muerte. Si una persona cae muerta de repente, para ella no habría nada de terrible; ya no estaría, no podría experimentar terror. Terror y miedo pueden solamente ser suscitados por la conciencia de la muerte. Para los muertos no hay ya ni temor ni alegría.

Pero, ¿se dan cuenta realmente los enfermos de que se van a morir?

Hoy casi nadie pone en duda el hecho de que la mayoría de los enfermos es consciente de que su vida se termina. Sin embargo, algunos enfermos hablan directamente de ello con sus familiares y con los profesionales que les cuidan, mientras otros evitan cualquier comentario en este sentido. Una u otra conducta dependerá, fundamentalmente, de las oportunidades que se ofrecen a los pacientes de sentirse libres para hablar del tema. Dado el caso, serían muchos más los que revelasen lo que sospechan o ya conocen. Estas oportunidades, con todo, dependen no sólo de la ocasión, sino también de la actitud que adopta quien los escucha. Algunos médicos, consciente o inconscientemente, no soportan que sus pacientes hablen de su muerte, la que ellos, como médicos que son, están intentando, sin éxito, evitar. El paciente puede llegar a percibir esta falta de receptividad y mantenerse por ello en silencio para evitarles confusión.

Aunque los enfermos sepan las circunstancias en que se encuentran, no siempre desean hablar de ello. Dice C. Saunders:

“Según mi propia experiencia, observo que la verdad se impone de modo gradual en muchos, podría afirmar que en la mayoría de los moribundos, incluso cuando no se les pregunta ni se les dirige la palabra. La aceptan tranquilos y, con frecuencia, agradecidamente; algunos, en cambio, tal vez no desean hablar de ello, y debemos respetar su actitud de reserva”.

Hinton refiere la misma experiencia en sus conversaciones con pacientes en situación terminal. Al final de sus días, la mayor parte había hablado ya de la posibilidad de su muerte. Pocos fueron, no obstante, los que desearon hablar de ella en varias ocasiones; no se trataba, sin embargo, de un tema del que todos se hallaban dispuestos a tratar con frecuencia; a veces se aludía a él brevemente en una sola ocasión, o se exhibía ampliamente para no mencionarlo ya más. La comprensión mutua en lo sucesivo era tácita. Cuando hablaban de la posibilidad de la muerte confesaban a menudo que la sospecha había existido durante cierto período, sin que llegaran a admitirla hasta entonces. En ocasiones, si se registraba una mejoría momentánea en su estado físico, o si experimentaban cierto alivio a medida que se remediaba el sufrimiento, comenzaban a creer que iban a recuperarse. Considerados como un grupo, sin embargo, los enfermos del estudio de Hinton, que permanecieron hasta el final de sus días en el hospital, llegaron a conocer cada vez con mayor certeza que la muerte se les estaba aproximando.

Morir con dignidad

Morir no tiene que ser necesariamente un hecho desgraciado. Aun cuando nuestros condicionamientos culturales sean

fuertes, es posible aprender a recibir la muerte con serenidad, sin tantos miedos. Repárese que decimos “recibir” y no “enfrentar”, como suele ser expresado.

En opinión de García Sabell, morir con dignidad significa, sencillamente, irse de esta vida no en la soledad aséptica del hospital, intubado, inyectado, perfundido y sumergido en un laberinto de fríos aparatos, sino en el hogar, entre los seres queridos, entregado al morbo, pero entregado también al afecto, al mimo sosegador de la familia y de los amigos. Y lo que es tan decisivo, entregado a la serena conciencia de lo que se aproxima, de lo que se adivina como un relámpago de luz trascendente y de esperanza transindividual. O hundido en el coma, pero teniendo junto a nuestra mano -¿y quién sabe lo que el comatoso siente?- la mano que en la existencia nos acompañó y dio sentido a nuestro ciclo vital. Ésta es la muerte con dignidad.

Por su parte, D.J. Roy ha sintetizado las condiciones esenciales del morir con dignidad de la siguiente manera:

1. Morir sin el estrépito frenético de una tecnología puesta en juego para otorgar al moribundo algunas horas suplementarias de vida biológica.
2. Morir sin dolores atroces que monopolicen toda la energía y la conciencia del moribundo.
3. Morir en un entorno digno del ser humano y propio de lo que podría ser vivir *su hora más hermosa*.
4. Morir manteniendo con las personas cercanas contactos humanos sencillos y enriquecedores.
5. Morir como un acto consciente de quien es capaz de realizar el difícil *ars moriendi*.
6. Morir con los ojos abiertos, dando la cara valientemente y aceptando lo que llega.
7. Morir con un espíritu abierto, aceptando que muchos interrogantes que la vida ha abierto quedan sin respuesta.
8. Morir con el corazón abierto, es decir, con la preocupación del bienestar de los que quedan en vida.

Quando se habla de muerte digna, generalmente, se hace referencia a los 3 primeros puntos de los recientemente enumerados. Morir sin dolor (y añadiríamos: ni ningún otro síntoma particularmente estresante), sin aplicación de medidas extraordinarias, etc. Pero, ¿no puede llegar a ser mucho más indigna una muerte cuando falta el resto de los puntos? ¿No es mucho más indigno el hecho de engañar persistentemente a un enfermo hasta el último momento, insistiendo en que va a mejorar cuando él mismo se ve morir? ¿No es mucho más indigna esta situación, que provoca la más absoluta incomunicación con las personas queridas? Un paciente engañado a sabiendas por todos los que le rodean es entregado a la muerte como víctima y objeto, despojado de su autonomía y dignidad.

Y, por el contrario, ¿no puede una persona morir con dolor, incluso intenso, sin que por ello se vea en absoluto menoscabada su dignidad? Imaginemos una persona que, por ejemplo, muera como consecuencia de una tortura por defender sus ideales (políticos, religiosos, etc.). ¿Podría haber una muerte más digna? Cuando el Diccionario de María Moliner habla de la palabra “digno”, dice: *“Se aplica al que obra, habla, se comporta, etc. de manera que merece el respeto y la estimación de los demás y de sí mismo, que no comete actos que degradan o avergüenzan, que no se humi-*

lla y que no tolera que le humillen". Por su parte, el Diccionario de la Real Academia Española se refiere a "*Gravedad y decoro de las personas en la manera de comportarse*". Parece evidente que no siempre tiene mucho que ver el dolor y la dignidad, aunque es el argumento que con más frecuencia se utiliza, cuando se habla de morir con dignidad.

En cualquier caso, parece indiscutible que si algún derecho tiene un mortal es que le respeten su morir y que, por consiguiente, nadie reglamente su agonía, como ocurre en los hospitales, como tiende a preferir el personal técnico (médicos, enfermeras, etc.), para su propia tranquilidad.

Decía Petrarca que "*Un bel morir tutta la vita onora*" (un hermoso morir honra toda la vida), queriendo significar el hecho de que una "buena muerte" puede dar sentido a toda una biografía. Biografía que en gran medida va a condicionar de alguna manera la forma de morir de cada cual.

Podemos recordar ahora los célebres y bellísimos versos de Amado Nervo:

*Muy cerca de mi ocaso, yo te bendigo, Vida,
porque nunca me diste ni esperanza fallida
ni trabajos injustos ni pena inmerecida ...
Amé, fui amado, el sol acarició mi faz.
¡Vida, nada me debes! ¡Vida, estamos en paz!*

El acercamiento de la muerte. Atención en la agonía

Desde el momento en que un enfermo es considerado terminal, puede haber un período de tiempo más o menos largo en el que la enfermedad progresa y se estaciona, de forma intermitente, irregular y con la aparición de diversos problemas de todo tipo.

A medida que el final se acerca, generalmente, aunque no siempre, los problemas aumentan cuantitativa y cualitativamente y no sólo para el enfermo, sino también para los familiares y con frecuencia también para el propio equipo terapéutico.

Se entra así en una fase que se caracteriza por un deterioro progresivo del estado general, con frecuentes y rápidos cambios, aparición de síntomas nuevos o agravamiento de otros preexistentes entre los que destacan el deterioro de la conciencia, que puede llegar al coma, desorientación, confusión, agitación psicomotora, trastornos respiratorios con respiración irregular o estertorosa por acúmulo de secreciones, fiebre, dada la alta incidencia de infecciones como causa de muerte en los pacientes con cáncer, dificultad o incapacidad para la deglución, ansiedad, depresión, miedo (explícito o no), retención urinaria, etc. y que en conjunto indican una muerte más o menos inminente y que provoca un gran impacto emocional en la familia y en el equipo terapéutico y que puede dar lugar a una crisis de claudicación emocional en la familia.

La agonía del paciente es un momento importante e íntimo donde nuestra presencia va a significar una relación especial con él y su familia (a ser posible, el paciente estará siempre acompañado de las personas allegadas que quieran permanecer con él, tanto si la muerte se produce en el hospital como en el domicilio).

¿Y cómo será el final?

Con el telón de fondo de un final seguro y a medida que se acerca a él, el paciente va transcurriendo por una sucesión de estados, preocupaciones, temores y molestias, que vividas con toda la subjetividad que la ocasión permite, constituyen un momento culminante en su vida como individuo.

Existen 4 puntos centrales:

a) Por un lado, la agonía es algo diferente de la desintegración de la personalidad: es un cambio dinámico, adaptativo a una nueva situación. El sujeto sigue siendo (salvo alteración mental y aún con ella en muchas ocasiones) el dueño y señor de sus actos y de su voluntad y nadie debe, por ello, tener el derecho a usurparle su libertad obligándole a aceptar un trato paternalista e invalidante. Por ello el Diccionario define la agonía como el "miedo y congoja del moribundo". Pero esto, en la realidad, ¿en qué consiste? Para muchos esta situación no llega a producirse realmente porque la conciencia se obnubila antes por causas metabólicas, etc. Para otros es la lucidez que les acompaña hasta los últimos instantes la que les permite reaccionar de la manera característica en cada uno de ellos, de la misma manera y por las mismas causas que han hecho reaccionar de una forma propia y personal a lo largo de su vida ante las situaciones difíciles: por ello, se puede afirmar que no hay una agonía, sino tantas clases de agonías como de individuos.

b) Por otro lado, el miedo no es la respuesta dominante a la muerte en el proceso agónico. Como veremos posteriormente, angustia y miedo acompañan al moribundo con mayor intensidad de lo que lo han hecho a lo largo de su vida. Pero en esos momentos hay cosas que le preocupan más. Una de las cosas que más le cuesta tolerar es la insignificancia de su caso: él va a morir y la gente actúa como si no pasara nada. No se le presta ni un mínimo de atención amistosa: el médico se encuentra incómodo. Por eso es tan importante el mensaje que la Dra. Saunders transmite a sus enfermos:

"Tú importas por ser tú: importas hasta el último momento y haremos todo lo posible no sólo por ayudarte a morir mejor, sino a vivir hasta el final".

c) Pero tampoco es la muerte la preocupación central del moribundo. El dolor (si lo experimental), la memoria que de él quede, la preocupación por la situación en que queden quienes le sobrevivan, la frustración por lo inacabado o inalcanzado, la satisfacción por lo logrado... Son muchas las cuestiones que se interponen en la mente del que se halla en la recta final. Pensar en los demás, dejar sus cosas en regla y fáciles para quienes le sigan, es algo que demostradamente reconforta al moribundo. Que una de las preocupaciones fundamentales de quien va a morir es dejar a las personas amadas, debe haber sido así a través de los tiempos y en todas las culturas. Observemos, por ejemplo, un canto al dios de los guerreros apaches antes de entrar en batalla:

Padre salimos a morir.

*No lo lamentamos por nosotros mismos,
sino por los que dejamos.*

*No dejes que el miedo nos invada,
Salimos a morir.*

d) Por consiguiente, se puede concluir que la manera de morir de un sujeto concreto queda condicionada por 3 grupos de factores:

- La anterior personalidad, historia de aprendizajes y estilos de vida de ese sujeto.
- La naturaleza de la noxa letal, su duración, tipo de síntomas, grado de dolor, etc.
- La asistencia proporcionada a nivel social, afectivo, físico, etc.

Si hay una cuestión inquietante que los familiares (y a veces también los enfermos) preguntan con insistencia es precisamente ésta: cómo será el final. Los familiares desean saber los acontecimientos que pueden suceder y la forma en que los podrán hacer frente. De una manera más general, preguntas de este tipo revelan de una forma más o menos encubierta el miedo que todos y cada uno de nosotros tenemos a la muerte, aunque en este momento se vaya a consumir en otra persona.

En el caso del cáncer, la muerte llega de una forma más o menos “esperada”, aunque repetidamente conjurada. Desde el punto de vista práctico, puede decirse que existen 3 posibilidades por lo que respecta a la llegada de la muerte.

La más frecuente es cuando la muerte sucede después de un período de continuo y progresivo deterioro físico, de un agotamiento de las propias energías. Sucede una diseminación metastásica de la enfermedad tumoral que llega a invadir órganos vitales, como riñón, hígado, cerebro, etc. que conduce a un estado tóxico por insuficiencia funcional de estos órganos. Los últimos días se caracterizan entonces por una progresiva obnubilación del enfermo, que tiende a desconectarse cada vez más de lo que le rodea, adormeciéndose cada vez de una forma más continua y profunda. La muerte suele llegar pocas horas o días después.

Esta situación es muchas veces deseable ya que el enfermo no se da cuenta de lo que está sucediendo y el sufrimiento físico y psíquico está ausente. La eventual ayuda de algún sedante cubrirá la posibilidad de algún episodio de lucidez dolorosa.

En opinión de Hinton, el 94% de los moribundos entra en coma entre 6 h y 6 días antes de la muerte. Para este mismo autor, el sufrimiento durante el proceso de morir es variable; en ocasiones no es fácil constatar cuán intenso es el dolor y la pena de los pacientes moribundos; el grado en que una persona sufre molestias de tipo físico en sus últimos momentos depende de su grado de conciencia... la mayoría de los pacientes llegan a embotarse poco a poco y al cabo de cierto tiempo se encuentran al margen de lo que sucede... el recuerdo de las molestias recientes se desvanece, la percepción se halla un poco obnubilada y el futuro inmediato no está tan penetrado por la firme convicción de que el dolor puede regresar de nuevo. En las últimas etapas, el estado de alerta se hace cada vez menos común.

La segunda posibilidad es que las cosas se sucedan como en el apartado anterior, pero sin adormecimiento ni obnubilación del paciente. La situación es entonces más delicada ya que el enfermo está consciente hasta el final, supone un mayor impacto para la familia y requerirá mucho más apoyo y dedicación por parte del equipo terapéutico.

De todas formas, esta manera de morir puede ser tremendamente positiva para alguna persona que, siendo consciente de su situación y habiéndolo asumido y aceptado serenamente, puede dar un sentido a ésta, la última fase de su vida, y que puede significar un crecimiento personal. La Dra. Kübler Ross que, como se ha dicho, ha dedicado su vida profesional al estudio de los moribundos, tituló uno de sus libros: “La muerte, último peldaño de crecimiento”.

Ante la pregunta de “¿a usted cómo le gustaría morir?”, los hombres se dividen entre los que desearían una muerte por sorpresa, repentina, sin darse cuenta y los que, por el contrario, preferían saberlo con antelación, arreglar sus cosas, “vivir su muerte”. Por lo tanto, antes de considerar el caso concreto de cada persona en trance de morir, habrá que suponer que muchos enfermos terminales no quieren, en principio, renunciar a seguir creciendo hasta el final y a morir con sentido. La elección de una muerte repentina tiene que ver con el pánico que se tiene generalmente a la muerte, pero también, y sobre todo, con el miedo al sufrimiento de que muchas veces va precedida.

Cada vez predominan más estas personas y la vieja sentencia “*A subitanea et improvisa morte libera nos Domine*” (líbranos, Señor, de la muerte imprevista y súbita) no tiene hoy ninguna vigencia.

Tal propósito exige, en primer término, crear en torno al enfermo terminal un clima de sosiego que no sea perturbado por la invasión indiscreta de su intimidad por parte de quienes le rodean.

La tercera posibilidad, la menos frecuente, es cuando la muerte llega de manera violenta y repentina como consecuencia de una complicación aguda de su enfermedad. Casi siempre se debe a una embolia masiva o una hemorragia que conduce a la muerte del enfermo quizás en unos segundos o minutos.

Si bien es verdad que esta forma de morir evita a la familia el sufrimiento ligado al proceso más o menos largo que veíamos en los apartados anteriores, también es verdad que ver morir a una persona desangrándose, cuando se trata de una hemorragia masiva, puede resultar muy impactante no sólo para el enfermo y los familiares, sino incluso para los profesionales.

En algunas ocasiones, este tipo de final es de alguna forma predecible. Tal es el caso de los tumores del cuello que pueden afectar en un momento determinado a carótida o yugular. En estos casos debemos informar a los familiares de esta posibilidad, siguiendo aquella ley inquebrantable de que cualquier acontecimiento provoca menos impacto si se sabe de antemano que puede producirse. En otras ocasiones es más difícil de sospechar, como por ejemplo en el caso de hematemesis o hemoptisis masivas.

Como quiera que casi siempre es una muerte imprevista, puede generar problemas en el caso de que se hubiese dado a la familia un pronóstico de supervivencia superior. Se trataría de una muerte “antes de tiempo”, con todo lo que ello implica.

Signos clínicos de la agonía

Los profesionales deben conocer los signos de una muerte inminente y no confundirlos con los efectos de la medica-

ción, en especial el de los analgésicos potentes y psicofármacos.

Existe un cuadro clínico con los siguientes signos más o menos premonitorios:

- *Pérdida de tono* muscular y sus consecuencias en el aparato locomotor (debilidad extrema), gastrointestinal y urinario (incontinencias).
- *Enteltecimiento de la circulación*, que produce la disminución de las sensaciones, alteración de la temperatura corporal (frialdad), etc.
- *Cambios de los signos vitales*: pulso lento y débil, tensión arterial disminuida, respiración rápida y superficial o lenta, con fases de apnea más o menos prolongadas, sequedad de las mucosas orales, etc.
- *Afectación sensorial*: visión borrosa, que dificulta la distinción de imágenes, alteración del gusto y del olfato. Algunos pacientes pueden estar despiertos, pero por lo general están adormilados, estuporosos o comatosos. La audición, junto con el tacto, son los últimos sentidos a través de los cuales el paciente permanece en contacto con el medio; de aquí surge la importancia de cuidar los comentarios ante pacientes agónicos y prodigar el contacto físico afectuoso a través de las manos.

Hallazgos físicos de muerte inminente

- Pupilas dilatadas y fijas.
- Incapacidad para moverse.
- Pérdida de reflejos.
- Pulso rápido y débil.
- Descenso de la presión arterial.
- Respiración de Cheyne-Stokes (distrés respiratorio).
- Respiración ruidosa (estertores de la muerte). Muy importante por el impacto emocional negativo que provoca.

Comunicación y soporte en los últimos días

La manera de ayudar al enfermo será intentando que exprese todo lo que siente y los miedos que pasa, que pueda llegar a llorar si lo desea y así se desahogue. Al final, la prueba puede ser muy dura. No tiene ganas de visitas, comienza a aislarse. Está inmóvil en la cama. Se niega a comer. Lo que en este estadio necesita más el enfermo es:

- Que dejemos de decirle: “esto irá mejor mañana”.
- Que reconozcamos sus penas como fundadas; su muerte inminente como una realidad; su tristeza como natural, válida y no culpable.
- Que le ayudemos a explorar sus fantasmas y sus angustias, sobre todo si le turban hasta el punto de impedirle descansar.
- Que estemos disponibles cuando tenga necesidad de alguien y sepamos dejarle solo cuando lo desee.
- Que le aportemos toda la comodidad posible para que su cuerpo se le haga menos pesado.
- Que seamos al menos tan realistas como él: confía en que nosotros no le impondremos tratamientos interminables, que no tienen como finalidad aliviarle y en que tomare-

mos decisiones inteligentes en lo referente a su estado, con su participación cada vez que esto sea posible.

- Que sepamos, en fin, afrontar su no curación, que no es lo más fácil.

Los medios técnicos que permiten favorecer el acompañamiento de los moribundos existen y son aplicables en casi todos los casos. La muerte es la experiencia universal menos compartida en el mundo. No se puede llegar hasta el final, porque en ella hay siempre uno que se queda y otro que parte. Pero sí se puede llegar hasta la puerta y decir adiós. Es una exigencia muy fuerte, pero hasta allí llega el respeto por lo humano en el hombre. Y se necesita luchar para que la medicina llegue a ser el arte de ayudar a los hombres, pese a las vicisitudes de su cuerpo, a vivir humanamente hasta la hora de la muerte.

En el advenimiento de una buena muerte, la aventura de morir se convierte en un acontecimiento interesante, inédito e importante por el mero hecho de su carácter relevante, irreversible. Se presenta como un arrojarse a la aventura del no ser, un asomarse al inaudito cercano tiempo de dejar de existir. Morir no es una circunstancia cualquiera de su vida, ni una crisis más en su camino. Se trata de la crisis vital por antonomasia.

Será labor de los profesionales de salud también enseñar a las familias a desasirse del familiar para que le permitan a él llegar a una aceptación tranquila. (*Si es verdad que hay muertes apacibles, hay también formas de resignación cercanas a una rebeldía impotente*).

Al llegar a esta fase de su enfermedad, el paciente necesita morir. Al final de sus días la muerte le resulta necesaria, aunque cueste mucho admitirlo. En esa instancia, morir deviene una necesidad en los niveles físicos, mental, emocional y espiritual, aún cuando puedan presentarse contradicciones entre esos planos. Sólo hay que estar próximo a morir para comprenderlo cabalmente. Por eso el paciente lo percibe mejor y antes que la familia. Para él la lucha terminó aunque siempre mantenga alguna esperanza. En realidad, terminó la primera parte: su lucha contra la enfermedad. Todavía le resta morir. Necesita y desea, aunque con miedo, dejarse llevar hacia la muerte. Pocas veces esta verdadera necesidad del ser humano es reconocida y aceptada. Nadie parece advertirla.

La familia se angustia y comienza una etapa de forcejeo. Presumiendo que el paciente está deprimido lo apremian, le insisten. Esto suele volverse una tortura para él; “tiene que” poner más voluntad, no tiene que aflojar, “tiene que” comer más y una larga lista de exigencias inútiles. La cercanía de la muerte se torna una situación difícil de asimilar. Éste es el dilema para una familia no preparada para la muerte, que la enfrenta con miedo, aun cuando ésta acontezca como suceso natural en la vejez.

Es muy frecuente este conflicto entre enfermo y familiares en el momento de morir. La familia tiene que “autorizar” al enfermo para que pueda partir y, a su vez, el enfermo tiene que aprender a desasirse de las personas, los roles y las cosas. La participación inteligente y madura de la familia puede facilitar mucho el trance. Los familiares deberán aceptar la muerte del enfermo; de otro modo, su deseo de alargarle la vida chocará con la aceptación que él ya tiene elaborada, y el conflicto se agudizará y las heridas se

reabrirán. Y aun los visitantes tendrán que estar advertidos para que no coloquen imprudentemente una y otra vez al enfermo ante la esperanza de sanar, cuando ya él ha manejado el proceso de aceptación.

La codicia, las envidias, el deseo de apropiarse de lo que el que está por morir va a dejar, es decir, de sus bienes terrenales que permanecerán en herencia de los vivos, estalla muchas veces. A la hora de la cercanía de la muerte, el por morir continúa aprendiendo. A veces, el cuerpo del cadáver es sede de fantasmas familiares que se materializan, el “cuerpo del dinero”. Como si el mismo cadáver y su carga transgeneracional se repartiesen en los pedazos de bienes, en la forma que adopta la imagen de la sucesión y lo que habrá de corresponderle a cada deudo.

A veces el moribundo protege al que continuará vivo. No sólo le da consejos y mensajes de consuelo y de buenos deseos para su vida futura cuando él ya no esté vivo, sino que también se preocupa de que su muerte le resulte lo menos dolorosa posible. En este caso trabaja no sólo para sí en la aceptación de su muerte, sino para sus amados, fortaleciéndolos, ironizando a veces acerca de sus flaquezas, cortándole el paso a los movimientos melancólicos, haciendo gala de humor y de un sentido de realidad impactante, el cual cobra en el filo de la navaja entre vida y muerte una dimensión energética extraordinaria. Por ende, el más débil no es forzosamente el que está muriendo.

A medida que se acerca el final, y en opinión de los enfermos, parece ser que los problemas físicos van perdiendo relevancia en favor de los problemas psicosociales. Ya hemos comentado la importancia que para el enfermo tiene la situación de sus seres queridos y debemos, antes que nada, garantizar su presencia constante al lado del enfermo. El enfermo moribundo necesita saber que no lo hemos abandonado. Por eso exige nuestra presencia física y no sólo la moral. Según la experiencia de muchas enfermeras, es notable el hecho de que la mayoría de los pacientes mueren cuando están acompañados. Esto puede significar que el moribundo prefiere morir en presencia de otro ser humano. Hay enfermos que temen irse a dormir porque temen morir solos. El calor humano vivifica al que se muere, mientras que la soledad acentúa el dolor de despedirse de la vida. Al acercarse su final decía D. Quijote:

“Y mirando a todos los del jardín tiernamente y con lágrimas, dijo que le ayudasen en aquel trance con sendos paternosters y sendas avemarías porque Dios deparase quien por ellos los dijese cuando en semejantes trances se viesen”.

Debemos asegurarnos que, siempre que sea posible, estén alrededor de la cama las personas que ama el que está muriendo. Él necesita de sus seres queridos. También es verdad, lo hemos dicho, que cada uno se muere solo, que morir, como decía Montaigne, es un drama con un solo personaje, pero la compañía de aquellos a quienes amamos puede ser la mayor ayuda en ese momento.

Desde el punto de vista práctico, se pueden dar las siguientes orientaciones:

1. Redefinición de objetivos, que estarán obviamente dirigidos aún más si cabe a proporcionar un confort óptimo al paciente y a la familia.
2. Aumentar el número y/o duración de las visitas.
3. Intensificar los cuidados del enfermo: cuidados de la boca, cuidados de la piel, posición en semidecúbito lateral que disminuye la respiración estertorosa.
4. Incluso pocas horas antes de morir, es frecuente que algunos familiares todavía manifiesten su preocupación porque el enfermo no come, solicitando la administración de sueros. Reforzaremos el hecho de que la falta de ingesta es una consecuencia y no la causa de la situación y que con unos cuidados de la boca adecuados, no tendrá sensación de sed, por lo que las medidas más agresivas (sueros, sondas nasogástricas, etc.) son más perjudiciales que beneficiosas.
5. Instrucciones concretas (fármacos a administrar, aparición de complicaciones, como hemorragias, vómitos, agitación, coma, etc.). La aparición de estos problemas puede provocar fácilmente una crisis de claudicación emocional de la familia, que acabará con el enfermo agónico en un Servicio de Urgencias.
6. En esta fase es muy probable que el enfermo ya no sea capaz de tragar los medicamentos que tomaba hasta ahora para controlar los síntomas. En esta situación es muy frecuente tener que administrar la medicación por vía rectal o por vía subcutánea (inyecciones repetidas o dispositivos de infusión continua).
7. Aunque el enfermo esté obnubilado o en coma, puede tener percepciones por lo que seremos muy cautos con lo que hablemos delante de él. Si es preciso, salir de la habitación para hablar, pero procurar no cuchichear a su lado. Como quiera que el paciente puede tener todavía percepciones, nos interesaremos por su grado de bienestar (¿le duele algo?, ¿se encuentra bien?, ¿tiene alguna duda?) y recordar la importancia de la comunicación no verbal (caricias, darle la mano, etc.).
8. Algunos enfermos manifiestan haber visto a alguna persona o hablan con una persona que no está presente. Casi siempre se trata de una persona querida que murió hace tiempo: “Mi padre ha estado aquí”. Este tipo de situaciones desconciertan sobremanera a la familia, que puede echar la culpa a los fármacos (e inducirnos a suprimirlos, aun siendo necesarios) o a que se está volviendo loco (lo que provoca un tremendo impacto emocional), etc. “¡Pero si su padre murió hace 10 años!”. No discuta si es real o no. Diga sólo la verdad, pero no trate de persuadir a nadie de que lo que él o ella está viendo no es una cosa real. No dé una negativa tajante sobre la imposibilidad de que su padre haya estado en la habitación. Esto no hará más que desconcertar al moribundo, que tal vez intente dejar de comunicarse con usted. Otras veces dicen ver un ángel o a Jesucristo. Sin ser excesivamente frecuentes, estas manifestaciones de algunos enfermos tampoco son excepcionales, ocurren de vez en cuando. Aunque pueden suceder días, incluso semanas antes de morir, la mayoría de las veces son presagio de una muerte muy próxima. Debemos explicar a los familiares que esto sucede a veces y que no es culpa de la medicación, ni quiere decir que el enfermo se esté volviendo loco (casi siempre suelen estar serenos cuando sucede esto). Les explicaremos que ni ellos ni nosotros sabemos qué sucede al morir y que debemos aceptar lo que nos cuenta el enfermo.

(“De cuantos emprendieron la larga marcha, ni uno volvió para aclararnos el gran secreto”). En la historia y en la vida, hay fronteras que nadie puede franquear porque las ha trazado la muerte.

9. A veces, familiares y amigos molestan al paciente con muchas preguntas. Peor, todavía, cuando le dicen: “¿me reconoces?”. El enfermo, sacudido en su torpeza, siente más sus dolores y las preguntas le hacen entender que lo consideran en estado de inconciencia. El sufrimiento es más doloroso cuando no puede expresarse.
10. Interesarse por las necesidades espirituales y religiosas del enfermo y su familia, poniéndoles en contacto con un sacerdote si lo requieren.
11. Dar consejos prácticos para el momento en que llegue la muerte (papeles, funeraria, traslados, etc.) y no dejarlo precisamente para el doloroso momento en que ésta se produzca.

Acompañar y cuidar enfermos terminales es una tarea dura, a veces muy dura, porque nos coloca de frente a nuestra propia muerte. El trabajo cotidiano entre el dolor, el sufrimiento, la decrepitud y la muerte puede llegar a ser emocionalmente agotador. Y sin embargo puede llegar a ser extraordinariamente gratificante. Los enfermos nos dan la oportunidad, si estamos atentos, de aprender muchas y muy importantes cosas a su lado. Como dijera Evelyn “*Si alguna vez habéis cuidado enfermos, velado moribundos, tratado a minusválidos, visitado ancianos, habréis descubierto qué tesoros de humanidad hay en ellos. Todos esos seres a los que habíamos orillado en nuestro empeño por querer ser inmortales, son quienes pueden devolvernos el gusto, el sabor de amistad, de la ternura, de la compasión, de las alegrías sencillas dadas y recibidas*”.

No debe haber otra cosa más triste que morir solo o, como dijo Luis Cernuda, el temor de “*irnos solos a la sombra del tiempo*”. Final terrible es el de aquel que muere sin ser llorado, sin alguien que le despidiera y le desee el descanso. La soledad de esa hora pesa sobre el que muere más allá de la vida. No ha tenido a quien encomendársela o en quien depositar su última mirada. Es el encuentro absolutamente a solas con la muerte. Algún estudio revela que el 6% de los enfermos mueren solos.

En algunas ocasiones, y gracias precisamente a los voluntarios, se conseguirá que el enfermo pueda estar en su casa. Ésta es, sin duda, una de las ocasiones en que los voluntarios van a dar una medida exacta de su importancia.

El “síndrome del hijo de Bilbao”

Se trata de los problemas, a veces importantes, que se crean pocos días u horas antes de morir un enfermo cuando hace su aparición un familiar -generalmente un hijo- que vive fuera de la ciudad. Con frecuencia este hijo hace tiempo que no venía por su casa y, desde luego, no ha visto a su familiar desde que éste cayó enfermo. Ha estado más o menos informado por teléfono a través de sus hermanos y ha dejado órdenes estrictas de que le avisen “cuando el padre esté realmente mal”, es decir agonizante. No puede acudir antes generalmente por problemas laborales o, más raramente, familiares.

En estos últimos momentos hace su aparición este familiar viendo problemas y denunciando deficiencias por todos los sitios: “Papá tenía que estar ingresado”. “¿No os da vergüenza tenerle en casa en estas condiciones?”. “¿Cómo es que por lo menos no se le ha puesto algún suero?”, etc. Ha habido un período de tiempo en el que los miembros del equipo han trabajado mucho con el resto de los familiares, les han ido retirando fantasmás y tabúes de la cabeza, les han enseñado a cuidar al familiar enfermo, les han dado apoyo y soporte, etc. Por eso es comprensible la actitud del familiar de fuera, que no ha hecho todo este recorrido. Habría que añadir, en algunas ocasiones por lo menos, un cierto sentimiento de culpa con respecto a sus hermanos que han estado todo este tiempo cuidando, por ejemplo, al padre.

Cuando esto sucede, se crea una situación muy frustrante para los profesionales, que tienen que hacer un derroche de esfuerzos muy importante con este familiar, en unas circunstancias en las que casi nunca hay ya tiempo para ello.

El momento de la muerte

La orientación básica de los profesionales que estén presentes en el momento de la muerte es la de dar apoyo moral a los familiares y resolverles los problemas concretos:

- En el momento de la muerte es muy frecuente una explosión emocional de la familia. En esos instantes, quizás nuestra única ayuda puede ser nuestra presencia confortante.
- Ante todo, evitar frases o comentarios impertinentes. Antaño existían “frases hechas” que existían precisamente para ayudar a salir del paso en situaciones muy comprometidas: “*Te acompaño en el sentimiento*”. Hoy parecen estar prohibidas o, por lo menos, mal visto su uso. Como consecuencia es muy frecuente la sensación de embarazo que no siempre se resuelve de forma aceptable. Decirle a una persona (viuda desde hace 5 min) que “hay más hombres”, “te quedan tus hijos”, etc. no deja de ser una impertinencia. Pero además de ser una impertinencia, decir frases de este tipo a una persona que ha perdido recientemente a un ser querido, tienen el mismo efecto calmante que explicar a un fóbico a los aviones las estadísticas de riesgo en los distintos tipos de transporte.
- Adoptar una actitud contenida, de escucha y afecto. Y casi siempre lo mejor es el silencio. Así escribía León Felipe:

*¡Silencio!... ¡Silencio!
Ante la muerte
sólo vale el silencio.*
- En todos los casos, respetar las manifestaciones de duelo de los familiares.
- Nos podemos ofrecer para realizar tareas, que por simples que pudieran parecer, la familia no estará en condiciones de llevar a cabo (telefonar a otros familiares y amigos, gestiones de funeraria, enterarse de costes, etc.).
- Si la muerte sucede en el hospital, apoyar a los demás enfermos y familiares relacionados o próximos.

Avances en el tratamiento del dolor crónico

Manuel Jiménez Rodríguez

Médico de Familia y Psicólogo, Unidad del Dolor de Badajoz, Coordinador Regional del Programa del Dolor de Extremadura, Badajoz, España

Objetivo general

Mejorar el abordaje del dolor, tanto en la evaluación de los diferentes tipos de dolor, como en los planes de tratamiento específicos para cada uno.

Objetivos específicos

- Evaluación del dolor, incorporando la misma como uno de los exponentes de la calidad del sistema sanitario.
- Registro, control y seguimiento del dolor, incorporándolos como otro de los exponentes de calidad del sistema.
- Diferenciar estrategias de actuación para el dolor agudo y para el dolor crónico.
- Incorporar como mejora en la calidad en el abordaje del dolor crónico la multidisciplinariedad necesaria para su correcto tratamiento.

Justificación

- El dolor es el síntoma más frecuente que presentan los pacientes que solicitan asistencia en el sistema sanitario.
- El dolor agudo y el dolor crónico son 2 entidades diferentes, tanto en su etiopatogenia como en su tratamiento, por lo que es adecuado trabajar con objetivos y estrategias diferenciadas en ambos.
- El dolor crónico requiere para su correcto abordaje de una adecuada multidisciplinariedad en la que participen todos los profesionales implicados.

Contenido

El taller se monta sobre un caso clínico que permitirá abordar, en el desarrollo del mismo, los siguientes contenidos:

1. Evaluación del dolor. Criterios de calidad en la evaluación del dolor agudo. Criterios de calidad en la evaluación del dolor crónico.
2. Multidisciplinariedad en el abordaje del dolor crónico. Profesionales y agentes implicados.
3. Abordaje farmacológico de los diferentes tipos de dolor.
4. Abordaje no farmacológico del dolor crónico. Ejercicio físico. Psicoterapia.
5. Relevancia de la enfermera en el manejo del dolor crónico. Experiencias de trabajo en grupo con pacientes con dolor crónico.
6. Dolor y sufrimiento: 2 realidades con 2 abordajes específicos.
7. Formación en el paciente con dolor. Docencia y asesoría a personal sanitario.

Avances en el tratamiento del dolor crónico

Feliciano Sánchez Domínguez

Médico, Unidad de Cuidados Paliativos Domiciliarios, AECC-SACYL, Salamanca, España. Profesor Asociado de la Facultad de Medicina de Salamanca, Miembro del Grupo de Trabajo de Dolor de SEMERGEN

Tratamiento del dolor oncológico

Siempre hay que valorar la posibilidad de realizar tratamiento etiológico. La quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia y cirugía paliativa, competen al nivel especializado. La respuesta al tratamiento está condicionada por la tolerancia a la analgesia y la toxicidad de los opioides. El dolor oncológico puede ser tratado con éxito en atención primaria en la gran mayoría de casos, utilizando medidas farmacológicas y no farmacológicas. No obstante, de un 5 a un 15% de los pacientes tendrán una respuesta insuficiente y deberán ser remitidos a las unidades especializadas del dolor.

Medidas farmacológicas

Consiste en la administración de medicamentos según las recomendaciones de la escalera analgésica de la OMS. Se compone de 3 peldaños, secuenciales según la intensidad del dolor y la respuesta del paciente. Se utilizan analgésicos, coanalgésicos y/o coadyuvantes y fármacos que previenen y tratan los efectos secundarios de los opiáceos. Algunos autores proponen sustituir el concepto de “escalera analgésica” por el de “ascensor analgésico”, utilizando los fármacos atendiendo al grado de dolor y a su etiología, empleando directamente opiáceos potentes si el dolor es severo o métodos invasivos si es insoportable.

Hay que elegir una vía de administración que logre el máximo efecto analgésico y reduzca al mínimo los efectos secundarios. Se utilizan las siguientes:

- *Vía oral*: es de elección y por ella se pueden administrar la mayoría de fármacos.
- *Vía subcutánea*: es simple y fácil para su empleo en el domicilio. El fármaco analgésico de elección por esta vía es la morfina. Los medicamentos que pueden ser utilizados son los siguientes:
 - En combinación con morfina: metoclopropamida, haloperidol, hioscina o escopolamina y midazolán, todos ellos pueden asociarse.

- Preferiblemente solos y ocasionalmente: dexametasona, diclofenaco, ketorolaco y levomepromacina.
- *Vía transdérmica*: el fármaco más utilizado por esta vía es el fentanilo. Es muy cómoda para el paciente. Recientemente se ha introducido la buprenorfina.
- *Vía transmucosa*: se utiliza el citrato de fentanilo, de reciente comercialización en nuestro país.
- *Vía sublingual*, la buprenorfina y el piroxicán pueden utilizarse por esta vía.
- *Vía rectal*: se puede administrar el diclofenaco y la morfina.
- *Otras vías*: intravenosa o intramuscular; esta última debe ser excepcional en el paciente terminal.

Es importante la administración pautada de analgésicos a intervalos regulares, anticipándose siempre a la aparición del dolor y combinar adecuadamente los fármacos, intentando conseguir analgesia aditiva, con mínimos efectos secundarios. En el dolor “fin de dosis” debemos ajustar la cantidad que estamos administrando, porque hay una infradosificación. En el dolor irruptivo se dará dosis de rescate. Siempre debe disponer el paciente de medicación para utilizar en caso de necesidad. Por ejemplo, cuando el paciente está tratado con morfina de liberación retardada dispondrá de comprimidos de liberación inmediata, y si es parche de fentanilo, si bien se utilizaba la morfina de liberación rápida, ya es posible emplear el citrato de fentanilo para rescatar por vía transmucosa.

Fármacos del primer escalón: AINE

Son útiles en el dolor leve-moderado, sobre todo en el dolor somático. Son muy eficaces en el dolor óseo metastásico. Pueden producir efectos adversos importantes de tipo digestivo. Esta toxicidad puede ser menor con los nuevos inhibidores selectivos y preferenciales de la COX-2 (rofecoxib, celecoxib y meloxicam).

Los más utilizados son los siguientes:

- Paracetamol, analgésico sin acción antiinflamatoria y con buena tolerancia gastrointestinal.
- AAS, preferentemente en dosis analgésicas.
- Metamizol, analgésico con cierta acción espasmolítica y buena tolerancia gastrointestinal. Es empleado también en el dolor visceral.
- Otros AINE, como piroxicán, ibuprofeno o diclofenaco, con distinta acción analgésica y antiinflamatoria.

Fármacos del segundo escalón: opioides débiles

Pueden ser asociados a los AINE y a los coanalgésicos y/o coadyuvantes. La combinación de una dosis terapéutica óptima de un AINE con un opiáceo proporciona una eficaz analgesia aditiva. No se deben utilizar 2 fármacos opiáceos conjuntamente. Los más utilizados son los siguientes:

- Codeína: 30-60 mg cada 4/6 h. Provoca vómitos, estreñimiento, vértigo y somnolencia. Es muy recomendable su

asociación con paracetamol en el dolor leve-moderado. Es rara la depresión respiratoria y no produce tolerancia y farmacodependencia.

- Dihidrocodeína: 60 mg cada 12 h, con perfil similar al anterior, mayor potencia analgésica y cómoda administración. Puede provocar alucinaciones en ancianos y está contraindicada en pacientes con hiperreactividad bronquial.
- Tramadol: 50-100 mg cada 6 h (formulación retardada: 50-100-150-200 mg cada 12 h). Tiene mayor potencia analgésica que la codeína, poco riesgo de desarrollo de tolerancia y dependencia y además es factible su uso por vía subcutánea. Existe la presentación en gotas de 2,5 mg, que puede mezclarse con líquidos. Es posible realizar una analgesia controlada por el paciente manteniendo la pauta retardada cada 12 h y permitiendo el tratamiento con gotas en caso de dolor episódico. El mareo, las náuseas y los vómitos son sus efectos adversos más frecuentes.

Fármacos del tercer escalón: opioides potentes

Pueden ser también asociados a AINE y a coanalgésicos y/o coadyuvantes. Son útiles en el dolor moderado y severo. Los más usados y disponibles en atención primaria son:

- *Morfina*: las recomendaciones del consenso de la “Sociedad Europea de Cuidados Paliativos” para el uso de la morfina son las siguientes:
 1. La vía oral es la de elección.
 2. El ajuste de las dosis debe realizarse con comprimidos de liberación inmediata cada 4 h, con dosis doble nocturna.
 3. El tratamiento de continuación se realizará con comprimidos de liberación retardada, administrados cada 12 h, enteros y sin triturar. Existe también la presentación en cápsulas de microgránulos que además de poder ser ingeridas enteras pueden abrirse y su contenido ser mezclado con alimentos semisólidos, líquidos o ser introducido a través de sonda nasogástrica. Se aumentará la dosis en un 50% si la respuesta es insuficiente. En caso de necesidad se administrará una dosis de rescate que será de un 10 a un 15% de la dosis total diaria, pudiendo darse incluso a intervalos de 2 a 4 h. Esta medicación debe ser facilitada previamente.
 4. La vía alternativa de elección es la subcutánea, con dosis de un 50% de la oral. Útil sobre todo en la situación de agonía y en la intolerancia oral. Su administración será en bolus cada 4 h o en perfusión continua. La utilización de infusores subcutáneos permite su administración mezclada con fármacos como metoclopramida, haloperidol, hioscina o escopolamina o midazolán. La administración de morfina por vía rectal ha demostrado ser igual de efectiva que la vía oral. Esta presentación no está disponible comercialmente. La relación oral/rectal es 1/1.
- *Fentanilo transdérmico*: disponible en parches de 25, 50 y 100 µg.h-1. Es cómodo y fácil de aplicar. Está indicado

en el dolor crónico relativamente estable, en los tumores de cabeza y cuello y en los casos de intolerancia a la vía oral. Al iniciar el tratamiento, suele ser necesario emplear dosis de rescate de morfina de liberación rápida o subcutánea. Cuando el paciente ya estaba utilizando morfina, es necesario convertir las dosis. El parche se aplica cada 3 días. Ya está disponible en forma de citrato absorbible a través de mucosa oral (Actiq), habiéndose mostrado eficaz por esta vía en el tratamiento del dolor irruptivo. Existen en el mercado las presentaciones de 200, 400, 800, 1.200 y 1.600 µg en comprimidos para chupar con aplicador bucofaríngeo integrado. Antes de ser empleado, el paciente debe estar controlado con opiáceos de larga duración y no tener más de cuatro episodios de dolor irruptivo al día. La dosis inicial será de 200 µg ajustándose la dosis de manera individual hasta conseguir la analgesia adecuada. Los efectos adversos del fentanilo son menores y la calidad de vida de los pacientes que lo utilizan mayor que con otros opioides.

- *Buprenorfina transdérmica*: de reciente comercialización en nuestro país, aun con escasa experiencia de uso. Los parches son de 35, 52,5 y 70 µg.h⁻¹ y se aplican cada 72 h. Su equivalencia es de 0,8, 1,2 y 1,6 mg/día en comprimidos sublinguales respectivamente. Como rescate se utilizaría la vía sublingual, comercializada en comprimidos de 0,2, 0,4, 2 y 8 mg.

Hay circunstancias en las que hay que cambiar a un opioide distinto al que se estaba utilizando. Puede ser por toxicidad o tolerancia excesiva. Es lo que se conoce como rotación de opioides. Para ello es preciso conocer las equivalencias analgésicas entre los disponibles.

Procederá la derivación del paciente a la *Unidad de Tratamiento del Dolor* de referencia cuando sea insuficiente la respuesta terapéutica o aparezcan signos de toxicidad. Los tratamientos utilizados en estas unidades dependerán de la expectativa de vida del paciente. Si es superior a 3 meses, administración espinal de opioides u otros tratamientos invasivos. En caso de una expectativa menor, son preferibles las vías de administración subcutánea, con bombas de infusión y analgesia controlada por el paciente (PCA). Este tipo de tratamiento puede ser hoy día realizado en el domicilio del paciente por profesionales de atención primaria entrenados en el manejo de estos dispositivos o en colaboración con Unidades de Cuidados Paliativos.

Los *efectos secundarios* más frecuentes de los opioides son el estreñimiento, las náuseas y/o vómitos, la sedación, y la boca seca. Hay que prevenir la aparición del estreñimiento desde el inicio del tratamiento, utilizando laxantes, preferiblemente mezcla de estimulantes y ablandadores de heces: senósidos (12 a 72 mg/día), lactulosa (20 a 90 cc/día) y parafina líquida 15 a 45 mg/día). Los vómitos pueden ser tratados con metoclopramida (10-20 mg c/6-8 horas oral o subcutánea) o haloperidol (3-15 mg/día, vía oral o subcutánea).

Los *fármacos coanalgésicos* son medicamentos que se utilizan para el alivio del dolor, solos o asociados con analgésicos, pero no clasificados como tales. Son importantes en el dolor neuropático. Los *fármacos coadyuvantes* tratan síntomas que acompañan al dolor, como el insomnio, la ansiedad y la depresión.

Los más utilizados son los siguientes:

- *Antidepresivos*: el fármaco de elección es la amitriptilina, 25 mg cada 24 h de inicio, preferentemente en dosis nocturna. Las dosis se incrementarán progresivamente hasta un máximo de 150 mg/día. Se emplea en dolor neuropático disestésico y en el tratamiento de la depresión. El efecto analgésico ocurre en dosis más bajas que las antidepresivas. Entre sus efectos secundarios aparecen estreñimiento y boca seca. También retención de orina, visión borrosa y confusión. Otros antidepresivos como la maprotilina pueden ser también de utilidad. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina son fármacos válidos en el tratamiento de la depresión asociada a la enfermedad cancerosa, sin embargo no hay todavía estudios concluyentes sobre su indicación en el tratamiento del dolor neuropático oncológico.
- *Anticonvulsivantes*: son eficaces en el dolor neuropático, preferiblemente paroxístico y lancinante. Los más empleados son la carbamacepina y la gabapentina. Sus efectos secundarios, aunque escasos, son la somnolencia, las náuseas y la sensación de inestabilidad. La gabapentina tiene la ventaja de no precisar monitorización periódica. En la terapia del dolor neuropático se emplea también el clonacepán, anticonvulsivante benzodiazepínico.
- *Corticoides*: son utilizados en dolor neuropático o mixto (metástasis vertebrales y radiculopatías, compresión medular). Puede usarse la dexametasona, la metilprednisolona o la prednisona, preferentemente a dosis bajas, excepto en la compresión medular.
- *Benzodiazepinas*: son utilizadas para el tratamiento de la ansiedad (diacepán) y el insomnio (diacepán, loracepán). También se emplean para eliminar los espasmos musculares (diacepán). Para la sedación es útil el midazolán. El diacepán se utiliza por vías oral y rectal, el loracepán por vías oral y sublingual y el midazolán por vía subcutánea. Sus efectos adversos son ataxia, disartria, dificultad para la coordinación y la excesiva sedación. La supresión brusca produce síndrome de abstinencia.
- *Neurolépticos*: tienen indicación en la agitación, vómitos y dolor neuropático. La levopromacina supone una alternativa a los antidepresivos en el dolor por tenesmo rectal, la clorpromacina es útil en el hipo persistente, y el haloperidol, es adyuvante en el síndrome de compresión gástrica por hepatomegalia o masas tumorales. Es también el neuroléptico de elección en los vómitos. Entre sus efectos indeseables figuran las alteraciones psíquicas, la hipotensión ortostática, el extrapiramidalismo y el síndrome hipertérmico maligno.
- *Bifosfonatos*: clodronato y pamidronato están indicados en el dolor refractario por metástasis óseas.

Control del dolor en el paciente agónico

La agonía es el estado que precede a la muerte en aquellas situaciones en las que la vida se extingue gradualmente. La morfina por vía oral es el opioide potente de elección en el tratamiento del dolor. Es muy útil la vía transdérmica. La vía alternativa es la subcutánea. La dosis inicial será la mi-

tad de la dosis total diaria por vía oral, y el intervalo de administración de 4 h. La forma más sencilla de empleo es la colocación en el tejido subcutáneo de una palomita para administrar la medicación en “bolus” o la colocación de un infusor. Un sistema “mariposa” n.º 25 puede durar implantado hasta 1 semana.

Los medicamentos coadyuvantes, y en general cualquier medicación innecesaria, deben suspenderse, excep-

to en la cefalea por hipertensión intracraneal (corticoides) y en el tratamiento del dolor óseo con AINE. En este caso se pueden utilizar las vías rectal (diclofenaco) o subcutánea (ketorolaco). Pueden utilizarse, si son necesarios, por vía subcutánea, la metoclopropamida, la hioscina o escopolamina, el midazolán y el tramadol. Ocasionalmente, la dexametasona, el diclofenaco y la levomepromacina.

Diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la EPOC

Seguimiento de la EPOC. Aplicación del cuestionario CAT

Antonio Hidalgo Requena

Médico de Atención Primaria, Centro de Salud de Lucena, Córdoba, España

El seguimiento del paciente con EPOC es una parte crucial en el manejo del paciente EPOC. Para ello se deben establecer programas coordinados entre atención primaria, especializada, otros centros y residencias para facilitar el manejo integral de la persona con EPOC. Es conveniente la utilización de protocolos consensuados en donde, además del médico, esté implicado el personal de enfermería, participando con los planes de cuidados, para conseguir que se cumplan los objetivos del tratamiento de la EPOC.

El seguimiento clínico del paciente con EPOC leve puede efectuarse correctamente en atención primaria, siendo recomendable consultar con el neumólogo para excluir otras patologías u optimizar el tratamiento o para indicar tratamientos más complejos en pacientes con EPOC grave. Se recomienda realizar al menos una valoración clínica y funcional anual a todos los pacientes con EPOC con objeto de evaluar la progresión de la enfermedad y valorar posibles cambios de tratamiento. Estos controles deberán ser más estrechos conforme la enfermedad vaya avanzando y aparezca mayor limitación por síntomas, más agudizaciones y deterioro de la función pulmonar.

El impacto de la EPOC en las vidas de los pacientes es importante, el 80% de los pacientes padece disnea de esfuerzo, en la mitad el aumento de sus síntomas es origen de despertares nocturnos y se fatigan al lavarse y vestirse y una tercera parte se ahoga al hablar o en reposo. Los pacientes necesitan ayuda y apoyo para darse cuenta y comprender todo el impacto que les causa su enfermedad. Precisamos de medidas sencillas y fiables para evaluar la EPOC, como el nuevo cuestionario, el *COPD Assessment Test* (CAT), actualmente en proceso de validación en nuestro país, breve y sencillo, para usar por médicos y pacientes, que da una medida global del impacto de la EPOC, que persigue ayudar en la toma de decisiones y facilitar el manejo óptimo del paciente con EPOC.

¿Es factible el diagnóstico precoz de la EPOC?

José Antonio Quintano Jiménez

Médico de Familia, Centro de Salud Lucena I, Córdoba, España. Coordinador Nacional del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es la enfermedad respiratoria crónica más frecuente, siendo un problema de salud pública por su alta prevalencia, morbi-mortalidad y coste sociosanitario¹.

El último estudio de prevalencia en España (EPI-SCAN) ha permitido estimar la prevalencia de EPOC en distintas poblaciones españolas en un 10,2% para 40-80 años de edad², que no ha variado mucho del estudio IBERPOC de hace 10 años³. La solución de la elevada carga sociosanitaria que representa la EPOC parte por realizar el diagnóstico temprano de la enfermedad, que nos permita adentrarnos pronto, actuar y modificar su historia natural, comorbilidades y la mortalidad.

La EPOC continúa con el paso de los años siendo una enfermedad infradiagnosticada, actualmente sólo un 27% de la población adulta que la padece en España tiene realizado el diagnóstico². Las razones del infradiagnóstico se sustentan en 3 pilares fundamentalmente: la enfermedad, el paciente y el profesional sanitario. La EPOC es una enfermedad con un curso silente, que no se manifiesta hasta la quinta o sexta década de la vida con la aparición de los síntomas y hasta este momento los pacientes no consultan al médico de familia, es decir cuando la EPOC está ya avanzada⁴.

Existe un desconocimiento por parte de los pacientes y de la población sobre la enfermedad; encuestas realizada en nuestro país demuestran que las personas no conocen el término EPOC y la consideran una enfermedad poco frecuente, no grave y curable⁵.

Existe una falta de concienciación por parte del profesional sanitario ante el problema, expresado por un bajo índice de sospecha de la enfermedad⁶, a pesar de que en la última década se han dado a conocer y divulgado normativas y consensos a nivel nacional e internacional sobre el manejo de la EPOC⁷⁻⁹. La espirometría es poco empleada por los

médicos de familia, se usaba poco la pasada década¹⁰ y continúa siendo infrutilizada en la actualidad; la mitad de los médicos de atención primaria (MAP), o no disponen de ella o no la utilizan^{11,12}.

Después de lo referido cabe preguntarse: ¿es factible el diagnóstico precoz de la EPOC? Pues sí. A pesar de ser una enfermedad silente el MAP conoce a sus pacientes, los fumadores, que consultan por otros motivos y ahí radica el primer paso ante el infradiagnóstico, sospechar la enfermedad, recordar que la EPOC puede estar presente. El primer paso ante el infradiagnóstico es sospechar la enfermedad ante todo paciente fumador mayor de 40 años que tenga factores de riesgo, como una historia de tabaquismo de más de 10 paquetes/año y que presenten síntomas compatibles con la enfermedad (tos, expectoración y disnea)¹³. Habitualmente el paciente con EPOC es o ha sido un fumador de una cantidad importante de tabaco, durante un tiempo prolongado y con inicio de síntomas sobre los 45-50 años¹⁴. De cualquier modo, los pacientes con EPOC leve pueden tener pocos síntomas o incluso ninguno, por lo que es necesario un alto grado de sospecha.

Ante la sospecha de EPOC la confirmación se basa en la práctica de la espirometría. El cribado de la EPOC mediante espirometría en todas las personas de riesgo sería, en muchas ocasiones, impracticable, por lo que hay herramientas para identificar un subgrupo de pacientes en los que este cribado mediante espirometría fuera más coste-efectivo. Hay cuestionarios que podemos utilizar que, pasados en la consulta del paciente, pueden orientar al cribado y diagnóstico de la EPOC^{15,16}.

Si hiciéramos un cribaje de la población fumadora mediante espirometría en las consultas de AP podríamos hacer un diagnóstico temprano de la enfermedad^{17,18}. Aunque estas campañas para la detección precoz mediante el uso de la espirometría en pacientes fumadores con síntomas respiratorios han dado un buen rendimiento, los programas de cribado masivo en la población en busca de pacientes con EPOC resultan caros y no siempre se obtienen los resultados deseados. La alternativa más coste-efectiva pasa por seleccionar la población de riesgo y emplear pruebas diagnósticas con alta sensibilidad y especificidad como la espirometría. La Estrategia Nacional EPOC recoge como objetivo la detección precoz dirigida a mayores de 40 años y con historia de tabaquismo de más de 10 paquetes/año y recomienda la realización de experiencias piloto para evaluar la eficiencia de los programas de detección precoz en fumadores sin síntomas respiratorios¹³.

La espirometría en la EPOC es imprescindible para el diagnóstico, permite cuantificar su gravedad, estimar el pronóstico y guiar en el seguimiento y durante las exacerbaciones¹⁹. Siendo un procedimiento en teoría fácil de hacer, en la práctica es difícil de realizar correctamente; sólo si se cumple de forma escrupulosa una serie de requisitos técnicos de calidad, será posible disponer de una espirometría válida que resulte útil en la práctica médica²⁰. El diagnóstico de EPOC se establece por una relación FEV_1/CVF menor a 0,7 tras prueba broncodilatadora, en un contexto clínico adecuado, en situación de estabilidad clínica⁹.

La utilización de la espirometría en los centros de salud es pobre. En un 40% de los centros de atención primaria no se realizan espirometrías y en más de un tercio de los cen-

tros donde se realizan, el personal de enfermería no ha recibido formación específica. Hay un escaso seguimiento de las normativas respecto a su calibración diaria, mantenimiento de los aparatos, controles de calidad^{12,21,22}. Con todo, la espirometría es una prueba diagnóstica al alcance de los MAP, llegando a alcanzar concordancias diagnósticas hasta en un 80% de los casos con diagnóstico en consultas de Neumología, tras la adecuada formación de los equipos de atención primaria^{23,24}.

La disponibilidad actual de espirómetros portátiles de pequeño tamaño está facilitando un uso más generalizado de los mismos en la medicina primaria, pero siempre debe realizarse con un adecuado entrenamiento del personal y con un seguimiento estricto de las recomendaciones de estandarización.

El medidor de flujo espiratorio máximo (PEF), al contrario que en el asma, no tiene utilidad en la EPOC. Sin embargo, en la actualidad existen en el mercado medidores electrónicos del PEF y a la vez del volumen espirado en el primer segundo (FEV_1), de pequeño tamaño (PIKO 1), con registro automático de los datos, con memoria, fáciles de usar y que tienen una buena reproducibilidad y concordancia con la espirometría, que pueden ser útiles en el seguimiento de los pacientes con EPOC²⁵, pero no hay estudios de su uso en el *screening* de pacientes con EPOC.

Hay evidencias que demuestran la utilidad del cociente $FEV_1/FEV_6 - FEV_6$ (volumen espirado forzado durante los 6 primeros segundos de la espirometría)- para el diagnóstico de la obstrucción de la vía aérea, dada su buena correlación con el FEV_1/FVC . La aparición de sencillos dispositivos que calculan el cociente FEV_1/FEV_6 (COPD-6) permite su uso en AP como alternativa de *screening* de pacientes de alto riesgo por su alto valor predictivo negativo como paso previo a la práctica de una espirometría, o en aquellos centros que no dispongan de espirometría²⁶, pero su lugar en el planteamiento diagnóstico aún no está claro²⁷. El empleo del FEV_6 es un método de cribado, por lo que la confirmación diagnóstica debe realizarse siempre mediante una espirometría forzada.

En el mercado existe un espirómetro el MultiFEV, como alternativa a la espirometría convencional, que utiliza como variables la capacidad vital lenta (CV), el FEV_1 , y su cociente. Tiene la ventaja de su facilidad de uso y no necesitar de grandes esfuerzos por el paciente, por lo que puede tener utilidad en los pacientes más graves con más atrapamiento aéreo y así viene recogido en normativas internacionales sobre espirometría²⁸.

Como conclusión podemos decir que el infradiagnóstico de la EPOC es factible si el MAP tiene un alto índice de sospecha, hace uso de herramientas de cribado como el COPD-6 y de una forma clara apuesta por incluir la espirometría de calidad como prueba básica de la historia clínica del enfermo EPOC y solicitarla en la fase poco sintomática de la enfermedad.

Bibliografía

1. López AD, Murray CCJL. The global burden of disease, 1990-2020. *Nature Med.* 1999;4:1241-3.
2. Miravittles M, Soriano JB, García-Río F, Muñoz L, Duran-Tauleria E, Sanchez G, et al. Prevalence of COPD in Spain: impact of

- undiagnosed COPD on quality of life and daily life activities. *Thorax*. 2009;64:863-8.
3. Villasante Fernández-Montes C. IBERPOC: valoración de resultados. *Arch Bronconeumol*. 1999;35 Supl. 3:40-3.
 4. Miravittles M et al. Tratamiento de la Bronquitis crónica y la EPOC en atención primaria. *Arch Bronconeumol*. 1999;35:173-8.
 5. Opinión pública y patología Respiratoria y Cirugía Torácica. Información de resultados por SEPAR. Demoscopia, Marzo 1999.
 6. Miravittles M, De la Roza C, Naberan K, Lamban M, Gobartt E, Martín A, et al. Problemas con el diagnóstico de la EPOC en atención primaria. *Arch Bronconeumol*. 2006;42:3-8.
 7. Quintano JA. EPOC. SEMERGEN DoC. Documentos Clínicos SEMERGEN. Área aparato respiratorio. EPOC y Asma. Madrid: Edicomplet; 2009:7-32.
 8. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for diagnosis, management, and prevention of COPD. Updated 2009. Disponible en: <http://www.goldcopd.org/>
 9. Guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. SEPAR-ALAT, 2009. www.separ.es. Último acceso: 16/11/07.
 10. Naberán Toña C. Encuesta de la actitud terapéutica y de control de los médicos generales de la ABS de Barcelona respecto a enfermedades obstructivas crónicas. *Aten Primaria (Barc)*. 1994;13:112-5.
 11. Muñoz Cabrera L, Jurado Gámez B, Alcázar Lanagrán B, León Jiménez A, Márquez Pérez FL, Feu Collado N, et al. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica en atención primaria. Estudio descriptivo en las comunidades de Extremadura y Andalucía. *Neumosur*. 2001;13:183-91.
 12. De Miguel J, Izquierdo JL, Molina J Rodríguez JM, De Lucas P, Gaspar G. Fiabilidad del diagnóstico de la EPOC en atención primaria y neumología en España. Factores predictivos. *Arch Bronconeumol*. 2003;39:203-8.
 13. Estrategia en EPOC del Sistema Nacional de Salud. Ministerio Sanidad y Política Social. 2009 <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EstrategiaEPOCSNS.pdf>
 14. Barberà A, Peces-Barba G, Agustí AGN, Izquierdo JL, Monsó E, Montemayor T, et al. Normativa SEPAR: Guía clínica para el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad obstructiva crónica. *Arch Bronconeumol*. 2001;37:297-316.
 15. Price DB, Tinkelman DG, Halbert RJ, et al. Symptom-based questionnaire for identifying COPD in smokers. *Respiration*. 2006;3:285-95.
 16. Van Schayck CP, Loozen JM, Wagena E, et al. Detecting patients at a high risk of developing chronic obstructive pulmonary disease in general practice: cross sectional case finding study. *Br Med J*. 2002;324:1370.
 17. Miravittles M, Fernández I, Guerrero T, Murio C. Desarrollo y resultados de un programa de cribado de la EPOC en atención primaria. El proyecto PADO. *Arch Bronconeumol*. 2000;36:500-5.
 18. Clotet J, Gómez-Arbonés X, Ciria C, Albalad JM. La espirometría es un buen método para la detección y el seguimiento de la EPOC en fumadores de alto riesgo en atención primaria *Arch Bronconeumol*. 2004;40:155.
 19. Levy M, Quanjer PH, Booker R, Cooper BG, Holmes S, Small IR. Diagnostic spirometry in primary care. Proposed standards for general practice compliant with American Thoracic Society and European Respiratory Society recommendations. *Prim Care Resp J*. 2009;18:130-47.
 20. Álvarez Gutiérrez FJ, Barchilón Cohen V, Casas Maldonado F, Compán Bueno MV, Entrenas Costa LM, Fernández Guerra J, et al. Documento de Consenso sobre la espirometría en Andalucía SEMERGEN. 2009;35:457-68.
 21. Hueto J, Cebollero P, Pascal I, Cascante JA, Eguía M, Teruel F, Carpintero M. La espirometría en atención primaria en Navarra. *Arch Bronconeumol*. 2006;42:326-31.
 22. Naberán K, De la Roza C, Lambán M, Gobart E, Martín A, Miravittles M. Utilización de la espirometría en el diagnóstico y tratamiento de la EPOC en atención primaria. *Arch Bronconeumol*. 2006;42:638-44.
 23. Walker PP, Mitcheli P, Diamantea F, Warburton CJ, Davies L. effect of primary-care spirometry on the diagnosis and management of COPD. *Eur Respir J*. 2006;28:945-92.
 24. Yawn B, Enright PL, Lemanske F, Israel E, Pace W, Wollan P, et al. Spirometry can be done in family physicians' offices and alters clinical decisions in management of asthma and COPD. *Chest*. 2007;132:1162-8.
 25. Viejo-Bañuelos JL, Pueyo-Bastida A, Fueyo-Rodríguez A. Characteristics of outpatients with COPD in daily practice: The E4 Spanish project. *Respir Med*. 2006;100:2137-43. Epub 2006 Jul 10.
 26. Vollmer WM, Gislason T, Burney P, Enright PL, Gulsvik A, Kocabas A, et al. Comparison of spirometry criteria for the diagnosis of COPD: results from the BOLD study. *Eur Respir J*. 2009;34:588-97.
 27. Levy M, Quanjer PH, Booker R, Cooper BG, Holmes S, Small IR. Diagnostic spirometry in primary care. Proposed standards for general practice compliant with American Thoracic Society and European Respiratory Society recommendations. *Prim Care Resp J*. 2009;18:130-47.
 28. Miller MR, Hankinson J, Brusasco V, et al. ATS-ERS taskforce: Standardisation of Lung Function Testing. Standardisation of spirometry. *Eur Respir J*. 2005;26:319-38.

Documentos médico-legales

Antonio Hidalgo Carballal^a, Julia González Pernía^b y José Francisco Díaz Ruíz^c

^aMédico Forense Titular, Máster en Bioética y Bioderecho, Coordinador Nacional de la Sección de Medicina Legal del Grupo de Trabajo de Bioética y Humanidades de SEMERGEN

^bJurista, Criminóloga, Colaboradora Externa del Grupo de Trabajo de Bioética y Humanidades de SEMERGEN

^cMédico de Familia, Coordinador Nacional del Grupo de Trabajo de Bioética y Humanidades de SEMERGEN

La constatación material de la asistencia prestada al paciente resulta de trascendencia incuestionable en la adecuada y correcta peritación forense de no pocos casos en las distintas ramas del derecho.

Siendo el escrito el formato más frecuentemente utilizado en nuestro ámbito, a pesar de la cada vez también más habitual incorporación de las nuevas tecnologías a la sanidad, resulta imprescindible conocer las bases deontológicas

y legales del manejo de la *historia clínica, el informe de alta médica, el certificado y el parte judicial de lesiones.*

Abordaje que ha de incluir aspectos tan variados y comprometidos como los referentes a su emisor, el receptor final, el acceso o la custodia.

La norma básica, aunque no la única y exclusiva, recopilatoria de todas estas cuestiones no es otra que la propia *Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica*, que matiza de manera meridianamente clara el derecho del paciente-usuario de los servicios sanitarios, tanto públicos como privados, a la información derivada de la atención recibida y a la consignación de la misma por escrito o en otro soporte, fundamentándose de esta manera el recíproco deber del médico en relación a su consignación.

Más cuestionable resulta la dilucidación de las mencionadas referencias al responsable de emitir el informe, el derecho a obtenerlo por el paciente y sus allegados, o su archivo y reserva al conocimiento ajeno, debiendo entonces

acudir a otros textos tanto legales como deontológicos aplicables a este tema.

Retomando nuestra afirmación inicial, ante el incremento de denuncias y demandas presentadas contra el colectivo médico, una vez más, queda del todo demostrado lo imprescindible de exponer, conocer y comprender las premisas que el facultativo ha de seguir en su comunicación documental con la Administración de Justicia.

La evacuación de estos documentos se considera como un verdadero acto médico en sí mismo (sometido a todas las premisas legales y deontológicas que lo regulan), siendo el facultativo el experto único en la valoración del estado clínico del paciente.

En definitiva, el buen funcionamiento de la comunidad requiere que los documentos en los cuales los médicos exponen sus observaciones asistenciales, reúnan unos criterios de calidad, no mínimos, sino máximos, es decir de excelencia, teniendo en cuenta las consecuencias que de los mismos pueden derivarse para el enfermo, para la sociedad, para la justicia... y para el propio autor... el médico.

Ética de la prescripción. Atención sanitaria, economía, administración e industria

Antonio Hidalgo Carballal^a, Julia González Pernía^b y José Francisco Díaz Ruíz^c

^aMédico Forense Titular, Máster en Bioética y Bioderecho, Coordinador Nacional de la Sección de Medicina Legal del Grupo de Trabajo de Bioética y Humanidades de SEMERGEN

^bJurista, Criminóloga, Colaboradora Externa del Grupo de Trabajo de Bioética y Humanidades de SEMERGEN

^cMédico de Familia, Coordinador Nacional del Grupo de Trabajo de Bioética y Humanidades de SEMERGEN

Siendo por todos conocido que la medicina está al servicio del hombre y la sociedad, olvidado por algunos sectores (tanto públicos como privados) encontramos la innegable realidad referente al derecho reconocido a todo paciente a recibir una atención médica de *calidad humana y científica*, siendo responsabilidad del propio facultativo prestarla, cualquiera que sea la modalidad de su práctica profesional, con el compromiso de emplear los recursos de la ciencia de manera adecuada al caso, según el parte médico, los conocimientos científicos vigentes y las posibilidades a su alcance.

Este último aspecto incluye, evidentemente, la *libertad de prescripción facultativa* que se constituye en sí misma como una de las bases del correcto proceder profesional, en equilibrio con la optimización de recursos en cuanto a la mejor gestión de los disponibles.

Es aquí donde la cuestión del *uso racional del medicamento* adquiere especial importancia, habiendo sido objeto de regulación concreta en las siguientes normas:

- Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.
- Real Decreto 1338/2006, de 21 de noviembre, por el que se desarrollan determinados aspectos del artículo 93 de

la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios en el marco del sistema de precios de referencia.

- Real Decreto-Ley 4/2010, de 26 de marzo, de racionalización del gasto farmacéutico con cargo al Sistema Nacional de Salud.

A lo largo de los últimos años, en el seno de la comunidad y de las profesiones médica y farmacéutica, se ha debatido intensamente el urgente problema de reducir el gasto sanitario.

El constante incremento de la inversión en medicamentos sigue originando la necesidad de adoptar medidas tendentes a su control y junto a las restricciones presupuestarias en esta materia ha sido necesario impulsar su uso racional.

Con las medidas correctoras aplicadas podría conseguirse la tan deseada disminución del gasto, pero es aventurado predecir que sólo con ello se consiga hacer una buena utilización de este especial recurso sanitario.

Es por ello por lo que se estima del todo indicado concienciar al médico de su más que relevante papel en esta cuestión, con respeto y observancia de su innegable libertad de actuación profesional.

La mencionada *autonomía médica*, encuentra su sustento deontológico en el Artcl. 20 del *Código de Ética y Deontología Médica de 1999*: "...disponer de libertad de prescripción y de las condiciones técnicas que le permitan actuar con *independencia* y garantía de *calidad*", sin olvidar la también ya referida responsabilidad la asistencia aparejada a este planteamiento en lo tocante a que en el caso de que no se cumplan esas condiciones se deberá informar de ello al organismo gestor de la asistencia y al paciente, llamando la atención de la comunidad sobre las deficiencias que impidieren el correcto ejercicio de su profesión, bien fuere individualmente o por mediación de sus organizaciones.

Es la propia *Constitución de 1978* la norma legal en la cual se reconoce la *libertad de ejercicio de profesión* (Artículo 35.1: "*Todos los españoles tienen el... derecho al trabajo... y a la libre elección de profesión u oficio*").

El problema surge ante los condicionantes de la libertad decisoria del médico, dentro de la propia organización sanitaria en la que presta su servicio, así como en la industria farmacéutica, siendo la política de incentivos de uno y otro ámbito cuestión que requiere estudio ético y legal más pormenorizado.

No se trata de que la Administración Sanitaria no controle e inspeccione la labor del médico a través de los organismos competentes, pero sí podemos afirmar que no resulta indicado que sea posible ordenar y dirigir la actuación facultativa mediante la valoración de la idoneidad de la prescripción, dado que esta cualidad para diagnosticar y fijar el tratamiento del enfermo constituye el aspecto básico y fundamental de su derecho a ejercer libremente su profesión.

Carece así de justificación científica la discriminación del paciente, en cuanto a la coartación de la libertad de prescripción por razones exclusivamente presupuestarias, debiendo la justificación ética de la actuación prevalecer sobre las mismas.

La propia jurisprudencia del Tribunal Supremo (STS 29/05/2001 Sala de lo Contencioso Administrativo), afirma

que "*no se puede imponer al médico una determinada forma de actuación o de ejercicio profesional, desde el momento en que usando de su ciencia y prudencia puede actuar como estime conveniente, incluso aunque no coincida en su solución con otro u otros facultativos*".

En la misma línea doctrinal, la STS 8/02/2006 Sala de lo Civil estima que "el médico en su ejercicio profesional es libre para escoger la solución más beneficiosa para el bienestar del paciente, poniendo a su alcance los recursos que le parezcan más eficaces al caso que deba tratar, siempre y cuando sean generalmente aceptados por la ciencia médica o susceptibles de discusión científica, de acuerdo con los riesgos inherentes al acto médico que practica, que tiene como destinatario la vida, la integridad humana y la preservación de la salud. El médico es, por tanto, el encargado de señalar el tratamiento individualizado en función de la respuesta del paciente y de prescribir el uso o consumo de un medicamento y de su control, proporcionándole una adecuada información sobre su utilización".

En conclusión y como reflexión, sirva la cita tomada precisamente de los *Principios Generales (Artcl. 1) de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias*: "Los profesionales tendrán como guía de su actuación el servicio a la sociedad, el interés y salud del ciudadano a quien se le presta el servicio, el cumplimiento riguroso de las obligaciones deontológicas, determinadas por las propias profesiones conforme a la legislación vigente, y de los criterios de normo-praxis o, en su caso, los usos generales propios de su profesión".

"El ejercicio de las profesiones sanitarias se llevará a cabo con plena *autonomía técnica y científica*, sin más limitaciones que las establecidas en esta ley y por los demás principios y valores contenidos en el ordenamiento jurídico y deontológico".

Nuestro objetivo será colmado si logramos adquirir conocimientos y habilidades para gestionar mejor la prescripción.

Fiebre de presentación poco frecuente

José Luis Cañada Merino

Coordinador del Grupo de Trabajo de Enfermedades Infecciosas de SEMERGEN

Definición de fiebre

La fiebre se define como la elevación de la temperatura por encima de la variación diaria normal, cuyo mecanismo consiste en un reajuste al alza del centro termorregulador, y se reserva para la temperatura mayor de 38° C; febrícula define la temperatura entre 37-38° C. La temperatura resulta del balance entre la producción y la pérdida de calor, controlado por el centro termorregulador situado en el hipotálamo anterior. El calor se genera a través de la producción endógena en los procesos metabólicos y cuando la temperatura ambiente supera a la corporal, y se pierde a través de

las superficies corporales (piel y pulmones). El mecanismo fisiopatológico fundamental de la fiebre es el reajuste hipotalámico de regulación de la temperatura a un nivel más elevado que el normal, debido a algún proceso patológico. El factor desencadenante del aumento de la temperatura podría ser la liberación de prostaglandinas, sobre todo las de clase E, por las células endoteliales de los microvasos cerebrales próximos al área hipotalámica termorreguladora. Este mecanismo es estimulado por 2 tipos de sustancias circulantes: pirógenos exógenos y endógenos.

Los pirógenos exógenos están constituidos por diversos agentes, como bacterias y sus endotoxinas, virus, hongos,

protozoos, reacciones inmunológicas, tumores, fármacos y otros. Además, pueden desencadenar la liberación de pirógenos endógenos por macrófagos y otras fuentes.

Los principales pirógenos endógenos son la interleucina 1, la caquectina o factor de necrosis tumoral y los interferones. Estos últimos producen la activación de los macrófagos y pueden incrementar la producción de interleucina 1 y el factor de necrosis tumoral.

La patogénesis de la fiebre tiene el mismo mecanismo fisiopatológico para procesos de muy diferentes etiologías, lo que la convierte en un signo totalmente inespecífico. Sólo es la expresión de la ruptura del equilibrio entre los sistemas termogénico y termolítico, y puede ser producida por enfermedades infecciosas y no infecciosas. Habitualmente, la fiebre es causada por patologías banales y suele ser de corta duración, resolviéndose con o sin tratamiento. Cuando el síndrome febril se prolonga más de 3 semanas sin llegar a un diagnóstico etiológico, se habla de fiebre de origen desconocido.

Fiebre tifoidea

Fiebre tifoidea (o entérica), una infección hematógena que afecta a múltiples órganos y se inicia con estreñimiento, hecho insólito para patógenos intestinales. *Salmonella typhi* invade células M en el intestino delgado, es transportada hasta los linfáticos y alcanza la sangre. Es fagocitada y prolifera en los macrófagos del hígado, bazo y otros órganos. La fiebre tifoidea se desarrolla cuando la salmonela es liberada de los macrófagos lisados y reintroducida en la sangre. Algunos pacientes se convierten en portadores y albergan la bacteria en sus tejidos sin experimentar síntomas, excretándola por las heces durante años. Las respuestas de Ac a los Ag O (lipopolisacáridos) pueden ser protectoras y limitar su diseminación a la sangre. Transmisión de persona a persona. Una fuente habitual es el agua contaminada por las heces, en especial durante desastres naturales como huracanes y terremotos (compromiso de la calidad del agua).

Diagnóstico:

- Muestra de heces o sangre sembrada en un medio sólido.
- Características bioquímicas.
- Ac de referencia frente a Ag O, H y Vi (polisacárido capsular).

Control:

- Medidas adecuadas de higiene (lavado de manos).
- Tratamiento de las aguas.
- Antibióticos para erradicar la causa y el estado de portador.
- Disponible vacuna oral de cepas vivas para los que viajan a áreas endémicas.

Fiebre Q

La fiebre Q es una enfermedad infecciosa aguda rara, causada por *Coxiella burnetii*, una bacteria del género *Rickettsia*, que produce neumonía (infección pulmonar) y hepatitis

(enfermedad inflamatoria del hígado) en la fase inicial y endocarditis si la enfermedad se cronifica.

Coxiella burnetii es un microorganismo intracelular estricto que habitualmente se desarrolla en los lisosomas (estructura celular que funciona como unidad digestiva elemental) de las células del huésped. Se diferencia de otras rickettsias por su filtrabilidad, gran estabilidad y resistencia a agentes físicos y químicos y transmitirse sin necesidad de vectores. Pueden alcanzar altas concentraciones en algunos tejidos animales.

La fiebre Q es una zoonosis (enfermedad que afecta particularmente a los animales y que puede ser trasmisible al hombre) de distribución mundial. El reservorio natural de la enfermedad incluye el ganado bovino, ovino y caprino; aves; otros mamíferos tanto domésticos como salvajes: gatos, perros, conejos, cerdos, caballos, camellos, búfalos de agua, ratas, ratones, y más de 40 especies de artrópodos. El hombre se contagia por lo general por diseminación aérea de las rickettsias tras la inhalación de aerosoles, en establecimientos donde se manejan animales, a través del polvo contaminado por tejidos placentarios, líquidos del parto y excretas de animales infectados, así como las salas de autopsia. Otras formas de contagio son por contacto directo con animales infectados, o a través de sus productos contaminados: lana, paja, fertilizantes y ropa sucia, leche cruda de vacas infectadas; transfusión de sangre o médula. No parece existir diseminación de persona a persona, pero sí está demostrada la infección fetal durante el embarazo.

La fiebre Q rara vez afecta a menores de 10 años y es más severa en mayores de 40 años. Se distinguen 2 formas clínicas, una forma aguda y una crónica:

- Forma aguda: El período de incubación máximo es de 3-4 semanas, dura por lo general entre 3 y 6 días, en los primeros de ellos no suele haber afectación respiratoria, la principal característica de la fiebre Q aguda es su gran variabilidad clínica, en general se presenta como un cuadro febril de origen desconocido en forma de casos esporádicos o en brotes, pudiendo ser asintomático en ocasiones. Suele tener un comienzo repentino con síntomas inespecíficos similares a una gripe que por lo general se resuelve espontáneamente en unas 3 semanas, caracterizado por: sensación de escalofrío, dolor retro orbital, cefalea (dolores de cabeza), fiebre alta que es remitente y dura entre 9 y 14 días, frialdades, mialgias (dolores musculares), sensación de malestar general, debilidad, anorexia (disminución del apetito) y sudoración profusa; es característico el hecho de que no curse con exantema (erupción cutánea, de color rojizo) cutáneo como las otras infecciones por *Rickettsia*. Acabada esta primera fase "gripal" se sigue de un cuadro de neumonía, en alrededor de una tercera parte de los pacientes, acompañada de hepatitis, que se puede presentar sola o simultáneamente.
- Forma crónica: aparece en pacientes que han estado infectados durante más de 6 meses y su característica principal es la afección del sistema cardiovascular, pudiendo producir endocarditis (inflamación de la membrana que tapiza el interior de las cavidades cardíacas, llamada endocardio) crónica que se asienta sobre válvulas anormales o prótesis valvulares, sobre todo en válvulas aórtica y

mitral, e insuficiencia (fracaso funcional) cardíaca en la mayoría de los casos. Menos frecuentemente aparecen infección de aneurismas (bolsa formada por la dilatación o rotura de las paredes de una arteria o vena), disfunción hepática, cirrosis (fibrosis, proliferación del tejido conectivo fibroso, hepática) y fibrosis intersticial pulmonar (formación de cicatrices y engrosamiento de los tejidos pulmonares). El diagnóstico de sospecha de la fiebre Q es clínico; debe sospecharse en fiebres de origen desconocido o en endocarditis con hemocultivos (siembra de un medio de cultivo con una pequeña cantidad de sangre) negativos, especialmente en personas que viven en el medio rural o tienen un estrecho contacto con animales. El diagnóstico de confirmación se realiza mediante la serología, detectando anticuerpos específicos para *Coxiella burnetii* en sangre. Es importante realizar investigación de contactos y fuentes de infección: animales, consumo de leche cruda, etc.

La profilaxis (prevención) consiste en la pasteurización de la leche, control del polvo en las industrias ganaderas, incineración de placentas, pautas adecuadas de control y desinfección de los productos animales potencialmente infecciosos: secreciones, esputo, heces, orina, sangre y artículos contaminados de animales infectados, con hipoclorito de sodio al 0,05%, peróxido de hidrógeno al 5%, o solución de lisol al 1:100.

Existen vacunas específicas que se usan sólo en trabajadores en situación de riesgo.

El tratamiento de la neumonía por fiebre Q consiste en la administración de doxiciclina o eritromicina. En endocarditis crónica, es útil el uso combinado de tetraciclina y rifampicina durante meses, debiéndose controlar mediante evaluación serológica periódica.

La mortalidad de los casos agudos no tratados está entre el 1-2,5%.

Fiebre de Malta

La brucelosis es una infección zoonótica del SRE asociada a síntomas inespecíficos. Los microorganismos a partir de un animal infectado (p. ej., cerdo) infectan al ser humano a través de una herida, por vía conjuntival, inhalación o ingestión (lácteos no pasteurizados). *Brucella* produce invasión local, es opsonizada por anticuerpos y fagocitada por PMN. Los productos bacterianos que suprimen la destrucción oxidativa facilitan el crecimiento intracelular. La diseminación acontece por vía linfática y hemática y *Brucella* prolifera en los macrófagos del SRE de muchos órganos formando granulomas. El LPS es esencial para la virulencia. A las 2-4 semanas de la infección inicial: fiebre, sudoración y fatiga. Para eliminar la *Brucella* a través de los macrófagos activados se requiere una respuesta de linfocitos T Th1 e IC. TNF-alfa, gamma, IL-1 y 12 son importantes mediadores. Diferentes biotipos causan infección en cabras, ovejas, cerdos, etc., en función del área geográfica. El ser humano es un huésped accidental, típicamente como riesgo profesional (p. ej., matarifes). *Brucella abortus* y *Brucella melitensis* también pueden causar brucelosis.

Diagnóstico:

- a) Historia clínica de exposición.
- b) Muestras de sangre o biopsia para:
 - 1) Cultivo en agar de *Brucella* > 4 semanas para visualizar.
 - 2) Bacilos cortos gramnegativos, aeróbicos, catalasa+.
- c) Serología de suero: fase aguda y convalecencia.

Control:

- a) Reducción de la exposición a animales infectados.
- b) Sacrificio del rebaño infectado.
- c) Tetraciclina oral durante 6 semanas + estreptomycin IM.
- d) Vacuna de cepas vivas o atenuadas para individuos con riesgo profesional.

Tuberculosis extrapulmonar

La tuberculosis extrapulmonar supone el 10-20% del total de TB que padecen los enfermos inmunocompetentes, aunque esta frecuencia de presentación se incrementa notablemente en las personas portadoras de algún grado de inmunodeficiencia. Los enfermos con TB y sida severamente inmunodeprimidos pueden presentar localizaciones extrapulmonares hasta en un 60% de los casos. Si exceptuamos la afectación pleural, la localización más frecuente es la ganglionar, seguida de la urogenital y la osteoarticular, siendo el resto de localizaciones muy infrecuentes. En la práctica totalidad de los casos de TB extrapulmonar existe un foco primario en el pulmón, que puede ser visible o no en la radiografía de tórax. Se admite que desde este foco primario pulmonar se puede producir una diseminación, bien por contigüidad, bien por vía linfática o por vía hematológica, siendo esta última vía la causante de la mayoría de las TB extrapulmonares a excepción de la pleural y la linfática.

La casi totalidad de las TB extrapulmonares tienen baciloscopia negativa, por lo que su capacidad de contagio es, prácticamente, nula. La afectación pleural por la TB es relativamente frecuente y, dado que sus aspectos clínicos y radiológicos se exponen en otro capítulo de este monográfico y que su tratamiento es similar al de la TB pulmonar, este trabajo se va a centrar en el resto de formas extrapulmonares de la tuberculosis.

La TB extrapulmonar, en su conjunto, supone el 10-20% del total de TB que padecen los enfermos inmunocompetentes. Su presencia se incrementa en las personas portadoras de algún grado de inmunodeficiencia. Si exceptuamos la afectación pleural, la TB ganglionar es la forma más frecuente. La casi totalidad de las TB extrapulmonares tiene baciloscopia negativa. En un alto porcentaje de casos existe un foco primario en el pulmón. Salvo escasas excepciones, el tratamiento de la TB extrapulmonar es similar al indicado en la TB pulmonar.

Fiebre botonosa mediterránea

Las rickettsias pertenecientes al grupo de las fiebres manchadas muestran una distribución mundial. La mayoría se transmiten por garrapatas y están muy relacionadas serológicamente. La rickettsiosis más frecuente en nuestra área es la fiebre botonosa (FB), también llamada fiebre exantemática

mediterránea, cuyo agente causal es *R. conorii*. La enfermedad fue descrita por primera vez en Túnez en 1910, aunque hasta 1932 no se conoció el papel de *R. sanguineus* como vector. La distribución de la FB abarca el norte de África y el sureste de Europa, aunque se han descrito casos en el norte y centro de Europa y en Turquía. Un dato de interés epidemiológico reside en que los casos suelen concentrarse en primavera y verano, correspondiendo al período de máxima actividad del vector. Tradicionalmente, *R. conorii* se considera menos patógena que *R. rickettsii*, aunque recientemente se ha constatado que las formas severas de la fiebre botonosa alcanzan a un 6% de los pacientes, con una tasa de mortalidad del 2,5%. En general, la aparición de los síntomas tiene lugar tras un período de 6 días de incubación. Los pacientes muestran fiebre alta, exantema y una escara en el punto de inoculación. En los casos severos se puede observar erupción petequeal y problemas neurológicos, renales y cardíacos.

Fiebre recurrente

La fiebre recurrente está producida por *Borrelia recurrentis* y es transmitida por piojos y está asociada a cefalea intensa, mialgia, exantema y hemorragia cerebral (puede ser mortal), insuficiencia hepática y miocarditis. Al picar a un individuo infectado el piojo ingiere borrelias y, al picar a otro sano, la infección se transmite tras aplastamiento del piojo con el rascado. Las borrelias penetran en las membranas mucosas y en la piel alcanzando la sangre y multiplicándose (106 microorganismos/ml) antes de ser eliminadas. Pueden invadir órganos y causar septicemia y fiebre. El único huésped es el ser humano. El vector es el piojo (*Pediculus humanus*). Epidemias durante la guerra o condiciones de hacinamiento. Endémica en África oriental y central y los Andes.

Diagnóstico:

- Frotis de sangre para visualizar espiroquetas.
- La serología es de valor cuestionable porque no están disponibles marcadores antigénicos específicos.

Control:

- Eliminar las condiciones ambientales favorecedoras.
- Tetraciclina o eritromicina. La penicilina es eficaz, pero puede causar reacción de Jarish-Herxheimer (hipoten-

sión, fiebre y leucopenia) debida a la liberación de endotoxina a partir de las espiroquetas destruidas.

Enfermedad de Lyme

La enfermedad de Lyme es una infección de articulaciones, sistema nervioso y piel, desarrollada en 3 estadios, transmitida por garrapatas y producida por una espiroqueta llamada *Borrelia burgdorferi*. Las larvas infectadas de la garrapata se adquieren en áreas endémicas. La garrapata transmite la espiroqueta que prolifera en la piel en el lugar de la picadura. Estadio 1: eritema migratorio (EM) característico que alcanza hasta 15 cm de diámetro en 3-32 días. Invasión de las células y diseminación por medio de proteínas de la membrana externa y supresión de la respuesta inmune. Estadio 2: tras varios días, se desarrollan lesiones similares al EM inicial, junto con cefaleas, fiebre y fatiga intermitentes. Estadio 3: infección persistente con artritis dolorosa periódica (p. ej., rodillas). Los anticuerpos y complemento pueden lisar el microorganismo, que evita la destrucción intracelularmente o en nichos protegidos en piel, articulaciones o SN, incluso con inmunidad celular (IC). Garrapatas del género *Ixodes* portadoras de *B. burgdorferi* en climas cálidos del hemisferio norte. *B. burgdorferi* se reproduce en la garrapata y por vía transovárica la transmite a la descendencia. Reservorios: ratones y otros roedores. En Estados Unidos se está expandiendo (10.000 casos anuales).

Diagnóstico:

- Signos clínicos (EM) en áreas endémicas.
- Muestra de piel:
 - Cultivo en caldo.
 - Observación de espiroquetas.
- RCP de líquido sinovial o LCR.
- ELISA del suero según criterios CDC.

Control:

- Prevención exposición:
 - Usar pantalón largo y jersey de manga larga.
 - Inspección en busca de garrapatas tras excursiones a áreas endémicas (mayo a septiembre).
- Doxiciclina o amoxicilina.
- Vacuna recombinante para individuos de riesgo.

Gestión de la incapacidad temporal

La IT en la atención primaria: prestación sanitaria

Paula Alonso Jerez y Antonio Alemán Artiles

Inspectores Médicos, Servicio de Salud Laboral, Servicio Canario de la Salud, España

El peso económico y la relevancia social de la incapacidad temporal (IT) son de conocida importancia, más en el ac-

tual contexto económico que plantea reducción de prestaciones sociales. El inicio de las actuaciones para el reconocimiento de la IT se hace en atención primaria y es ésta la que, durante el proceso, dedica tiempo y recursos a su gestión. No debemos olvidar que esencialmente es una prestación sanitaria y así lo trataremos. Las inspecciones medicas de los servicios públicos de salud son las deben apoyar a los médicos en esta tarea como responsables últimas de su gestión. En los últimos años la legislación ha dado un giro importante en el control de esta prestación que el médico de atención primaria debe conocer y manejar. Durante el desarrollo del taller pretendemos tratar la gestión eficiente de

la incapacidad temporal desde la atención primaria abordando de manera práctica las situaciones que a diario se presentan en una consulta: las relaciones con los diferentes intervinientes en la IT (trabajador, mutuas, inspección,

INSS, etc.); gestión y control de las contingencias comunes; papel del médico de AP en las contingencias profesionales y en la incapacidad permanente; contenido y límites de la información clínica en la IT, etc.

Importancia de la investigación cualitativa en atención primaria

Vinita Mahtani Chugani

Gerencia de Atención Primaria de Tenerife, Servicio Canario de Salud, CIBER de Epidemiología y Salud Pública, España

La investigación cualitativa se origina en las ciencias sociales y humanidades. Incluye la colección, análisis e interpretación de datos que no se pueden reducir fácilmente a números. Se realiza en el contexto real/natural, mediante un proceso predominantemente inductivo. Incluye datos, sobre todo en forma de texto, obtenidos mediante una recogida sistemática, y organizada del diálogo y la observación. Principalmente estudia hechos, opiniones, percepciones e interpretaciones.

En ocasiones se tiende a definir la investigación cualitativa en relación a la investigación cuantitativa, creando una falsa visión de metodología antítesis de la cuantitativa, incluso definido a veces como la metodología “no cuantitativa”. Sin embargo, la distinción no debería ser de antítesis sino de diferenciación y complementariedad.

Los métodos cualitativos tienden, esencialmente, a averiguar lo que la gente hace, piensa y sabe y, es útil para responder al ¿qué? ¿cómo? y al ¿por qué? sobre los diferentes fenómenos que podemos encontrar en el ámbito de la salud y la enfermedad. Las aportaciones principales de la investigación cualitativa son el estudio del contexto, la posibilidad de incluir las “voces” de los actores implicados en el problema a estudio, la realización de la investigación en el mundo real, la generación de teorías y la detección de fenómenos.

Lo que debe quedar claro es aquello que no es investigación cualitativa y que con frecuencia se confunde: no es una investigación sobre la “calidad de vida”, o sobre la “calidad” de los programas; no es un conjunto de trozos de transcripciones de una entrevista; no es una anécdota o historia periodística; ni el análisis de respuestas a un cuestionario estructurado de preguntas abiertas.

Por tanto, cada método tiene su indicación en la investigación y dependiendo de lo que queramos saber debemos usar una u otra o, como está ocurriendo cada vez más, usar ambas para estudiar diferentes aspectos de un mismo problema.

En la actualidad, la producción científica y la aplicabilidad de los resultados de los estudios cualitativos en general, y en salud pública y atención primaria en particular, no dejan ninguna duda sobre su importancia en la investigación sanitaria. El reto se encuentra en situarlo en el lugar que le corresponde y en aprender a utilizar los criterios apropiados para su evaluación.

Importancia de la investigación cualitativa en atención primaria: luces y sombras de la investigación en atención primaria: la experiencia en diversidad cultural y salud del Centro de Salud de Guanarteme

Francisco Navarro Vázquez

Servicio Canario de la Salud, Gerencia de Atención Primaria, Unidad Docente de Medicina Preventiva y Salud Pública/Área Técnica, Área de Salud de Gran Canaria, Gran Canaria, España

Enfoque

La identificación de una situación problemática e insatisfactoria dentro del equipo de atención primaria (EAP) del Centro de Salud de Guanarteme (Área de Salud de Gran Canaria) a la hora de abordar unos cuidados de calidad ante la rápida transformación demográfica, social y cultural de la población usuaria y demandante de prestaciones sociosanitarias de dicho centro, es el punto de partida para profundizar en el análisis de las características de la investigación en atención primaria que determina una creciente diversidad dentro de la misma.

Con la intención de transformar dicha situación generando resultados científicamente válidos y socialmente útiles en la búsqueda permanente de mejorar la calidad de los servicios y la práctica profesional, se establecieron diferentes intervenciones basadas en los principios de la investigación-acción: la experiencia del EAP de Guanarteme pretendía tratar de forma simultánea conocimientos y cambios sociales, de manera que se unan la teoría y la práctica.

De manera secuencial se establecieron estrategias de investigación cualitativa (*análisis de las percepciones de los profesionales del EAP sobre barreras y dificultades en la provisión de atención a población inmigrante*), investigación

cuantitativa (hábitos alimentarios en población inmigrante) y de participación ciudadana en diversidad cultural y salud.

A través de la experiencia del EAP de Guanarteme, nuestro objetivo es reflexionar sobre los logros y las ba-

rreras para la implantación y seguimiento de este tipo de proyectos de manera a abordar un debate necesario sobre el papel de la investigación en atención primaria.

Manejo de fármacos en el paciente terminal

Rosa Díez Cagigal

Médico de Familia, Equipo de Cuidados Paliativos, Hospital de Laredo, Cantabria, España

Los cuidados paliativos nos acercan al tema de la muerte, nos proporcionan la oportunidad de cuidar de forma activa y global al paciente terminal, controlando sus síntomas, acompañándolo en el proceso de morir, permaneciendo a su lado y al lado de su familia hasta el final.

Así, tratan de conseguir el mayor bienestar posible del enfermo y su familia, entendiéndolos como una unidad a tratar.

La SECPAL define a los cuidados paliativos como: “un tipo especial de cuidados, diseñados para proporcionar bienestar o confort y soporte a los enfermos y a sus familias en las fases finales de una enfermedad terminal”.

Son 3 los pilares en los que se apoyan los cuidados paliativos: el control de síntomas, la comunicación eficaz y el apoyo a la familia.

El desarrollo del presente seminario pretende hacer un repaso de los principales fármacos que utilizamos en medicina paliativa para el control de los síntomas más frecuentes.

Desarrollaremos el esquema siguiente:

- Fármacos para el control del dolor.
- Opioides de tercer escalón.
- Rotación de opioides.
- Coadyuvantes.
- Fármacos para el control de los síntomas respiratorios.
- Fármacos para el control de los síntomas neurológicos.
- Fármacos para el control de los síntomas digestivos.
- Fármacos por vía subcutánea.

Fármacos para el control del dolor

Algunos principios y consejos a la hora de tratar el dolor en las enfermedades avanzadas son:

- Identificar la causa del dolor.
- Pautar la medicación a horas fijas.
- Pautar rescates.
- Adiestrar al enfermo y a la familia en el manejo del dolor.
- Monitorización y revisión periódica.
- Registrar los fármacos en una hoja para dejar en el domicilio del paciente.

Opioides de tercer escalón:

- Morfina.

- Fentanilo.
- Buprenorfina.
- Oxycodona.
- Metadona.

No tienen techo terapéutico, salvo la buprenorfina, que es agonista parcial pero a las dosis que se manejan en cuidados paliativos para el control del dolor se comporta como un agonista puro.

Titulación es el cálculo de la dosis individualizada de fármaco que precisa cada paciente.

Dosis de rescate es la dosis extra que se precisa añadir al tratamiento habitual para mantener el dolor controlado ante una exacerbación del mismo. Se calcula como un 10% de la dosis total diaria.

Se deben prevenir los efectos secundarios como el estreñimiento y los vómitos.

Estar alerta a síntomas compatibles con neurotoxicidad inducida por opioides. Sospecharla ante deterioro cognitivo de inicio súbito, confusión, alucinaciones, temblores.

Son especialmente vulnerables los ancianos, los pacientes con insuficiencia renal, aquellos en los que se hace una rápida escalada de dosis y polimedcados, especialmente si asocian benzodiacepinas.

Morfina

Presentaciones:

- Comprimidos de liberación retardada administración oral cada 12 h.
- Comprimidos de liberación rápida administración oral cada 4 h.
- Ampollas para administración subcutánea.

Ajustar la dosis en insuficiencia renal o aumentar el intervalo de administración.

Fentanilo

Presentaciones:

- Fentanilo transdérmico, especialmente indicado en pacientes con dificultad para la deglución, episodios de oclusión/suboclusión intestinal, dolor controlado con dosis estables. Tarda 15-17 h en iniciar su efecto, por lo que

hay que mantener analgesia hasta pasadas esas horas. Se recomienda rotar las zonas de aplicación. La fiebre, el sol o el calor local aumentan su absorción. Hay pacientes que precisan un intervalo de dosis de 48 h por ser metabolizadores rápidos.

- Citrato de fentanilo oral transmucoso, indicado en dolor irruptivo. Su inicio de acción es en 5-10 min. Es un comprimido con aplicador que se chupa desplazándose por la mucosa de las mejillas. No se debe masticar. No debe utilizarse en caso de mucositis.
- Citrato de fentanilo sublingual.
- Citrato de fentanilo.

Oxicodona

Es 1,5-2 veces más potente que la morfina. Menor NIO. Presentaciones:

- Liberación retardada cada 12 h.
- Liberación rápida duración del efecto 4 h.

Buprenorfina

Agonista parcial. Presentación: buprenorfina transdérmica. El intervalo de administración es de 84 h, por lo que se recomienda cambiarlo 2 días fijos a la semana (p. ej., lunes mañana y jueves tarde).

Hidromorfona

Es 5 veces más potente que la morfina. Presentación: comprimidos de liberación retardada para administración cada 24 h.

Metadona

Requiere 3 días de ajuste y generalmente ingreso hospitalario.

Rotación de opioides

- Cambio de opioide o de vía de administración del mismo.
- Indicado en mal control del dolor neurotoxicidad, desarrollo de tolerancia.
- Se calcula la dosis total diaria del antiguo opioide y en función de las dosis equianalgésicas (tabla 1).

Tabla 1 Dosis equianalgésicas

Morfina oral	1/3 morfina sc
Morfina oral	1/2 morfina sc
Morfina oral 45-60 mg	Fentanilo parche de 25
Morfina oral 45-60 mg	Buprenorfina parche de 35
Morfina oral 40 mg	Oxicodona oral 20 mg

Coadyuvantes

Son los fármacos que, aunque tienen otra indicación, asociados conjuntamente con los analgésicos presentan efecto analgésico.

Indicaciones

- 1) Dolor neuropático:
 - Dexametasona.
 - Amitriptilina.
 - Duloxetina.
 - Carbamacepina.
 - Gabapentina.
 - Pregabalina.
- 2) Dolor visceral:
 - Dexametasona.
- 3) Espasmos vesicales:
 - Amitriptilina.
 - Buscapina.
- 4) Tenesmo rectal:
 - Clorpromacina.
- 5) Dolor por metástasis óseas:
 - Bifosfonatos e.v. mensuales.

Fármacos para el control de los síntomas respiratorios

Disnea

- Responde a dosis bajas de morfina 2,5-5 mg.
- En pacientes que ya estaban tratados con morfina aumentar un 30-50%.
- En caso de linfangitis carcinomatosa corticoides.
- En caso de hipoxemia valorar oxigenoterapia.

Tos

- Dextrometorfano y opioides.

Hemoptisis

- Leve-moderada < 200 ml a las 24 h.
- Masiva > 200 ml a las 24 h (es una urgencia paliativa).

Tratar la tos

Antifibrinolíticos

- Ácido aminocaproico 5-10 mg/4-6 h vía oral o 16-24 mg/24 h e.v. Presentación en ampollas de 4 g/10 ml.
- Ácido tranexámico 1g/6-8 h vía oral Presentación de ampollas de 500 mg/5 ml y comprimidos de 500 mg.
- Radioterapia con fines hemostáticos.

Hipo

- Utilizar el fármaco más adecuado en función de la causa.

- Inhibidores centrales:
 - Antagonistas dopaminérgicos:
 - Clorpromacina 10-25 mg/6-8 h.
 - Haloperidol 1,5-3 mg/24 h.
 - Metoclopramida 10 mg/6-8 h.
 - Antagonistas GABA:
 - Baclofeno 5-20 mg/8 h.

Reducción de la distensión gástrica

- Metoclopramida.

Disminución de la hipertensión intracraneal

- Dexametasona.

Estertores

- N-metil bromuro de hioscina 20 mg/6-8 h.

Fármacos para el control de los síntomas neurológicos

Delirium

- Su sospecha y abordaje precoz es la clave para su resolución.
- Aparece hasta en un 80% de los pacientes en las últimas semanas de vida.
- Si es posible, el tratamiento ha de ser etiológico.
- Descartar siempre retención urinaria e impactación fecal.
- De elección, haloperidol 1,5-2,5 mg/8 h por vía oral o subcutánea.
- Se deben administrar dosis de recate incluso hasta 3 dosis con intervalos de 15-20 min antes de considerar otro neuroléptico.
- Risperidona a dosis de 1-3 mg/24 h es una buena alternativa vía oral.
- Clorpromacina 15-75 mg/24 h repartido en 3 dosis.
- Levomepromacina 10-25 mg/24 h repartido en 2 dosis.
- Metilfenidato se utiliza para el tratamiento del delirio hipoactivo 15-30 mg/24 h repartidos en 2 dosis.
- En caso de que la agitación no responda a neurolépticos se utilizaran benzodiacepinas siendo de elección midazolam.
- Midazolam 2,5-5 mg subcutáneo cada 5-10 min cada control de agitación. Posteriormente esa dosis se repartirá en infusión subcutánea o en bolos cada 4 h.

Insomnio

- El insomnio de conciliación traduce ansiedad de fondo y puede responder a una benzodiacepina de vida intermedia-corta durante el día e hipnóticos no benzodiacepinicos tipo zolpidem o zopiclona.
- El insomnio de mantenimiento responde a lormetacepam 1-2 mg o loracepam 1 mg vía oral.
- El insomnio final o despertar precoz es un síntoma de depresión y puede responder a antidepresivos sedantes tipo amitriptilina 25-125 mg, trazodona 50-100 mg o mirtazapina 15-30 mg.

Depresión

- Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS):
 - Sertralina 50-200 mg. Se puede administrar por la mañana o por la noche.
 - Fluvoxamina 50-300 mg. Administrar por la noche.
 - Paroxetina 10-40 mg. Administrar por la mañana.
 - Fluoxetina 10-40 mg. Administrar por la mañana.
 - Citalopram 20-40 mg.
- Antidepresivos duales:
 - Venlafaxina 37,5-150 mg.
 - Mirtazapina 15-45 mg. Administrar por la noche.

Ansiedad

- Las benzodiacepinas de elección en pacientes terminales son:
 - Lorazepan 0,5-1 mg/8 h por vía oral o por vía sublingual si se quiere mayor rapidez de acción.
 - Alprazolam 0,25-1 mg/8 h por vía oral
 - Midazolam 7,5 mg/24 h por vía oral. En dosis única es 2-3 veces más potente que diacepán.
- El bromazepam es una benzodiacepina de uso muy extendido, pero se desaconseja en pacientes terminales y ancianos por su toxicidad hepática.
- La insuficiencia respiratoria y el uso de opioides no contraindican el uso de benzodiacepinas.

Fármacos para el control de los síntomas digestivos

Cuidados de la boca

Boca seca

- Hidratación de los labios.
- Medidas para estimular la producción de saliva, enjuagues con manzanilla y gotitas de limón, trocitos de piña natural, saliva artificial.

Boca con hongos

- Nistatina tópica limpiar bien la boca después de las comidas y administrar una dosis de 5-10 ml/6 h manteniendo en la boca y luego tragándolo de 7-14 días.
- Fluconazol oral en caso de no responder al tratamiento tópico.

Boca sangrante

- Enjuagues con ácido tranexámico.

Náuseas-vómitos

- Importancia de las medidas no farmacológicas.
- No forzar la ingesta.
- Valorar ajuste de dosis.
- Valorar cambio de vía oral a la subcutánea en caso de vómitos instaurados y continuos.
- Valorar asociación de fármacos antieméticos con diferente mecanismo de acción para que se potencien.
- En vómitos inducidos por estimulación vagal, metoclopramida 10-20 mg/6-8 h vía oral o subcutánea. Pautar dosis de rescate de 10 mg incluso cada hora.

- Estimulación área quimiorreceptora, haloperidol 1,5-3 mg en dosis única nocturna. Puede ser necesario 0,5-2 mg/8 h vía oral o subcutánea.
- Estimulación del centro del vómito dexametasona 4-8 mg/6 h vía oral o subcutánea.

Estreñimiento

- Imprescindible la prevención, instaurar fármacos laxantes profilácticos al mismo tiempo que se receta un opiode.
- De elección la vía oral.
- Laxantes osmóticos: lactulosa o lactitol 15-30 cc/24 h. En caso de heces duras aumentar la dosis.
- Laxantes estimulantes: senósido 15-30 mg/24 h en caso de que las heces sean blandas pero el paciente tenga dificultad para la defecación.
- En caso de que lleve 3 días sin hacer deposición laxante de acción local:
 - Supositorios de glicerina o supositorios de bisacodilo, pueden utilizarse en estomas.
 - Canuletas de citrato sódico.
 - Enemas de fosfato sódico.
- En caso de impactación fecal:
 - Si heces blandas, enema de limpieza.
 - Si heces duras, extracción manual y enema.

Caquexia-anorexia

De entrada hemos de aportar tranquilidad informando que en su situación el gasto energético es muy escaso y precisan muy poca cantidad de alimento y repartido en 4-5 comidas al día.

Tratamiento

- Metoclopramida 10 mg 20 min antes de las comidas, útil en caso de saciedad precoz.
- Dexametasona 4 mg vía oral. Por sus efectos secundarios no utilizar en períodos muy prolongados de tiempo.
- Acetato de megestrol 160-480 mg/día repartidos en 3 tomas.

Obstrucción intestinal

Si se decide tratamiento paliativo exclusivamente los objetivos son: el control de síntomas, permitir la ingesta, aunque sea mínima, de líquidos y evitar el uso de sonda nasogástrica y sueroterapia. Reducir el tiempo de ingreso hospitalario, favoreciendo el manejo de los síntomas en el domicilio. Las dosis e intervalos de administración varían en función de la intensidad y de la respuesta.

- Analgésicos: morfina subcutánea, fentanilo transcutáneo.
- Antieméticos: haloperidol, metoclopramida en caso de obstrucción funcional, y ondansetrón, pues el aumento de la presión digestiva favorece la liberación de serotonina.
- Antisecretores: anticolinérgicos butilbromuro de hioscina y octeótride.
- Corticoides: potencian la acción antiemética y reducen el edema intersticial.

Fármacos por vía subcutánea

Es la mejor alternativa cuando la vía oral no es posible. Indicada en:

- Vómitos incoercibles.
- Disfagia severa.
- Obstrucción intestinal.
- Agonía.
- Necesidad de hidratación.

Formas de administración:

- En bolos. Se administra la medicación en los intervalos de tiempo y las dosis pautadas. Ofrece como ventajas que la familia puede ser entrenada a manejarla y que en caso necesario se pueden poner dosis extras.
- En infusión continua (infusores). Los más usados son los desechables.

Los fármacos que pueden ser utilizados por vía subcutánea son: cloruro mórfico, oxicodona, metadona, tramadol, midazolam, hioscina, haloperidol, levomepromazina, metoclopramida, dexametasona, furosemida, ketoralaco, diclofenaco, ondansetrón y octeótride.

Manejo del enfermo con Parkinson en atención primaria y diagnóstico diferencial de los diversos trastornos del movimiento

M. Carmen Martínez Altarriba

Médico de Familia, Centro de Atención Primaria Horta, Barcelona, España

Trastornos del movimiento

- En los trastornos del movimiento, como en el resto de la mayor parte de patología neurológica, la anamnesis y la exploración son muy importantes porque nos diagnostican un 80%.

- En la anamnesis destacaremos preguntas como dificultades en las tareas rutinarias, en las faenas del hogar, etc., síntomas actuales, cuándo han comenzado, cómo han comenzado, localización e irradiación, evolución y progresión, factores agravantes, factores atenuantes, pérdida de fuerza, etc.

- En la exploración, se debe realizar una exploración neurológica completa (mental, lenguaje, pares craneales, reflejos, pruebas de coordinación, fuerza y sensibilidad), pero se debe realizar más amplia investigando temblor, disimetría, marcha, inestabilidad postural, hipertonía, bradicinesia, micrografía.
- Entre los trastornos del movimiento más frecuentes en AP hablaremos de temblor, corea, distonía, tics, mioclonías, balismo, acatisia, etc.
- Los tics se definen como movimientos carentes de propósito que pueden ser simples o complejos, que interrumpen de manera súbita la actividad motora normal. Frecuentemente existe una sensación de urgencia para ejecutar el tic.
- Características: precedidos por sensaciones o sentimientos premonitorios. Pueden suprimirse voluntariamente (en general, con gran esfuerzo mental). Diversos factores pueden exacerbarlos o disminuirlos. Pueden ser de varios tipos: motores, fónicos, etc. También se realiza la clasificación en primarios y secundarios. Entre todos hay que destacar por su importancia el síndrome Gilles de la Tourette, auto-sómico dominante, más frecuente en varones, relación entre los tics y las alteraciones del comportamiento
- La corea: movimiento involuntario hiperkinético irregular, de duración breve, que cambia de una zona corporal a otra sin secuencia definida. Predominio distal, de baja amplitud e incorporado a los movimientos voluntarios.
- Las distonías: síndrome en el que existen contracciones musculares involuntarias sostenidas, que causan movimientos de torsión repetidos, o posturas anormales que pueden acompañarse de dolor.
- El temblor: movimiento involuntario que se observa con más frecuencia en medicina de familia. Movimiento rítmico y oscilatorio de una o varias partes del cuerpo. Puede ser de reposo, como el Parkinson, o de actitud, como el esencial, o cinético, como el cerebeloso.

Diagnóstico del Parkinson

- El comienzo es entre los 50 y 70 años. Es muy importante, si ocurre antes de los 50 años, un amplio y profundo diagnóstico diferencial.
- Son características sintomáticas del Parkinson: postura encorvada, rigidez, lentitud de movimientos, inexpressividad facial, temblor rítmico que remite con los movimientos voluntarios.
- Expresión facial ausente, voz monótona, lentitud general, disminución de la actividad motora, ausencia de los pequeños movimientos espontáneos de ajuste postural, marcha acelerada con pasos rápidos y torpes.
- Para el diagnóstico son necesarios 2 criterios fundamentales o 1 síntoma fundamental y 2 secundarios.
- Los síntomas fundamentales son: acinesia, temblor, rigidez, trastornos posturales, bloqueos motores, distonías, trastornos de la marcha, cinesias paradójicas.
- Síntomas secundarios son: hipomimia, disminución del parpadeo, disartria, disfagia, disfonía, trastornos vegetativos, sialorrea, seborrea, estreñimiento, trastornos esfinterianos, trastornos sexuales, hipotensión ortostática, dolores musculares y articulares, osteoporosis, conjuntivitis, demencia, alteraciones psíquicas.

- Se debe realizar diagnóstico diferencial con: depresión, temblor esencial, parálisis supranuclear progresiva, hidrocefalia, hipoparatiroidismo, lesiones vasculares, enfermedad de Segawa, hipocinesia de otras causas (hipotiroidismo, etc.), temblor psicógeno, demencia con cuerpos de Lewy, temblor ortostático primario.

Muy importante es el diagnóstico diferencial con:

- Parkinsonismo secundario.
- Postencefálico.
- Metabólico.
- Vascular.
- Estructural.
- Tóxico.
- Inducido por fármacos.
- Síndromes Parkinson "plus".
- Parálisis supranuclear progresiva.
- Atrofia multisistémica.
- Degeneración córtico-basal.
- OPCA esporádica.
- Enfermedad por cuerpos de Lewy.
- Enfermedades hereditarias (Huntington, Machado-Joseph, Hallervorden-Spatz).

Tratamiento del Parkinson

Las premisas principales en el tratamiento del Parkinson son:

- Mantener al paciente funcionalmente independiente tanto tiempo como sea posible.
- Individualizar el tratamiento según la edad, estado mental, grado de alteración funcional, expectativas/condicionantes laborales/sociales, respuesta inicial al tratamiento.
- Mantener al paciente activo, móvil, apoyo psicosocial, tratar síntomas.
- Tratamiento no farmacológico.
- Los grupos de soporte ofrecen una ayuda importante, no sólo al paciente sino también a las familias.
- Es importante mantener un buen estado nutricional, recomendar una dieta rica en fibra, equilibrada y una adecuada hidratación, sin necesidad de restringir las proteínas salvo en pacientes con EP en estadio avanzado que precisen control de los efectos secundarios de la levodopa.
- Tratamiento farmacológico.
- Parkinson de nuevo diagnóstico.
- ¿Inicio del tratamiento con AD o con LD?
- En un seguimiento de 3 años, existe mayor riesgo de padecer discinesias en los pacientes tratados con l-dopa que en los tratados con AD.
- Perfil de efectos adversos y abandonos, similar con ambos fármacos.
- Mayor eficacia clínica de la LD.

Esquemas terapéuticos: inicio del tratamiento en la EP

- Si el paciente tiene menos de 75 años, no presenta patología psiquiátrica y su deterioro funcional es leve-moderado.

- Iniciar el tratamiento con un agonista dopaminérgico como primera opción.
- Si el paciente es mayor de 75 años o edad biológica avanzada, deterioro cognitivo leve, patología psiquiátrica, o paciente más joven pero con incapacidad funcional severa, iniciar L-dopa.

Esquema terapéutico: PK fluctuador leve-moderado

- Fraccionamiento dosis de levodopa.
- Añadir DA si no los lleva.
- Añadir ICOMT.
- Cambiar AD.
- Terapia triple.
- Apomorfina subcutánea.

Esquema terapéutico: PK con discinesias

- Reducción de l-dopa.
- Reducción l-dopa + incremento agonistas.
- Reducción agonistas.
- Eliminación ICOMT.
- Amantadina.
- Benzodiacepinas.

Esquema terapéutico: PK avanzado

- Derivación a un centro especializado.
- Apomorfina en bomba de perfusión s.c.
- Cirugía subtalámica.

Tratamiento quirúrgico

Cuanto más adecuada sea la selección del paciente, los resultados clínicos serán más evidentes. Esta selección debe ser lo más individualizada posible y, entre otros factores, se han de valorar la calidad de vida del paciente y la fase evolutiva de la EP.

Rehabilitación

En la PET se ha demostrado la evidencia de los beneficios que aporta la estimulación auditiva en la actividad motora

de los enfermos con Parkinson, se reduce la variabilidad de los movimientos al andar y en los dedos, asociado a la captación de glucosa en varias áreas.

Fisioterapia

- Mejora la marcha, el habla, la memoria e incluso aspectos psicológicos. Principalmente se mejora la función motora según recientes estudios.
- Importante el control del peso, tipo de comidas, el ritmo ayuda a caminar.

Pronóstico

La EP es una enfermedad lentamente progresiva con una supervivencia media de 10-15 años desde su diagnóstico, aunque con una amplia variabilidad en los diferentes estudios. Los pacientes que la padecen presentan un aumento de la mortalidad de 2 a 4 veces mayor que la población general (Prodigy Guidance, 2005; Clarke, 2005), lo cual está relacionado en gran parte con sus complicaciones más frecuentes.

Complicaciones

- Infecciones.
- Neumonía por aspiración.
- Úlceras por presión.
- Alteraciones nutricionales.
- Traumatismos y complicaciones de caídas.
- Incontinencia urinaria, fecal e impacto fecal.
- Complicaciones relacionadas con los diferentes trastornos.

Escala de Hoehn y Yahr

- Estadio 1: afectación unilateral.
- Estadio 2: afectación bilateral sin alteraciones posturales.
- Estadio 3: afectación bilateral con desequilibrio postural.
- Estadio 4: requiere ayuda.
- Estadio 5: totalmente incapacitado.

Nuevo código deontológico

Mariano Casado Blanco

Vocal de la Comisión Central de Deontología, OMC/Sección de Medicina Legal, Grupo de Trabajo de Bioética y Humanidades de SEMERGEN. Doctor en Medicina, Instituto de Medicina Legal de Badajoz, Badajoz, España

La medicina es una profesión que ha dispuesto desde siempre de unas normas éticas consustanciales a su ejercicio que, aunque con unos principios básicos totalmente vigentes, han tenido que irse desarrollando, adaptando y actualizando con el paso de los años.

El ejercicio de las profesiones exige dos requisitos imprescindibles: unos conocimientos expertos y una ética específica. En el caso de la profesión médica en España, esta normativa se plasma en el Código de Ética y Deontología Médica de la Organización Médica Colegial.

La deontología hace referencia a las reglas y normas que regulan el ejercicio de la profesión. En el caso de los médicos se refiere a la relación entre un médico con sus enfermos, con la sociedad y con sus colegas. Estas normas no se discuten, deben respetarse en el ejercicio, y la falta de acatamiento se sanciona, ya que estas normas constituyen la garantía básica para ejercer la profesión.

La ética va más allá de la deontología. Son aspectos estrictamente personales, difieren de profesional a profesional ya que admiten tantas visiones diferentes como personas diferentes existen. Pueden ser propuestas mediante códigos que se podrán aceptar o no (códigos de ética) pero no impuestas como normas o reglas.

La ética médica y la bioética, aunque con numerosas coincidencias, son 2 cosas distintas. La deontología médica fundamentalmente es una ética hecha por médicos y para los médicos, cuyos principios tienen carácter impositivo para la profesión médica. La bioética es una ética multidisciplinar, aplicada al ámbito de las ciencias de la salud, que pretende llegar a otras muchas profesiones, algunas relacionadas con la salud, pero también con otras que no lo están. La ética médica se centra especialmente en la relación médico-paciente y médico-médico. La bioética se centra en la investigación y en el progreso biomédico.

Las primeras formulaciones modernas de la deontología han sido el resultado de comprobar qué normas ayudaban más a resolver las complejas relaciones de los médicos con sus enfermos y entre ellos mismos, qué requisitos de conocimiento, competencia y rectitud deberían reunir los colegas. En nuestros días, la deontología presenta 3 dimensiones: individual, corporativa y pública.

El Código de Ética y Deontología Médica no trata sólo de los deberes del médico hacia los pacientes, sino también de las obligaciones que la corporación y cada uno de sus miembros tienen contraídas con la sociedad entera. El Código de Ética y Deontología Médica incrementa la función garantista del Estado sobre la calidad mínima de los servicios profesionales, pues los códigos establecen requisitos de competencia y calidad más exigentes que los mínimos impuestos por

la ley. Nunca una ley podrá imponer, ni siquiera sugerir, la práctica asidua de ciertos valores, virtudes, actitudes y deberes que son esenciales a la práctica médica y que, sin embargo, tienen su sitio natural en el código deontológico.

Los códigos requieren ser actualizados periódicamente, utilizando terminología moderna, para incorporar los aspectos éticos que surgen en debates públicos y profesionales.

Deben tenerse en cuenta los cambios en las condiciones de trabajo y en los requerimientos sociales, incluso aquellos que surjan por desarrollos políticos y sociales en las sociedades; las demandas sobre las utilidades, el mejoramiento continuo de la calidad y la transparencia; la globalización de la economía mundial y la liberalización de los mercados internacionales; el desarrollo técnico y la introducción de la tecnología de la información, como un elemento integral de la producción y los servicios. Todos estos aspectos repercuten en el contexto que rodea a la práctica de la medicina y, por tanto, influyen sobre las normas profesionales de conducta y sobre la ética de quienes la practican.

¿Cuáles son las carencias del vigente Código de Ética y Deontología Médica de 1999 teniendo en cuenta los cambios que se han producido en la medicina y en la sociedad desde entonces? El tema es importante debido al desfase que existe actualmente entre la normativa deontológica y las nuevas y desafiantes situaciones que se encuentran los médicos en su labor diaria.

Objetivos del seminario

1. Identificar aquellos conflictos actuales de índole médica, más habituales, con repercusión deontológica, y los no contemplados o insuficientemente tratados en el Código de Ética y Deontología Médica.
2. Identificar y analizar las actitudes de los colegiados ante la ética institucional.
3. Seleccionar los temas que hayan sido abordados por la Comisión Central de Deontología y Derecho Médico.



Medicina de Familia
SEMERGEN

www.elsevier.es/semergen



SIMPOSIO

Dolor neuropático en diabetes (DPNP)

Emilio Blanco Tarrío

Coordinador del Área de Tratamiento del Dolor de SEMERGEN. Médico de Familia, Centro de Salud de Béjar, Salamanca, España

Concepto, clínica y diagnóstico

El dolor neuropático (DN) es consecuencia de lesión o enfermedad que afecta al sistema somatosensorial, de origen central o periférico¹. Es un dolor diferente al nociceptivo, y síntoma de enfermedad neurológica de etiología muy diversa. Las causas más importantes en atención primaria son la polineuropatía diabética, la neuralgia postherpética y las radiculopatías. La polineuropatía simétrica distal o neuropatía diabética periférica afecta sobre todo a extremidades inferiores y es de evolución crónica e insidiosa. Es bilateral, simétrica, distal y difusa, y el dolor, cuando hace aparición, suele ser de intensidad severa. En la mayor parte de los casos es mixta (sensitivo-motora con predominio sensitivo) y autonómica. Un estudio español multicéntrico realizado en atención primaria y hospitalaria, encontró una prevalencia de polineuropatía diabética del 22,7% entre la población diabética, del 12,9% en el tipo 1 y del 24,1% en el tipo 2, prevalencia que aumentaba con la edad (el 29,5% en el grupo de 70 a 74 años) y con la duración de la enfermedad (el 44,2% con más de 30 años)².

Es muy importante en atención primaria la detección precoz de un dolor de características neuropáticas en un paciente diabético, porque un tratamiento temprano mejorará el pronóstico. Los síntomas varían entre pacientes y pueden modificarse con el transcurso de la enfermedad en un mismo individuo. Esta variabilidad dificulta el diagnóstico y el tratamiento^{3,4}.

Las técnicas diagnósticas en DN incluyen pruebas de sensibilidad y técnicas electrofisiológicas normalmente no accesibles para el médico de atención primaria. Aun así, el médico de atención primaria puede llegar a sospechar con un alto índice de eficacia un DN con medios sencillos y asequibles en un tiempo razonable. Para ello es necesario conocer los síntomas descriptores, qué alteraciones de la sensibilidad pueden presentarse y qué síntomas pueden evocarse por la exploración.

Los descriptores son términos que ilustran la sensación que el paciente percibe y que son característicos del DN, por ejemplo: quemazón, escozor, ráfaga, ardor, latigazo, calambre, etc. Su expresión espontánea o dirigida en la anamnesis orienta la tipificación de un dolor como neuropático y lo diferencia del nociceptivo, aunque a veces esta distinción puede no ser evidente.

Las alteraciones de la sensibilidad que permiten un alto índice de sospecha son las parestesias o sensación de adormecimiento, y las disestesias o parestesias dolorosas o desagradables. Una adecuada anamnesis permitirá conocer con detalle las áreas en las que se presentan.

Los síntomas evocados son provocados por la exploración. La alodinia es una respuesta dolorosa a un estímulo no doloroso, por ejemplo, al calor, a la presión, a las caricias. La hiperalgesia es un aumento de la respuesta a estímulos dolorosos, por ejemplo pinchazos, frío o calor. Un paño de algodón y una aguja de fino calibre pueden ser suficientes para explorar la sensibilidad en áreas simétricas dolorosas y no dolorosas. En todos los diabéticos debería realizarse la exploración de la sensibilidad táctil con monofilamento para su detección temprana⁵.

El dolor en la polineuropatía diabética es de predominio nocturno y mejora con la deambulación. Hay hipoestesia y disestesias "en guante o calcetín", alteración de las sensibilidades vibratoria, térmica y posicional, hiporreflexia aquilea y debilidad muscular de peroneos e interóseos de las manos. Son complicaciones la enfermedad de Charcot o artropatía neuropática y el mal perforante plantar por aparición de úlceras en zonas de apoyo.

La medición del dolor es imprescindible para conocer la evolución del paciente y el resultado del tratamiento. Son sencillas y prácticas la escala analógica visual (EVA), la escala categórica verbal o la simple escala numérica. Entre las escalas específicas, las recomendadas son la Escala de Lanss y el Cuestionario DN4. La escala de dolor LANSS "the Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs", de

Tabla 1 Cuestionario DN4

Pregunta 1: ¿Tiene su dolor alguna de estas características?	Sí	No
1. Quemazón		
2. Sensación de frío doloroso		
3. Descargas eléctricas		
Pregunta 2: ¿Tiene en la zona donde le duele alguno de estos síntomas?	Sí	No
4. Hormigueo		
5. Pinchazos		
6. Entumecimiento		
7. Escozor		
Exploración del paciente		
Pregunta 3: ¿Se evidencia en la exploración alguno de estos signos en la zona dolorosa?	Sí	No
8. Hipoestesia al tacto		
9. Hipoestesia al pinchazo		

Fuente: Gálvez R. Eur J Pain. 2006.

Bennett, es un instrumento fiable y validado, útil para discriminar el DN del dolor nociceptivo⁶. Esta escala ha sido validada al español⁷. La escala DN4 es un cuestionario también diseñado para ayudar en el diagnóstico diferencial. Consta de 4 preguntas y 10 ítems en los que el paciente debe contestar afirmativa o negativamente. Las preguntas 1 y 2 recogen una lista de síntomas descriptores del dolor y se contestan mediante una entrevista al paciente y las preguntas 3 y 4 recogen los signos identificados que se contestan con la exploración. Cada respuesta afirmativa puntúa un 1 y cada respuesta negativa un 0. La puntuación total se obtiene sumando todos los ítems. Esta puntuación puede oscilar entre 0 y 10. Los autores proponen un punto de corte de 4⁸. Esta escala ha sido adaptada y validada al castellano⁹ (tabla 1).

Cuando se diagnostica un DN es muy importante la realización de una historia psicosocial que recoja datos sobre aquellos factores que varían el umbral del dolor, las circunstancias familiares, las creencias y actitudes previas ante el dolor, las consecuencias laborales y económicas y los factores sociales que puedan agravarlo. En algunos pacientes hay que explorar la capacidad cognitiva y la posible existencia de patología psiquiátrica. La depresión está muy frecuentemente asociada. El insomnio exacerba el dolor y se asocia con depresión, lo que a su vez puede empeorar las alteraciones del sueño^{10,11}. Es importante el apoyo social, familiar y psicoterapéutico.

Bibliografía

- Merskey H, Bogduk N. Classification of chronic pain: description of chronic pain syndromes and definition of pain terms. Task force on taxonomy. 2nd ed. Seattle: IASP Press, 1994.
- The Neuropathy Spanish Study Group of the Spanish Diabetes Society. The prevalence of clinical diabetes polyneuropathy in Spain: a study in primary care and hospital clinic groups. *Diabetologia*. 1998;41:1263-9.
- Backonja MM, Galer BS. Pain assessment and evaluation of patients who have neuropathic pain. *Neurol Clin*. 1998;16:775-90.
- Jensen TS, Baron R. Translation of symptoms and signs into mechanisms in neuropathic pain. *Pain*. 2003;102:1-8.
- American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes-2007. *Diabetes Care*. 2007;30:S4-41.
- Bennett M. The Lanss pain scale: the Leeds assessment of neuropathic symptoms and signs. *Pain*. 2001;92:147-57.
- Pérez C, Gálvez R, Insausti J, Bennet M, Ruiz M, Rejas J. Adaptación lingüística y validación al castellano de la escala LANSS (Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs) para el diagnóstico diferencial del dolor neuropático. *Med Clin (Barc)*. 2006;127:485-91.
- Bouhassira D, Attal N, Alchaar H, Boureau F, Brochet B, et al. Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4). *Pain*. 2005;114:29-36.
- Gálvez R, Pérez C, Huelbes S, Insausti J, Bouhassira D, Díaz S, et al. Validity, inter-rater agreement and test-retest reliability of the Spanish version of DN4 scale for differential diagnosis of neuropathic pain. *Eur J Pain*. 2006;10 Suppl 1:S238.
- Argoff CE. The coexistence of neuropathic pain, sleep, and psychiatric disorders: a novel treatment approach. *Clin J Pain*. 2007;23:15-22.
- Nicholson B, Verma S. Comorbidities in chronic neuropathic pain. *Pain Med*. 2004;5 Suppl 1:S9-S27.



Medicina de Familia
SEMERGEN

www.elsevier.es/semergen



TALLER

Abordaje integral del paciente de alto riesgo vascular

Ángel Díaz Rodríguez

Médico de Familia, Centro de Salud de Bembibre, León, España. Coordinador del Grupo de Lípidos de SEMERGEN

Las enfermedades cardiovasculares (ECV), en su conjunto, constituyen la causa más frecuente de mortalidad y hospitalización en la población española. En el año 2006, último del que se dispone de información estadística, murieron en nuestro país 371.478 personas. De ellas, 120.690 (32,49%) lo hicieron por ECV, siendo sus 2 principales manifestaciones las enfermedades isquémicas del corazón (primera causa de muerte entre los hombres con 21.194 defunciones) y las enfermedades cerebrovasculares (principal causa entre las mujeres con 19.038 defunciones)¹, que, en conjunto, producen casi el 60% de la mortalidad cardiovascular total. Además, estas 2 enfermedades constituyen la tercera y cuarta causas, respectivamente, de pérdida de años de vida ajustados por discapacidad.

La tercera ECV como causa de muerte es la insuficiencia cardíaca, que ocasiona aproximadamente el 15% de la mortalidad total (11% en varones y 19% en mujeres), aunque su impacto demográfico puede estar infraestimado como causa de muerte al ser la IC la vía final común de muchas enfermedades que afectan al corazón.

Existen diferencias geográficas importantes en cuanto a la mortalidad por ECV en España, con mayores tasas ajustadas en Andalucía, Murcia, Canarias, Comunidad Valenciana y Baleares, y menores en Madrid, Castilla-León, Baleares y La Rioja. Parece ser que entre los factores determinantes se encuentran el nivel socioeconómico, la actividad física y factores higiénico-dietéticos, como el consumo de frutas, pescado y vino, así como factores que actúan desde la primera infancia.

El riesgo de morir por ECV está disminuyendo en España desde mediados de la década de los setenta, principalmente debido al descenso de las tasas de mortalidad por ictus. Sin embargo, debido sobre todo al envejecimiento de la población, el número de muertes por cardiopatía isquémica ha aumentado. Por ello, el impacto demográfico, sanitario, social y económico de estas enfermedades podría aumentar en los próximos años.

En España, la prevalencia de los principales factores de riesgo cardiovascular (FRCV) es elevada. Hay marcadas di-

ferencias geográficas en su distribución al igual que sucede en la mortalidad por ECV².

En el estudio ERICE³, publicado en el año 2008, los FRCV más frecuentes en la población española fueron, por orden decreciente, la hipercolesterolemia (colesterol total > 200 mg/dl, 46,7%), la hipertensión arterial (37,6%), el tabaquismo (32,2%), la obesidad (22,8%) y la diabetes mellitus (6,2%). Los valores medios de presión arterial, índice de masa corporal, colesterol de las lipoproteínas de alta densidad y glucemia varían ampliamente con la edad, el sexo y las áreas geográficas. La mayor carga de factores de riesgo cardiovascular se observa en las zonas sureste y mediterránea y la menor, en las áreas norte y centro. Estas diferencias geográficas sugieren un importante potencial de prevención de las ECV en España, que incluso puede alcanzar el 40-50%.

En el Informe de la Sociedad Española de Arteriosclerosis 2007²:

- Entre el 50-69% de los españoles tienen hipercolesterolemia (colesterol total > 200 mg/dl) y el 20% \geq 250 mg/dl. El 25% de los pacientes en las consultas de atención primaria están diagnosticados de dislipemia. El grado de tratamiento farmacológico de las dislipemias en las consultas ambulatorias españolas es moderadamente alto (3 de cada 4 pacientes lo reciben), pero el grado de control es bajo pues sólo 1 de cada 3 dislipémicos diagnosticados y tratados está controlado adecuadamente. Además, y contrariamente a lo deseable, el grado de control disminuye conforme aumenta el RCV de los pacientes.
- Aproximadamente el 35% de la población española mayor de 18 años tiene hipertensión arterial. Estas cifras suben al 40-50% en edades medias y alcanzan al 68% en los mayores de 65 años. El 65% de los hipertensos sabe que lo es; de ellos, el 85% está en tratamiento, pero sólo están controlados entre el 35-49%, según distintos estudios.
- El *tabaquismo* sigue siendo muy frecuente en España. En el año 2005 fumaba el 25,8% de la población mayor de 18 años. A finales del año 2006, un año después de la entrada en vigor de la Ley de Medidas Sanitarias frente al Taba-

- quismo, fumaba el 23,7% de los mayores de 18 años. Por lo tanto, ha dejado de fumar en un año un 8,1% de los fumadores mayores de 18 años. En los estudiantes de 14-18 años, en el año 2004 fumaba un 21,5%. La edad media de inicio en el consumo de tabaco de forma regular es a los 13 años. El impacto del consumo de tabaco en la mortalidad es muy notable. En el año 2001 el tabaco fue responsable del 15,5% de todas las muertes en personas de 35 años y más. De todas las muertes atribuibles al tabaquismo, la tercera parte fue por ECV.
- Nuestra dieta incluye un aceptable consumo de frutas y verduras, relativamente rico en cereales (en forma de pan), con elevada cantidad de grasas de adición en forma de aceites vegetales (principalmente aceite de oliva) y un alto consumo de pescado. Sin embargo, el consumo de carne, de platos preparados, bebidas no alcohólicas (zumos y refrescos en su mayoría) y de azúcar es alto. Mientras que el consumo de derivados lácteos es adecuado, resulta excesivo el de las variedades más ricas en grasa.
 - En 2003, la prevalencia de obesidad ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$) en la población de 20 y más años de edad fue del 13,7%, sin diferencias sustanciales de edad entre los 2 sexos. Sin embargo, la frecuencia de obesidad resultó mayor en los varones hasta los 44 años de edad y a partir de ahí fue algo mayor en las mujeres. La obesidad es mayor a medida que disminuye el nivel de estudios. La obesidad está aumentando la prevalencia. En el período de 1993 a 2003 pasó del 9,7 al 13,6% en varones y del 10,8 al 13,6% en mujeres. Ello confirma la epidemia de obesidad en nuestro país. En personas de 2 a 24 años, la prevalencia de la obesidad fue del 14% y el exceso de peso del 26% en los años 1998-2000, resultando de las más altas de Europa. En la población de 60 y más años, la prevalencia de la obesidad fue de un 36% en 2001. Aproximadamente el 8,5% de todas las defunciones son atribuibles a la obesidad en España. La obesidad es, junto al tabaco, el principal factor responsable de morbilidad, discapacidad y mortalidad prematuras en la población española.
 - En 2003, el 58,5% de la población de 16 y más años no realizaba actividad física o deporte alguno durante el tiempo libre. La inactividad en tiempo libre fue mayor en las mujeres (62,5%) que en los varones (54,4%). La inactividad física en tiempo libre presenta un fuerte gradiente social, de forma que la frecuencia de inactividad aumenta al disminuir el nivel de estudios. El 30% de los niños españoles de 1-15 años veía la televisión más de 2 h cada día. En la actualidad, el 10,9% de los chicos y el 43,5% de las chicas de 15-16 años no realiza ejercicio físico intenso (gasto calórico al menos 5 veces superior al de reposo) 3 o más días a la semana. La situación no ha mostrado una tendencia a mejorar en la última década en los varones, mientras que parece haber empeorado en las mujeres. Estos datos son muy relevantes porque la actividad física regular de intensidad moderada es, probablemente, junto a la abstinencia del tabaco, la medida más beneficiosa para la promoción de la salud. Además, es útil para controlar la epidemia de obesidad, que conduce a otros factores de riesgo cardiovascular como la dislipemia, la hipertensión arterial y la diabetes.
 - El *alcohol* es la sustancia psicoactiva más consumida por la población escolar de 14-18 años. En 2004, entre los chicos el 80,6% había consumido alcohol en los últimos 12 meses, el 65,5% en el último mes, el 65% exclusivamente durante los fines de semana y el 26,5% en días laborales. Las cifras son prácticamente idénticas en las chicas, excepto en el consumo de alcohol durante los días laborales, en que sólo se produjo en el 14% de ellas. El 13% de los chicos y el 11,5% de las chicas eran bebedores de riesgo por consumir más de 50 cc de alcohol puro al día. También el 37% de los chicos y el 32% de las chicas se habían emborrachado al menos una vez en los últimos 30 días. Es destacable que la prevalencia de borrachera ha aumentado sustancialmente en la última década. El consumo excesivo ocasional de alcohol (*"binge drinking"*) se ha asociado a graves consecuencia sobre la salud, en especial la intoxicación etílica aguda, lesiones y conducta antisocial. Si se define *"binge drinking"* como la ingesta, en alguna ocasión en los últimos 30 días, de más de 80 ml de alcohol puro en varones o más de 60 ml en mujeres durante una misma sesión de bebida, la prevalencia global de *"binge drinking"* en personas de 18-64 años es del 10,3%, resultando más elevada en varones que en mujeres (14,4 frente a 6,5%). La prevalencia es mayor en las personas de 18-24 años de edad (30,8% en varones y 18,2% en mujeres) y disminuye al aumentar la edad.
 - Se estima que en España la frecuencia de diabetes mellitus (conocida e ignorada) está en torno al 10%. Aproximadamente 9 de cada 10 casos de diabetes son de tipo 2, por lo que las cifras anteriores se refieren sobre todo a este tipo de diabetes. La frecuencia de diabetes está aumentando de forma paralela al aumento de la obesidad. El grado de diagnóstico de la diabetes y su conocimiento por los pacientes es aproximadamente del 50%. Identificar los diabéticos no diagnosticados es muy importante, porque el control adecuado de la glucemia y los factores de riesgo cardiovascular asociados reduce sustancialmente las complicaciones de la enfermedad. En cuanto al grado de control de la diabetes en atención primaria, está en torno al 30-40% cuando se considera una $HbA1C < 7\%$, e inferior al 30% cuando se considera la glucemia basal $< 126 \text{ mg/dl}$. Presentamos un nivel de control relativamente similar al de otros países desarrollados.
- Los factores de riesgo cardiovascular se asocian con mucha frecuencia y se potencian entre sí⁴. Un ejemplo de ello es el síndrome metabólico, cuya frecuencia en población general es aproximadamente 25%, cuando se usan criterios NCEP-ATP III, y 18% cuando se usan criterios de la Organización Mundial de la Salud.
- El grado de control de los FRVC en los pacientes atendidos en atención primaria en España es bastante pobre. En el año 2006 (Banegas et al), sólo estaban controlados el 33-36% de los hipertensos, el 31-33% de los dislipémicos según el riesgo ATP III, el 27% de los diabéticos, el 8% de los obesos y el 44% son sedentarios. Por lo tanto, tenemos un amplio margen de mejora.
- A nivel internacional, la prevalencia de los principales FRVC, observada en los estudios INTERHEART Y EUROASPI-

RE, tiene una tendencia similar a los de la población española.

El estudio INTERHEART⁵, publicado en el año 2004, que midió el impacto de los factores de riesgo potencialmente modificables sobre el desarrollo de infarto agudo de miocardio (IAM) a nivel mundial, revela que el impacto de los FRCV varía según el origen étnico y geográfico. La prevalencia de estos factores de riesgo en la población mundial en general fue por orden: hiperlipidemia 50%, tabaquismo 45%, hipertensión 40%, y diabetes 20%. Cada uno de estos factores de riesgo estuvo relacionado de forma significativa a IAM ($p < 0,0001$), siendo los 2 factores más frecuentemente asociados la hipercolesterolemia y el tabaquismo.

En los estudios EUROASPIRE I, II y III⁶, después de 12 años y 3 encuestas (1995/2000/2006-7), las evidencias parecen demostrar que Europa sigue sin encontrar la forma de alcanzar los objetivos en prevención secundaria de la enfermedad coronaria.

Pese a las campañas de prevención y a la creciente disponibilidad de nuevos y eficaces tratamientos para la cesación tabáquica, alrededor de una quinta parte de los pacientes coronarios sigue fumando. El sobrepeso y la obesidad avanzan de manera espectacular; la población analizada aumentó 4,9 kg entre la primera (1995) y la tercera encuesta (2007), y en la actualidad 4 de cada 5 pacientes presentan sobrepeso ($IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$), y más de una tercera parte son obesos ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$). La misma realidad se encuentra al ponderar el perímetro de cintura; en más de la mitad de todos los pacientes obesos la misma está centralizada (la circunferencia de la cintura $\geq 102 \text{ cm}$ de hombres y $\geq 88 \text{ cm}$ de la mujer). Estas tendencias negativas en el peso y la distribución de la grasa corporal se reflejan también en la población general, contribuyendo en forma significativa al aumento del riesgo cardiovascular.

El manejo de la hipertensión arterial no mostró cambios significativos entre las 3 encuestas. La mitad de todos los pacientes todavía tienen la presión arterial (PA) por encima del objetivo recomendado ($PA < 140/90 \text{ mmHg}$). Sólo el 41% de los pacientes alcanzó el objetivo de control de $PA < 140/90 \text{ mmHg}$ ($< 130/80 \text{ mmHg}$ en la diabetes) en la primera encuesta, en comparación con el 39% en el tercer estudio.

En contraste con esto, el manejo de los niveles de lípidos en sangre ha mejorado muchísimo en los 3 estudios, seguramente impulsado por el uso generalizado de las estatinas. En consecuencia, las proporciones de pacientes que alcanzaron los objetivos para colesterol total (CT) y LDL han aumentado del 13 al 72% para el $CT < 190 \text{ mg/dl}$, y del 11 al 75% de colesterol LDL $< 115 \text{ mg/dl}$, durante este período. Teniendo en cuenta los nuevos objetivos establecidos en el año 2003, es decir: 170 mg/dl para el CT y $< 96 \text{ mg/dl}$ para el LDL, las proporciones ahora son del 54% en el caso del CT y del 53% de LDL. Sin embargo, esto deja una proporción importante de pacientes que aún no han alcanzado estos objetivos actuales de lípidos. Las nuevas Guías Europeas (Joint European Guidelines on Cardiovascular Disease, 2007) han fijado objetivos aún más estrictos proponiendo reducir el colesterol a un valor menor de 155 mg/dl y menor de 80 mg/dl para el LDL.

La prevalencia de diabetes continúa aumentando, del 17 al 28%, lo que refleja el aumento de la obesidad. También es motivo de gran preocupación que un 15% del resto de los pacientes desconoce su condición, lo que hace presumir que el 43% del total son diabéticos diagnosticados o no. El control terapéutico de la diabetes sigue siendo pobre.

El uso de medicamentos considerados cardioprotectores ha seguido aumentando en los 3 estudios: antiagregantes (81 a 93%), betabloqueantes (56 a 86%), IECA/ARA-II (31 a 75%), estatinas (18 a 87%) y diuréticos (15 a 31%). El uso de calcioantagonistas ha disminuido (del 35 al 25%) en comparación con la primera encuesta.

En la encuesta EUROASPIRE III sólo un tercio de los pacientes pudo acceder a cualquier forma de rehabilitación cardíaca en Europa a pesar de la evidencia científica convincente de que tales programas reducen la mortalidad total. Todos los pacientes coronarios tienen derecho a sumarse a un programa multidisciplinario de prevención y rehabilitación cardiovascular para ayudar a reducir su riesgo de recurrencia de la enfermedad y mejorar su calidad y la esperanza de vida.

Las tasas de mortalidad ajustadas por edad para el total de las ECV y coronarias son relativamente más bajas en España que a nivel internacional, pero la mortalidad por ictus ocupa una posición intermedia-baja³. Las razones de esta menor mortalidad coronaria en España no se conocen bien, pero se ha considerado que la dieta mediterránea^{2,4} y la modificación de hábitos de vida no saludables, como la actividad física, pueden contribuir a ello.

Al ser la aterosclerosis un proceso multifactorial en cuya génesis intervienen numerosos factores de riesgo cardiovascular, el abordaje del riesgo cardiovascular ha de ser integral, teniendo en cuenta todos los FRCV presentes en un individuo para calcular su riesgo cardiovascular global y en función de éste tomar las decisiones terapéuticas oportunas.

Bibliografía

1. Instituto Nacional de estadística. Defunciones según la causa de muerte 2006. Madrid: INE; 2008. <http://www.ine.es/prensa/prensa.htm>
2. Villar Álvarez F, Banegas Banegas JR, Donado Campos J, Rodríguez Artalejo F. Las enfermedades cardiovasculares y sus factores de riesgo en España: hechos y cifras. Informe SEA 2007. Sociedad Española de Arteriosclerosis. <http://www.searteriosclerosis.com/web/contenidos/secciones/71/informe-sea-2007>.
3. Gabriel R et al. Estudio ERICE. Rev Esp Cardiol. 2008;61:1030-40.
4. Medrano MJ, Cerrato E, Boix R, Delgado-Rodríguez M. Factores de riesgo cardiovascular en la población española: metaanálisis de estudios transversales. Med Clin (Barc). 2005;124:606-12.
5. Rosengren A, Hawken S, Ounpuu S, et al. Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11 119 cases and 13 648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. Lancet. 2004;364:953-62.
6. Kotveva K, Wood D, De Backer G, De Bacquer D, Pyörälä K, Keil U, for the EUROASPIRE Study Group. Lancet. 2009;373:929-40.

Acné: una visión conjunta

Acné grave

Montserrat Pérez López

Dermatóloga, Coordinadora del Grupo Español Global Alliance. Especialista en Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología, Clínica Dermatológica de Moragas, Barcelona, España

Caso clínico

Motivo de consulta

Paciente varón de 22 años de edad que acude a la consulta de dermatología presentando lesiones polimorfas en cara, cuello, cuero cabelludo, pecho y parte alta de la espalda. Las lesiones son básicamente pápulas y pústulas, algunas muy dolorosas, sobre todo las del cuero cabelludo, además de algunos nódulos y formaciones quísticas dolorosas y que drenan un contenido seropurulento a la mínima presión.

Ha sido tratado en el centro de asistencia primaria con antibióticos orales, los cuales no han tenido ningún efecto sobre esta patología. Por ello acude al dermatólogo.

Anamnesis

El paciente llega muy serio y cabizbajo, incluso le cuesta tomar asiento, pues lo primero que relata es que tiene una lesión quística muy dolorosa en el glúteo derecho. No es la primera, y en los últimos meses se repiten con mayor frecuencia. No hace falta preguntarle nada; al sentarse, suspira y cuenta que lleva con lesiones desde los 16 años. Las primeras se distribuían mayoritariamente en la frente y en el cuero cabelludo; él las relaciona con la aplicación repetida de brillantinas y gominas para alisar su pelo, que es muy rizado. Al principio no le dio importancia, pues mejoraba algo con la exposición solar y con alguna crema comprada directamente en la farmacia por consejo de sus amigos del gimnasio. Las lesiones se fueron estableciendo de forma crónica y formándose esas lesiones nodulares y muy molestas.

Hace 5 meses inició su peregrinaje por diferentes médicos sin obtener resultado alguno.

Antecedentes familiares

Relata que su padre tenía muchas cicatrices en la cara (¿antecedente de acné severo?). Sus padres se separaron cuando tenía 18 años y no los ha vuelto a ver. Madre sana. Hermana de 19 años sin problemas conocidos. Resto de antecedentes familiares sin ningún interés.

Antecedentes personales

Enfermedades típicas de la infancia. Coincidiendo con la separación de sus padres, sufrió un síndrome depresivo

siendo tratado con anafranil (clomipramina) y sinequan (doxepina). Recuerda que su acné empeoró mucho en aquella época.

Trabaja de mecánico de coches y se engrasa mucho la piel con sustancias aceitosas durante su trabajo. Desde hace 2 años acude regularmente a un centro deportivo para desarrollar su musculatura, lo que ha logrado con ejercicio físico intenso y con la ingesta de productos que le venden directamente en su gimnasio.

Exploración

Se trata de un varón de 175 cm de altura, 70 kg de peso, con un fototipo IV, pelo muy rizado, bien musculado y tipo atlético. Se observa una piel muy grasa y brillante, con múltiples cicatrices deprimidas y con la presencia de lesiones inflamatorias, pápulo-pustulosas en la frente, mejillas, mentón y tronco anterior y posterior. En el interior del cuero cabelludo se observan pequeñas pústulas con halo inflamatorio, eritematoso, muy dolorosas al tacto. También formaciones nodulares y quísticas en mentón y mejilla derecha, así como en la cara lateral del cuello. En glúteo derecho, varias pústulas dolorosas y múltiples cicatrices de lesiones anteriores.

Pruebas complementarias

Se realiza una analítica básica que incluye un hemograma, glucemia, perfil hepático y renal, estudio de lípidos, así como un estudio hormonal de la testosterona y pruebas de función tiroidea, por la sospecha en la historia de ingesta de sustancias anabolizantes. Los resultados mostraron una poliglobulia discreta y una ligera hipercolesterolemia con elevación de LDL. También es importante el estudio de resistencia a la insulina.

Diagnóstico

Por el tipo y la severidad de las lesiones, podemos considerar este cuadro como un caso de acné grave. Probablemente, las sustancias anabolizantes han contribuido a la severidad de las lesiones. Cuando hay lesiones pustulosas y dolorosas, como las del cuero cabelludo, se cataloga el cuadro como acné necrótico.

Diagnóstico diferencial

Aunque el diagnóstico es meramente clínico, hay que hacer el diagnóstico diferencial con: foliculitis por Gram negativos, cloracné, acné fulminans, rosácea, acné necrótico.

Tratamiento

Es aconsejable que un dermatólogo valore la necesidad de iniciar un tratamiento con isotretinoína oral y practicar el

necesario seguimiento posterior. El tratamiento, si la analítica practicada lo permite, incluirá:

- Suspender tratamiento con sustancias anabolizantes. Isotretinoína oral a dosis de 0,5 a 1 mg/kg/día.
- Lavado de las zonas afectadas con productos que contengan peróxido de benzoilo (atención a posibles dermatitis de contacto por PB en un 4% de la población).
- Compresas húmedas con solución de Vlemings, gran antiinflamatorio de las lesiones nodulares.
- Aplicación de gel de adapaleno con peróxido de benzoilo por las noches en la superficie de piel afectada.
- En algunos casos de inflamación severa, puede asociarse en los primeros días de tratamiento una mínima dosis de corticoides orales (10 a 20 mg/día).

Evolución

El paciente mejoró extraordinariamente, aunque al comienzo presentó gran descamación cutánea, sequedad severa y fisuras en los labios. Algunas lesiones del cuello desarrollaron formaciones angiomatosas “botriomicoma like” que desaparecieron en pocas semanas. Las lesiones del glúteo se resolvieron prontamente, por lo que no fue necesario asociar tratamiento con antibióticos.

Como conclusión final, cabe recordar que el acné es una enfermedad frecuente y a menudo grave para el que la sufre. Dispone de un tratamiento muy efectivo que debe iniciarse en el momento en que el paciente consulta y que el riesgo de dejar cicatrices en los acnés moderados y graves es elevado y evitable con un buen tratamiento.

Comentarios

La falta de conocimiento sobre los efectos y consecuencias de los esteroides anabólicos ha generado un abuso de medicamentos de este tipo.

Los anabolizantes son la forma sintética de la testosterona; mejoran la capacidad de síntesis de proteínas en diferentes partes del organismo; favorecen el aumento del número de glóbulos rojos, mejorando así el transporte de oxígeno a todos los tejidos; estimulan la hipertrofia muscular (aumento de volumen), la fuerza y la capacidad para realizar ejercicio de alta intensidad y reducen la grasa corporal.

Comedones, pápulas, pústulas y lesiones nódulo-quísticas en cara, tronco y cuero cabelludo... Ante la presencia de comedones, se descarta el diagnóstico de foliculitis, aunque en este caso, y si no mejorara, estaría justificado realizar un cultivo bacteriológico para tener la población bacteriana responsable identificada.

El cloracné es un tipo de acné con espinillas, quistes y pústulas asociadas con la sobreexposición de ciertos hidrocarburos aromáticos policíclicos tales como dioxinas y dibenzofuranos. Las lesiones se localizan con mayor frecuencia en las mejillas, detrás de los oídos, en las axilas y en la región de la ingle.

El acné fulminans se caracteriza por lesiones nodulares, erosiones y escaras, junto con sintomatología general, como fiebre, artralgias, mialgias, astenia y adinamia. Afecta mayormente al varón adolescente.

Faltaría el componente rosaceiforme para el diagnóstico de rosácea con la presencia de telangiectasias, etc.

Sí que en este caso coexisten lesiones de acné necrótico: las que se presentan como pústulas con halo inflamatorio, doloroso al tacto en la zona del cuello cabelludo.

Actividades preventivas en la población inmigrante

Esther Redondo Margüello^a y José Luis Martincano Gómez^b

^aMédico de Familia, Centro Monográfico de Salud Internacional, Madrid Salud, Madrid, España

^bMédico de Familia, Centro de Salud Jabugo, Huelva, España

España es el segundo país de la Unión Europea en número de extranjeros con tarjeta de residencia en vigor, después de Alemania y suponen el 12% de total de la población española. A nuestra atención primaria están llegando pacientes con problemas de salud y sociales distintos de los que estamos habituados. En estos años se ha producido un importante movimiento migratorio hacia España existiendo a 30 de septiembre de 2009, en nuestro país, 4.715.757 extranjeros con tarjeta o autorización de residencia en vigor, según cifras oficiales del Ministerio de Trabajo e Inmigración. Los colectivos más numerosos son: marroquíes, rumanos, ecuatorianos y colombianos.

La emigración es un fenómeno global y universal que afecta a una gran parte de la población mundial. Hoy, alrededor de 160 millones de personas viven temporalmente fuera de sus países de origen; entre ellos, 100 millones son

trabajadores migrantes, según estimaciones de la OIT (Organización Mundial del Trabajo).

No debemos olvidar que el médico de AP es, en muchas ocasiones, el primer contacto de estos pacientes, con el sistema sanitario organizado, y que, fundamentalmente, de estos profesionales dependerá la prevención de enfermedades endémicas entre estos colectivos. La sanidad constituye, en muchas ocasiones, para el inmigrante nuestra tarjeta de visita; si nuestra intención es integrar al inmigrante en nuestro medio, su atención sanitaria debería estar resuelta.

Los inmigrantes presentan unos determinantes de salud inherentes a su condición:

- a) Biológicos: inherentes a la inmunidad (incorrecta inmunización frente a enfermedades del país de destino. En el mundo existen todavía 150 millones de niños sin vacu-

- nar), a la raza, a costumbres higiénico-dietéticas, inherentes al sexo.
- b) Económicos: pérdida de status, deudas en país de origen, obligaciones económicas familiares, recursos económicos precarios.
 - c) Legales: “sin papeles”, itinerario burocrático, discriminación según la raza o país de origen).
 - d) Laborales: condiciones laborales, explotación irregular, medioambientales (pesticidas, contaminación), explotación infantil y sexual.
 - e) Prácticas de salud: creencias, hábitos insalubres, accesibilidad y utilización de los servicios sanitarios, prevención de la enfermedad, mutilaciones sexuales.
 - f) Estilos de vida: incomunicación, vivienda, educación, redes de apoyo, dominancia de género, relaciones hombre-mujer e intergeneracionales, religiosos, rituales. Y, por norma general, todos estos determinantes conllevan a un menor nivel de salud, circunstancia que les hace más vulnerables.

Aun en el caso de un país de origen con malas condiciones de salud, los inmigrantes no vienen enfermos; las posibles enfermedades endémicas en origen suelen ser autolimitadas, en cuanto se aleja el sujeto de su medio (aguas y alimentos contaminados, contacto con animales, hábitat insalubre, etc.).

Pero el hecho migratorio puede acarrear trastornos vinculados directamente al proceso migratorio (agotamiento físico y emocional, estrés, depresiones, etc.) y tras éste, en la primera fase del asentamiento, pueden aparecer alteraciones relacionadas con las deficiencias sociales y económicas.

Instalado ya en la nueva realidad, el emigrante tiende a identificarse desde una perspectiva de salud con la situación de la población del país (uso de recursos de salud, patrones de morbilidad, actividades preventivas, etc.), y también participa proporcionalmente en el reparto de patologías que afectan al resto de la población.

Con frecuencia, las condiciones precarias de vida (desarraigo familiar y comunitario, comida rápida, camas calientes, hacinamiento, malas condiciones de la vivienda, precariedad laboral, conductas de riesgo), situación irregular, la asunción de una vida occidentalizada, el desconocimiento del idioma español, rasgos culturales, hábitos socio-culturales, creencias religiosas, tradiciones en salud diferentes (como modo distinto de entender la salud y la enfermedad), bajo nivel educativo, grandes diferencias de género, etc., favorece la aparición de trastornos psicoactivos (estrés, duelo, toxicomanías), sedentarismo y dietas inadecuadas (malnutrición, sobrepeso, obesidad, hipertensión arterial, dislipemias, diabetes), evolución a enfermedad de infecciones latentes (tuberculosis) y de transmisión sexual, falta de motivación frente a las actividades preventivas, incumplimiento de tratamientos, revisiones y visitas de control.

El inmigrante acude por término medio a la consulta de atención primaria con 5 veces más frecuencia que a los hospitales. Un estudio realizado en la Escuela Nacional de Sa-

nidad sobre “percepción por la población inmigrante de su estado de salud” muestra que los principales problemas que refieren son: dolores musculares, tos, catarro, gripe, problemas de estómago y accidentes (el 59,2% son laborales). La percepción que tiene la población sobre su estado de salud es positiva en un 42,3% de los casos y el 61% considera que en España su salud es mejor o mucho mejor que en su país de origen. Según los datos referidos por dicho estudio, la mitad de la población (55,9%) diagnosticada con alguna enfermedad no había tenido ningún control en los últimos 6 meses.

Aumentan las tasas en las contingencias profesionales, principalmente motivadas por distinta percepción de los tiempos, falta de competencias y nivel de formación, barreras de lenguaje, son obligados a repetir turnos, a no atender a patologías aparentemente banales. Así que buena parte de la atención a la salud de los inmigrantes no se da en la atención primaria de salud sino en la medicina laboral.

Otras encuestas y análisis de frecuentación de los servicios sanitarios destacan la necesidad de educación materno-infantil, (elevada proporción de nacidos de madres inmigrantes), lactancia y adolescencia, enfermedades ginecológicas y menopausia, en la higiene básica, planificación familiar, información sexual y sida (mutilación genital femenina; mayor incidencia de enfermedades de transmisión sexual), coberturas vacunales (infantil y adultos), detección precoz del cáncer de mama y cuello de útero, salud bucodental y salud mental (síndrome de Ulises), desequilibrios dietéticos y nutricionales, prevención cardiovascular multifactorial, vigilancia epidemiológica de procesos de elevada prevalencia en los países de origen (tuberculosis, parasitosis intestinales, malaria, etc.), donación de órganos y hemodonación, violencia de género, prevención de accidentes laborales, inmigrantes viajeros, cubriendo el espectro de áreas prioritarias de intervención de prevención de la salud en esta población que, aunque no debe ser diferente a la de la población autóctona, debe considerar su diversidad cultural.

La problemática planteada a los profesionales del sector por la carencia de formación específica en este campo, y el hecho de que los inmigrantes en situación no regularizada no están acogidos a algunos de los beneficios que otorga la Seguridad Social, hace que la asistencia sanitaria continuada quede a veces en manos del voluntarismo humanitario de las ONG apoyadas por las Administraciones.

Se recomienda reforzar y adaptar los recursos y servicios de salud, potenciando medidas de adaptación cultural y lingüística de los servicios, la figura del agente de salud, mediación acogida, y recursos humanos y formativos de los profesionales con acciones de asistencia sanitaria, para que los inmigrantes conozcan y tengan acceso a todos los programas de detección de grupos de riesgo y diagnóstico precoz, prevención de la enfermedad incapacitación, rehabilitación, promoción de la salud y de integración social que se desarrollan tanto en los centros de salud como en los hospitales.

Anemias

José Polo García

Médico de Familia, Centro de Salud Casar de Cáceres, Cáceres, España

La anemia es una patología frecuente y un problema habitual en la consulta del médico de familia o atención primaria. Como médicos de familia sabemos que cada día es mayor el número de pacientes de edad avanzada que atendemos en nuestras consultas y la anemia es una enfermedad cuya prevalencia en la población general aumenta con la edad. La prevalencia de anemia en ancianos es muy variable, desde el 2,9 al 61% en hombres, y el 3,3 al 41% en mujeres ancianas, y en muchas ocasiones, a pesar de su asociación con morbilidad y mortalidad, no es tratada adecuadamente¹. Los pacientes con patologías crónicas, la llamada "anemia inflamatoria", que se presenta en múltiples entidades (neoplasias, artritis reumatoide, entre otras)² y patologías como la insuficiencia cardíaca (IC) en la que la anemia es frecuente en los pacientes con su prevalencia oscila entre el 5 y el 55%³.

La anemia ferropénica constituye uno de los problemas de salud más frecuentes en el mundo; se estima que 500-1.000 millones de personas (un 15-20% de la población mundial) presentan este déficit. Ello hace que se considere la enfermedad crónica más frecuente, afectando de forma preferente a los países en vías de desarrollo (donde un 25-50% de personas presentan carencia de hierro). Una proporción no desdeñable (que oscila en el 2-28%) de los habitantes de los países desarrollados sufre un estado de ferropenia, a pesar de la buena disponibilidad existente de alimentos. En los niños y niñas españoles de 6-36 meses la prevalencia de anemia ferropénica oscila en el 4-12%. En los niños y adolescentes tal prevalencia es del 0-3%. En los varones adultos de 18-65 años oscila entre el 0-0,7%, mientras que en las mujeres de la misma edad se sitúa en un 1-3,5%. Por su parte, en

la población española mayor de 60 años oscila en el 0-4%. Globalmente, a partir de los datos anteriores, la prevalencia de anemia ferropénica en España se sitúa en un 0,1-5,7%⁴.

El conocimiento de las características de las anemias en AP es básico para orientar su diagnóstico y seleccionar las pruebas complementarias a realizar. Por eso nos hemos marcado como objetivos de este curso:

1. Fomentar el diagnóstico precoz de la anemia.
2. Repasar la interpretación y estudio del hemograma.
3. Actualizar el manejo de la anemia en las patologías crónicas prevalentes.
4. Actualizar el manejo y tratamiento de la anemia.

Pretendemos que este taller práctico, mediante la presentación de un caso en sesión clínica, sirva de estudio para un mejor diagnóstico y manejo de esta patología.

Bibliografía

1. Dharmarajan TS, Pais W, Norkus EP. Anemia, morbidity, and mortality in older adults: Need for greater recognition Geriatrics. 2005;60:22-9.
2. Portillo Carroz K. La anemia en la EPOC. ¿Debemos pensar en ello? Arch Bronconeumol. 2007;43:392-8.
3. Lupón J, Urrutia A, González B, Herreros J, Altimir S, Coll R, et al. Significado pronóstico de los valores de hemoglobina en pacientes con insuficiencia cardíaca Rev Esp Cardiol. 2005;58:48-53.
4. Arija Val V, Fernández-Ballart J, Salas Salvadó J. Carencia de hierro y anemia ferropénica en la población española. Med Clin (Barc). 1997;109:425-30.

Atención inicial al trauma pediátrico

Luis Alonso Jiménez^a, Eva Civantos Fuentes^b, María Esther Benítez Rabagliatti^c, Zelidety Espinel Padrón^d, Adolfo Gálvez Esquinas^e y Santiago José González Campos^f

^aJefe de Servicio, Cirugía Pediátrica, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, España. Director del Grupo de Politrauma Pediátrico de Canarias y Atención Inicial al Trauma Pediátrico (AITP Canarias)

^bPediatra, Atención Primaria, Tenerife, España. Coordinadora en Atención Primaria Tenerife de GTPC (cursos AITP)

^cPediatra, Atención Primaria. Coordinadora en Atención Primaria Gran Canaria del GTPC (cursos AITP)

^dMédico de Urgencias Pediátricas, Complejo Hospitalario Insular Materno de Las Palmas, Gran Canaria, España. Miembro GTPC

^eEnfermero del Helicóptero y Avión medicalizado 112. Miembro GTPC

^fEnfermero de Unidad de Medicina Intensiva, Complejo Hospitalario Insular Materno de Las Palmas, Gran Canaria, España. Coordinador de Hospitalaria GTPC en Gran Canaria (cursos AITP)

Introducción

Los accidentes infantiles constituyen en la actualidad la primera causa de muerte en la edad pediátrica en los países

occidentales¹. La misma acontece casi en el 50% de los casos instantáneamente o a los pocos minutos como resultado de severas lesiones y es la prevención primaria la única herramienta de la que disponemos para evitar las muertes que

ocurren en este primer momento. Si el paciente sobrevive, el período que transcurre desde el momento del accidente hasta la primera hora de ingreso de la víctima en el centro de tratamiento es una etapa crítica en la cual hay que definir los diagnósticos, los cuidados generales con rapidez y eficiencia, así como no agregar lesiones por omisión o comisión².

Tal como advierte la Academia Americana de Pediatría^{3,4}, los pediatras de atención primaria debemos reconocer que somos una entrada al sistema de emergencia y debemos ser entrenados en el manejo de situaciones que comprometen la vida del paciente, así como conocer y disponer del material necesario. Es decir, debemos estar preparados para una correcta asistencia prehospitalaria y conocer la activación de los sistemas de emergencia y transporte del medio en que desempeñamos nuestra función. El entrenamiento en el manejo de la vía aérea y el shock, fundamentalmente en aquellos lugares donde el sistema de transporte tiene un tiempo operativo de 30 min, es una prioridad absoluta.

Atención inicial al trauma pediátrico

La atención inicial al trauma pediátrico es una metódica de actuación ante el niño politraumatizado, cuyo objetivo es lograr la mayor supervivencia posible sin secuelas⁵. Dicha metódica incluye:

- a) Organización y liderazgo.
- b) Actuación competente, estructurada, rigurosa y oportuna.

Se distinguen 2 modalidades: AITP básica (en el escenario, sin recursos materiales) y la AITP avanzada.

La historia de la AITP surge en los EE.UU. en los sistemas de trauma auspiciados por la Academia Americana de Cirugía y se apoya en 3 pilares¹:

- a) La atención prehospitalaria especializada.
- b) Los equipos hospitalarios multidisciplinares coordinados por un jefe de equipo.
- c) La acreditación de hospitales receptores de pacientes traumáticos.

La eficacia de este método desde su implantación está fuera de duda, registrándose asimismo una disminución considerable de la mortalidad infantil cuando se trasladó dicho modelo a la edad pediátrica.

Los Cursos de Atención Inicial al Trauma Pediátrico (AITP) se han desarrollado en España, desde 1997⁶, patrocinados por la Sociedad Española de Cirugía Pediátrica. En Canarias comenzaron en el año 2001, en la actualidad el Grupo de Trauma Pediátrico de Canarias (GTPC) lleva realizadas 24 ediciones en colaboración con Gestión Sanitaria de Canarias (CGC) y el Servicio Canario de Salud (SCS). Éste es un grupo multidisciplinar que está formado por profesionales de diferentes niveles asistenciales, con la utilización del método AITP como código de comunicación e interrelación entre los distintos equipos de los niveles asistenciales implicados en el paciente politraumatizado pediátrico. Constan de una

fase inicial a distancia, durante la cual los alumnos aprenden contenidos teóricos a través de un manual que les es remitido, realizan un primer examen tipo test y desarrollan una monografía sobre un tema determinado. La fase presencial incluye charlas teóricas, estaciones prácticas por grupos, prácticas quirúrgicas con animales de experimentación y resolución de casos simulados con niños actores (perfectamente caracterizados de acuerdo con las lesiones teóricas infringidas).

Los programas de formación para la asistencia al trauma pediátrico están dando sus frutos en los siguientes indicadores de calidad de la asistencia prehospitalaria:

- a) Inmovilización cervical con collarín cervical.
- b) Intubación a pacientes con escala de Glasgow ≤ 8 .
- c) Sondaje gástrico a pacientes con índice de trauma ≤ 8 .
- d) Canalización de vía venosa. Reposición de fluidos.
- e) Uso del ITP.

Aunque este taller en absoluto se equipara a los cursos reales en formación AITP, pretende ser una aproximación al método y un aliciente para que cada vez más los profesionales susceptibles de tratar a estos pacientes realicen estos programas de formación y usemos un enfoque común cuando nos enfrentemos ante esta verdadera enfermedad.

Desarrollo del taller

Charla divulgativa método AITP

1. Reconocimiento primario.
 - a) Estado de alerta, control cervical y vía aérea.
 - b) Respiración y ventilación.
 - c) Circulación y control de hemorragias.
 - d) Examen neurológico básico.
 - e) Exposición.
2. Reconocimiento secundario.
 - a) Anamnesis.
 - b) Segundo examen físico reglado.
 - d) Exámenes complementarios.
 - e) Actuaciones electivas y a demanda.
3. Categorización y clasificación.
4. Preparación para el transporte.
5. Comunicación.
6. Transporte.
7. Cuidados definitivos.

Estación práctica vía aérea y columna cervical

La bibliografía internacional⁷ demuestra que en la etapa prehospitalaria es donde más errores comete el personal sanitario (60%). Por tanto, los objetivos de esta estación son:

1. Todo niño accidentado se tratará como lesionado medular hasta que no se demuestre lo contrario. Deberán evitarse los movimientos de la columna cervical. Se aprenderá la inmovilización cervical bimanual que es el método

ideal para el control cervical básico y continuado hasta la colocación del collarín.

2. Ejecución de maniobras de desplazamiento ascendente del maxilar inferior de modo que la base de la lengua se desplace y desobstruya la vía aérea en el niño inconsciente.
3. Conocer sistemas de aspiración.
4. Aplicar cánulas orofaríngeas cuando está indicado.
5. Saber maniobras avanzadas de manejo de la vía aérea. Recordatorio de las indicaciones de intubación orotraqueal:
 - a) Parada cardiorrespiratoria.
 - b) Glasgow \leq 8.
 - c) Vía aérea insostenible.
 - d) Inestabilidad circulatoria.
 - e) Intubación electiva para el transporte.
6. Extracción del casco protector en esta etapa en las siguientes situaciones:
 - a) Si el paciente está inconsciente y no resulta posible valorar el estado de la vía aérea ni asegurar su permeabilidad.
 - b) Si hay sospecha de parada respiratoria o cardiorrespiratoria.
7. Aprender la necesidad de oxígeno terapéutico en todo paciente politraumatizado hasta confirmar la no necesidad mediante control pulsioximétrico.

Estación práctica segundo examen físico con simulación de atención inicial al trauma

Es una nueva evaluación ordenada y exhaustiva del accidentado. El alumno será instruido en:

1. Realización de anamnesis:
 - Alergias.
 - Medicaciones.
 - Antecedentes personales.
 - Última hora de ingesta.
 - Datos del accidente.
2. Exploración completa en orden cefalocaudal. Se insistirá en:
 - a) Reconocer manifestaciones de fractura de base de cráneo.
 - b) Uso de sondas orogástricas.
 - c) Miniexamen neurológico.
 - d) Lesiones que contraindiquen el sondaje vesical.
 - e) Uso de tabla espinal.
- 3 Posibilidad en nuestro medio de realizar exámenes complementarios.
4. Recordatorio de analgesia a nuestra disposición.

Estación práctica megacode

En el caso de un accidente con numerosas víctimas es importante⁵ una clasificación rápida para valorar las prioridades de actuación. El sistema START en su versión pediátrica² será el método que habitualmente realizaremos, ya que nos permite separar a los pacientes urgentes de los que no lo son y localizar lesiones claves para el transporte. El alumno aprenderá a:

1. Distinguir las prioridades en base a las siguientes categorías:
 - A: Rojo críticos-recuperables.
 - B: Amarillos-moderados.
 - C: Verdes-leves.
 - D: Negro-fallecidos o críticos irrecuperables.
2. No iniciar las maniobras de RCP ante determinadas circunstancias.

Por último, para profundizar en este taller los profesores y alumnos haremos una demostración de cómo integrar lo aprendido en las estaciones prácticas.

Bibliografía

- 1 Carrera E, Rey C, Concha A, Cañadas S, Serrano A, Cambra FJ. Asistencia al paciente politraumatizado. Realidad desde las perspectivas de las Unidades de Cuidados Intensivos. An Pediatr (Barc). 2007;67:169-76.
2. Navascués JA, Vázquez J, ed. Manual de Asistencia Inicial al Trauma Pediátrico, 2.ª ed. Madrid, 2001.
3. Committee on Pediatric Emergency Medicine. Preparation for Emergencies in the Offices of Pediatricians and Pediatric Primary Care Providers. Pediatrics. 2007;120:200-12.
4. Hegenbarth MA, Committee on Drugs. Preparación para las emergencias pediátricas: fármacos que deben tenerse en cuenta. Pediatrics (ed esp). 2008;65:92-101.
5. Domínguez P, De Lucas N, Balcells J, Martínez V. Asistencia inicial al trauma pediátrico y reanimación cardiopulmonar. An Esp Pediatr. 2002;56:527-50.
6. Navascués JA, Soletto J, Romero R, García MA. Impacto de los programas de formación en la asistencia al niño traumatizado. Cir Pediatr. 2004;17:28-32.
7. Fiorentino J, Huaier F, Gómez R, Cassella R. Errores en el manejo inicial del traumatizado pediátrico. Informe preliminar. Comisión de Trauma, Unidad 15, Departamento de Cirugía, Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez. Buenos Aires, Argentina, 2000.
8. Álvarez N, Loeches ML, Moreno AL. Atención inicial al niño accidentado. En AEPap ed. Curso de Actualización Pediátrica 2004. Madrid: Exlibris Ediciones, 2004:297-304.

Recomendamos la lectura del artículo de la referencia n.º 5 previo a la asistencia al taller.

Atención sociosanitaria a las enfermedades raras y crónicas

Enfermedades raras

Guillermo Pombo Alles

Médico de Familia, Centro de Salud Dávila, Santander, España. Coordinador del Grupo de Trabajo de Enfermedades Raras de SEMERGEN

Conceptos generales sobre cronicidad

Las enfermedades crónicas son la causa más frecuente de morbimortalidad en los países occidentales. La prevalencia de padecer alguna enfermedad crónica es del 44,2% para los hombres y del 52,7% para las mujeres, siendo las enfer-

medades crónicas más prevalentes en menores de 45 años y en ambos sexos las alergias y los procesos respiratorios, asma, bronquitis o enfisema, mientras que en mayores de 65 años la artrosis y los procesos reumáticos son los de mayor prevalencia en ambos géneros, seguidos de la hipertensión arterial en los hombres y las enfermedades del aparato circulatorio en las mujeres.

Las enfermedades crónicas se pueden catalogar en las siguientes categorías:

- Categoría A: insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica.
- Categoría B: enfermedad crónica osteoarticular con limitación funcional, insuficiencia renal crónica, vasculitis y conectivopatías.
- Categoría C: cor pulmonale crónico, enfermedad crónica del flujo aéreo, asma bronquial o hipoventilación alveolar.
- Categoría D: enfermedad inflamatoria intestinal crónica, hepatopatía crónica sintomática.
- Categoría E: enfermedad neurológica con déficit motor o cognitivo que genere discapacidad.
- Categoría F: diabetes mellitus con repercusión visceral distinta de la cardiopatía isquémica, arteriopatía periférica sintomática.
- Categoría G: enfermedad hematológica sintomática y no susceptible de tratamiento, enfermedad oncológica activa no susceptible de tratamiento activo.

El impacto de la enfermedad crónica obedece al perfil del paciente con una enfermedad sobre todo degenerativa y en una población envejecida, principal usuaria y consumidora de los sistemas de salud públicos. Más del 50% de los pacientes con enfermedades crónicas percibe su salud como mala y cerca de un tercio refiere tener limitadas sus actividades por la enfermedad, recurriendo, en las tres cuartas partes de los casos, al uso de tratamiento farmacológico.

La población del futuro será una población más envejecida y, por tanto, pluripatológica, lo que significará más ingresos hospitalarios pero, sobre todo, mucha más demanda de asistencia en AP. En AP hemos pues de prepararnos para este futuro ya inmediato y sus consecuencias, no sólo las sanitarias (curar-cuidar) sino también las sociosanitarias.

Conceptos generales de la discapacidad

Las consecuencias más relevantes de la enfermedad crónica son aquellas que van a dar lugar a discapacidad, ya que en ésta radica el origen de la dependencia. Resulta de interés didáctico la evolución de este concepto.

La discapacidad es un término comúnmente empleado en sentido genérico que incluye 3 niveles de menoscabo, personal, funcional y social, cuyo desarrollo por la OMS ha sido, en los años ochenta, la base de la Clasificación Internacional de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM) y de su evolución actual a la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF).

La CIDDM es una clasificación de la OMS, traducida por el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), en 1983, que clasifica sistemáticamente los estados funciona-

les asociados con estados de salud (por ejemplo, enfermedades, trastornos, lesiones, traumas o cualquier otro estado de salud). Utiliza un lenguaje estandarizado que posibilita la comunicación.

Esta clasificación define 3 consecuencias de enfermedad:

- *Deficiencia*: toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica, ya sea temporal o permanente. Puede afectar un miembro, órgano, tejido u otra estructura del órgano, incluidos los sistemas propios de la función mental. Tener una deficiencia no indica necesariamente tener una enfermedad o que un individuo esté enfermo.
- *Discapacidad*: toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano. Puede tener las características siguientes:
 - Temporalidad o permanencia.
 - Reversibilidad o irreversibilidad.
 - Progresión o regresión.
 - Exceso o insuficiencia en el desempeño o comportamiento de un individuo respecto de una normal actividad rutinaria.
 - La limitación funcional que se manifiesta como una realidad en la vida diaria, al interferir las actividades corporales, puede ser la consecuencia directa de la deficiencia o la respuesta del propio individuo a la misma.
- *Minusvalía*: toda situación desventajosa para un individuo, a consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de la edad, sexo, factores sociales y culturales). Presenta las características siguientes:
 - Refleja la interacción y adaptación del individuo al entorno.
 - Hace referencia a los roles sociales básicos: orientación, independencia física, movilidad, ocupación, integración social, auto-suficiencia económica.
 - Es, por tanto, un fenómeno social que representa las consecuencias sociales y ambientales que se derivan para el individuo, por el hecho de tener deficiencias y discapacidades. De aquí, la gran importancia que tienen los valores sociales existentes.

La CIF es una clasificación de la OMS que actualmente está en fase de implantación. Sustituye a la antigua CIDDM del año 1982 y se ocupa de todos los estados “relacionados con la salud” asociados a cualquier condición. Se caracteriza por la descripción de situaciones relacionadas con el funcionamiento humano y sus restricciones, utilizando en todo momento un lenguaje positivo. Destaca el concepto de actividad que cuantifica en función de la realización de tareas y el de participación entendida como el acto de involucrarse en situaciones vitales, ya sean éstas personales o sociales. Como novedad, esta clasificación enfatiza los factores contextuales, sociales y ambientales, ya que éstos también actúan como modificadores de la salud.

Las diferentes conceptualizaciones de las consecuencias de la enfermedad y por tanto de la discapacidad han ido

variando a lo largo del tiempo y de forma paralela los diferentes modelos explicativos se han ido enriqueciendo, a la vez que complicando en función de los determinantes que la componen.

En la actualidad, la discapacidad es un como concepto que evoluciona y debe ser entendido como un componente de la diversidad humana. Es el resultado de la interacción entre las personas con deficiencia y las barreras personales y ambientales que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad de las personas que las padecen en iguales condiciones que las demás.

Dependencia: ley de autonomía personal

El término dependencia lleva implícita la existencia de 2 elementos: por un lado, la persona dependiente y, por otra, la necesidad de atención a dicha persona. En ese sentido, la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (Ley 39/2006 de 14 de diciembre) define la dependencia como: *“El estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria”*

Clasifica la dependencia en 3 grados:

- Grado I: dependencia moderada:
 - Ayuda actividades básicas de la vida diaria.
 - Al menos una vez al día.
- Grado II: dependencia severa:
 - Ayuda actividades básicas de la vida diaria.
 - Más de 2 veces al día.
 - No precisa cuidador permanente.
- Grado III: gran dependencia:
 - Ayuda actividades básicas de la vida diaria.
 - Más de 2 veces al día.
 - Precisa cuidador permanente.

Es un fenómeno presente en todos los grupos de edad, si bien es cierto que se trata de un problema estrechamente vinculado al envejecimiento demográfico, por lo que se tiende a considerar que afecta sólo a los mayores, al existir una estrecha relación entre dependencia y edad. Pero también se relaciona directamente con la discapacidad independientemente de su origen y de la edad en que se produce.

En España no existe un modelo uniforme de prestación ni de coordinación de servicios, ni verdaderos sistemas de provisión integrada de servicios sanitarios y sociales, aunque siempre se ha intentado llevar a cabo la coordinación a varios niveles, entre servicios sanitarios y servicios sociales, diferentes servicios de un mismo sistema, distintas Administraciones públicas: General del Estado, Autonómicas y Locales.

Ante este panorama, resulta imperativo encontrar un modelo de gestión que ensamble adecuadamente todos los elementos a tener en cuenta así como los factores determinantes y modificadores que puedan influir en el mismo.

Las ER son un tipo de enfermedades crónicas, cuyas características diferenciadoras es presentar unas necesidades extra, por lo que un modelo de atención para las ER será

válido para la atención de las enfermedades crónicas y discapacitantes. Entender y atender a esas necesidades extras es la clave para incorporar los nuevos elementos en el modelo atención a la dependencia.

Enfermedades raras

Existen muchos nombres para definir las, enfermedades huérfanas, enfermedades poco comunes, enfermedades poco prevalentes, enfermedades minoritarias o enfermedades raras. Son enfermedades complejas, crónicas y poco frecuentes y además existen pocos medicamentos específicos para ellas, poca investigación, pocos patrocinadores, pocos investigadores, pocos conocimientos y poco interés; por tanto, existen muchos problemas a resolver.

La Unión Europea define las enfermedades raras (ER) como aquellas con una prevalencia inferior a 5/10.000 y que presentan elevadas tasas de mortalidad o discapacidad y habitualmente carecen de tratamiento, teniendo la mayoría una base genética. Individualmente su prevalencia es muy baja (las de mayor prevalencia tendrían menos de 20.000 casos en España), aunque la suma de los enfermos (directamente afectados por enfermedades raras) y sus familiares (afectados colaterales), significa una elevada cifra de población que está presente en nuestras consultas, en muchas ocasiones de “forma anónima”.

La existencia de pocos tratamientos, y la baja prevalencia de estas enfermedades, hace necesario el desarrollo de medicamentos huérfanos. Estas patologías, por su gravedad, suelen manifestarse durante la infancia, por lo que es importante la prevención, presentando una marcada carga de enfermedad (AVAD, AVPD), una elevada mortalidad y/o discapacidad, generando dependencia y necesitando cuidados curativos y de rehabilitación. Por tanto, es importante la colaboración de todos los agentes y actores implicados.

El afectado por una ER posiblemente será un “habitual” en la consulta de atención primaria, por lo que debemos considerarlo un crónico más, al igual que a los afectados por enfermedades más prevalentes (diabetes, HTA, EPOC, hipercolesterolemia, etc.) y diseñar específicamente para él, de acuerdo con las demás especialidades que correspondan en cada caso, un plan de seguimiento que incluya actividades preventivas, paliativas y de soporte sociosanitario al afectado y a su entorno.

Sin embargo, existen numerosos problemas y dificultades; el Sistema Nacional de Salud no está adecuadamente preparado para la prevención de estas enfermedades, la educación sanitaria, la promoción de la salud, el adecuado diagnóstico, los cuidados curativos o la rehabilitación del enfermo; ni para la atención a la dependencia, las necesidades especiales o el apoyo al entorno y al cuidador; tampoco la sociedad está suficientemente preparada para lo “diferente”, pudiendo aparecer olvido y discriminación.

Las ER son en su conjunto un problema de salud pública. Entre las necesidades sanitarias se encuentran la mejora del proceso diagnóstico y de la demora; en la atención primaria se debe informar de los signos de sospecha según la edad y en la Atención Especializada la formación específica. En cuanto a las necesidades sanitarias, son útiles los equipos interdisciplinares.

Existen necesidades de apoyo a la integración tanto en lo social, laboral como en lo educativo, debiéndose propiciar cambios en normativas y apoyando el asociacionismo útil.

Atención sociosanitaria en enfermedades raras

Las ER necesitan una atención sociosanitaria compleja y habitualmente más onerosa que las enfermedades crónicas, que hasta la fecha ni los sistemas de salud ni los sistemas de apoyo social han sabido prestar.

Hasta hace poco, el fenómeno de la dependencia se ha considerado implícitamente un problema privado que debía ser resuelto por las familias, responsables del “apoyo informal”. Esta función ha recaído y recae, casi en exclusiva, en las mujeres de la familia y, dentro de éstas, en las de mediana edad, entre 45 y 69 años, por lo que tiene un indudable rol de género.

El fenómeno de la dependencia vinculado a la necesidad, tanto individual como colectiva, de hacer frente al menoscabo físico y psíquico de la persona, ha cobrado en los últimos años un auge especial adquiriendo una mayor relevancia social, gracias a la difusión de esta realidad en los medios de comunicación, impulsada por el movimiento asociativo.

El movimiento asociativo es, sin duda, un elemento clave en el enfoque sociosanitario que debe implantarse, ya que son los pacientes los verdaderos conocedores de la historia natural de su proceso y de la compleja problemática sociosanitaria que conlleva.

Ante la nueva clasificación que propone la Ley de Dependencia serán necesarios nuevos enfoques en los estudios de investigación, ya que con los datos hasta ahora existentes únicamente se puede tener una visión cuantitativa de la frecuencia y distribución de la enfermedad crónica y de la discapacidad que ésta genera, pero no del grado de autonomía de las personas que las padecen. Evidentemente, las ER deberán ser consideradas como un factor de peso, si se pretende enfocar la dependencia en su dimensión real, aunque en este caso se esté hablando mayoritariamente de personas jóvenes e incluso de niños, pero que deben convivir con diversas discapacidades de por vida.

Las intervenciones sociosanitarias ejercen un papel importante en el retraso en la aparición de la dependencia; intervenciones eficaces en edades tempranas de la vida pueden prevenir la aparición de la dependencia en edades más avanzadas. En el caso de las enfermedades crónicas, la mejora de los hábitos de vida, disminuyendo los hábitos nocivos, sedentarismo, sobrepeso, alcohol y tabaquismo, contribuye significativamente a mejorar la esperanza de vida sin discapacidad, y cuando la dependencia ya está presente los cuidados sanitarios son esenciales tanto para la adecuada adaptación de la persona a esa situación como para mejorar su calidad de vida.

El modelo al uso para la gestión en las enfermedades crónicas no resulta útil en las ER, ya que no genera un verda-

dero dispositivo sociosanitario, salvo en casos excepcionales. Se plantea pues la necesidad de un nuevo modelo de atención que articule un auténtico espacio sociosanitario que oriente y, en lo posible, mejore los diferentes problemas y consecuencias derivadas de estas enfermedades (discapacidad, dependencia, etc.). Por otra parte, el modelo debe tener en cuenta la pluralidad y heterogeneidad de las ER, además de la realidad administrativa de nuestro país, facilitando la gestión de las ER, reforzando los programas de coordinación y las políticas de equidad interterritorial. Debe entender y atender la complejidad de la situación de las personas con problemática sanitaria y social asociada situando en el centro a la persona, sus necesidades y el entorno social en el que vive.

El modelo de atención sociosanitaria requerido implica un cambio de cultura, que se oriente y vertebré, siguiendo las recomendaciones de la OMS. Un modelo que satisfaga las necesidades de los pacientes afectados por ER ha de integrar también como factores determinantes la atención especializada por la parte sanitaria, los llamados centros base por la parte social y las asociaciones de pacientes por la parte comunitaria. Otros determinantes a incluir son: necesidad de información, autogestión de la propia enfermedad y atención a la dependencia.

Se ha constatado la necesidad de dar un paso más en el cambio de la mentalidad, ampliando el enfoque centrándolo en la valoración integral del usuario, donde la unidad de atención sea el usuario y su familia, que tenga en cuenta el control de la sintomatología, que considere los beneficios de la rehabilitación, que priorice la calidad de vida, que contemple la discapacidad y potencie el trabajo en equipo para lograr un abordaje interdisciplinar.

El cambio del modelo de atención a las enfermedades crónicas priorizando un verdadero enfoque sociosanitario es una necesidad reconocida por todas las administraciones; pero como en toda situación de cambio, el desarrollo teórico ha ido muy por delante y la planificación teóricamente impecable, no se plasma en la realidad cotidiana. En la mayoría de las ocasiones, es en el núcleo familiar o en su entorno donde únicamente se materializa la coordinación sociosanitaria. En éste convergen los cuidados sociosanitarios al confluir las acciones de los profesionales de la salud, básicamente brindadas por la asistencia primaria, con la atención social que ofrecen las trabajadoras sociales, que desde hace unos años y de forma progresiva se integran en los equipos de atención primaria.

En el caso de las ER, el reto deberá dirigirse fundamentalmente a minimizar la dependencia a través de actuaciones integradas, vertebradas en torno al paciente y realizadas por equipos interdisciplinares, en el que han de participar obligatoriamente todos los niveles de atención, pero en los que el nivel primario de atención tanto sanitario como social deberán jugar un papel fundamental, ya que constituyen el entorno cercano al paciente.

Las ER entendidas en su conjunto suponen un universo que requiere un nuevo modelo sociosanitario por parte de los sistemas de atención sanitaria, social y educativa.

Consumo de tóxicos y atención primaria

Elena Villalva Quintana

Médico de Familia, Centro de Salud Nuestra Señora del Pilar, Alcalá de Henares, Madrid, España. Miembro del Grupo de Trabajo de Salud Mental de SEMERGEN

España es uno de los países de Europa con mayor tasa de consumo de drogas ilegales, habiéndose registrado un intenso incremento en su utilización desde 1999, especialmente de cannabis y cocaína. Actualmente se está constatando un incremento notable del uso de heroína, cuyo consumo había decrecido en el último decenio.

En este taller se tratarán los *problemas médicos y terapéuticos* así como *mecanismos de prevención* relacionados con el consumo de *drogas ilegales* de mayor uso en España (cannabis, cocaína, heroína y drogas de síntesis) ya que, a pesar de que son causa de múltiples y graves patologías tanto orgánicas como psiquiátricas, existe un cierto *vacío*

de formación al respecto en la Medicina de Familia, a pesar de ser esta especialidad la que suele tener más contacto con estos pacientes.

El uso del alcohol, a pesar de ser una droga legal en nuestra cultura, será sólo someramente tratado ya que tiene enorme trascendencia como droga asociada con el consumo de las anteriormente citadas.

Por otro lado, será también abordado el concepto de *patología dual* (considerándose como tal la coexistencia de trastorno por consumo de drogas psicoactivas) ya que actualmente está cobrando gran relevancia con otros diagnósticos psiquiátricos y se presenta con mucha frecuencia en atención primaria.

Counselling y entrevista motivacional. Herramientas terapéuticas

Rafael Casquero Ruiz^a y Silvia López Chamón^b

^a*Médico de Familia, Centro de Salud Las Cortes, Madrid, España. Miembro del Grupo de Comunicación de SEMERGEN*

^b*Médico de Familia, Centro de Salud de General Fanjul, Madrid, España. Diplomada en P y EPS, Secretaria del Grupo Comunicación SEMERGEN. Miembro del Grupo de Trabajo de Salud Mental de SEMERGEN*

Entrevista motivacional: entrevista en que el profesional trata de cambiar hábitos y actitudes a partir de la propia motivación que el paciente es capaz de generar *counselling*: conjunto de prácticas muy diverso para guiar, ayudar, informar, apoyar y tratar (fig. 1).

Relación en la que alguien trata de ayudar a otro a que entienda y a que solucione los problemas que tiene que enfrentar *coaching* (*to coach*: entrenar), es un método que consiste en dirigir, instruir y entrenar a una persona o a un grupo de ellas, con el objetivo de conseguir alguna meta o de desarrollar habilidades específicas.

Tipología del paciente

- Según el grado de madurez.
- Según el nivel de empatía y confianza.
- Según el locus de control.
- Según el grado de motivación.
- Según el grado de autoridad y respeto.

Correspondencia médico-paciente. El entorno

Según características generales de la entrevista motivacional.

	Consejo	Entrevista motivacional	Counselling	Coaching
Empatía				
Autoridad				
Autonomía del paciente				
Locus de control				

Entrevista motivacional y *counselling*: la comunicación terapéutica
Tipología del médico

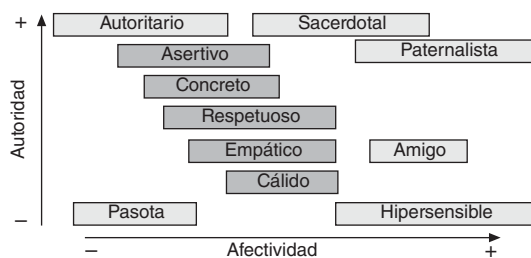


Figura 1

Entrevista centrada en el paciente

- Es un proceso de interacción.
- Agentes implicados: pacientes, sanitarios, entorno.
- El objetivo es generar el cambio para mejorar la salud.
- La herramienta fundamental es la motivación.
- Agentes implicados y consideraciones.
- De interés: los pacientes.
- Ambivalencia en sus intereses, conflicto interno.
- Miedo al reto y a las consecuencias, temor al fracaso.
- Ansiosos, nerviosos e incómodos por la consulta.
- Distintos grados de motivación, información e interés.
- Temores y mitos que los acercan y alejan del objetivo.
- Activos en el proceso y en la elección del tratamiento.

Agentes implicados y consideraciones de interés: tareas del profesional

- Trabajar con la motivación; explicitarla y multiplicarla.
- No juzgar, respetar valores y mejorar autoestima en pacientes.
- Generar fuerza y confianza para el cambio y su mantenimiento.
- Aceptar la ambivalencia, las superaciones y los retrocesos.
- Evitar la confrontación, culpabilización, el reto y las resistencias.
- Generar alianza y pactar el tratamiento.

Fases de la motivación al cambio en las conductas adictivas

Precontemplación → Contemplación → Preparación → Acción
→ Mantenimiento → Recaída → Recuperación.

Aplicaciones de la entrevista motivacional

- Individual en fases y por objetivos.
- Individual breve/espacio reflexivo.
- Aplicación a grupos homogéneos/demolición de mitos.
- Indicación en adicciones/activación de expectativas.

Aplicación de terapias específicas y adecuación al paciente

- Según el locus de control.
- Según el grado de motivación.
- Según el grado de autoridad y respeto.

Breve historia del *counselling*

Definición del *counselling*

- Indicaciones del *counselling*.
- Según el locus de control.
- Según el grado de motivación.
- Según el grado de autoridad y respeto.

Contraindicaciones del *counselling*

- Nula falta de motivación.
- Rentismo.
- Inmadurez.

Requisitos del médico

- Según el locus de control.
- Según el grado de motivación.
- Según el grado de autoridad y respeto.

Requisitos del paciente

- Responsable y maduro.

Requisitos del entorno

- Tiempo suficiente.

Fases de su aplicación

Modos de aplicación

- Individual frente a grupo.
- Escucha activa.
- Puntualización.
- No juicio.
- Silencio productivo...

Coaching

- Encuadre y generalidades.
- Breve recuerdo histórico.
- ¿Qué es *coaching*?
- Aplicaciones del *coaching*.

Requisitos del *coach*/impacto en el *coaching*

- Premisas que fundamentan el *coaching*.
- Sobre las creencias se estructuran las intervenciones.
- Las mejoras para obtener resultados las aporta el interesado.
- El potencial del interesado es mayor del que muestra.
- La conducta buscada es adaptativa y no reparadora.
- La responsabilidad en la comunicación es del receptor.
- El sujeto está limitado por lo que percibe.
- La realidad está formada de aquello a lo que se presta atención consciente.
- Las personas tenemos derecho a ser felices.

Metodología del *coaching*

Hay muchos métodos y tipos de *coaching*. Entre sus técnicas se incluyen charlas motivacionales, seminarios, talleres y prácticas supervisadas.

- Conversar de forma presencial o a través de medios de comunicación, individual o en grupo.
- Entrevista semiestructurada y directiva.
- Facilitación de alternativas de actuación.
- Supervisión de la acción.
- Facilitación del *feedback* descriptivo.
- Responsabilizar al sujeto de sus decisiones.
- Inconvenientes de la aplicación del *coaching* en el ámbito sanitario.
- Resistencia al cambio.
- Estrategia de castigo, exclusión o represión.
- No seleccionar a la persona más idónea.
- Dificultad para objetivar los resultados finales.
- Intervención inicial costosa.
- Modelo de un plan de acción.
- Diagnóstico de la situación.
- Búsqueda de aliados.

Definición de estilos para realizar el plan: tácticas

- Alternativas posibles al plan: estrategias.
- Acción: el movimiento se demuestra...
- Indicaciones del *counselling*.
- Una enfermedad grave (cáncer, VIH+), un accidente, la pérdida de un ser querido, víctimas de violación o tortura, el alcoholismo y otras drogas, el intento de suicidio, el incesto, el terrorismo, la violencia en el hogar...

- La educación para la salud.
- Modalidades del *counselling*.
- Enfoques.

Individual y en grupo

- Grupo: para el desarrollo personal, la prevención y la resolución de problemas personales.
- Los grupos de Gestalt.
- Los grupos adlerianos.
- Los grupos de desarrollo personal.
- Los grupos cognitivos conductuales.
- Principios del *counselling*.
- Los métodos activos con respecto a la relación de ayuda.
- Creer en el potencial de un individuo o de un grupo.
- Creer en un cambio a corto plazo.
- Establecer una relación empática y no la autoridad, en la que la realidad prima sobre el pasado lejano.
- Entorno facilitador del cambio y de la evolución personal (grupo, trabajo en el seno de las comunidades).
- Historia del *counselling*.
- Surge a principios del siglo XX como método democratizador y reparador de injusticias sociales.
- Carl Rogers: *counselling* y psicoterapia (1942).
- Lewin y Moreno (grupo, psicodrama).
- Aparecen escuelas cognitivo-conductuales, existenciales, psicoanalíticas, emocionales, sistémicas.
- Se generan corrientes teóricas, clínicas y prácticas.

Cronicidad de la depresión

José Ángel Arbesu Prieto

Médico de Familia, Centro de Salud de la Eria, Oviedo, España. Coordinador del Grupo de Trabajo de Salud Mental de SEMERGEN

Los trastornos depresivos, ante datos de estudios publicados hasta la fecha, en un amplio porcentaje de casos no constituyen una enfermedad aguda y benigna sino crónica con graves repercusiones en la funcionalidad del paciente y sus familiares, unido a elevados costes sanitarios.

Un 50% de los pacientes que superan un primer episodio depresivo recaen antes de los 2 años siguientes. El riesgo de padecer futuros episodios depresivos aumenta con el número de cuadros previos hasta el punto que señala que tras un segundo episodio depresivo la posibilidad de un tercero es de un 80%. El riesgo de recurrencias aumenta hasta un 90% de los casos si ha padecido un tercer episodio depresivo.

Por tanto, al considerar la evolución de la depresión se necesitan estrategias de tratamiento a largo plazo para intentar evitar las recaídas, recurrencias y la cronicidad de la depresión. Así, el tratamiento puede estar indicado por

períodos de 3-5 años después de un segundo episodio depresivo o por vida después de un tercer episodio depresivo.

La continuidad del tratamiento con antidepresivos reduce en un 70% la posibilidad de recaídas comparada con placebo, en estudios realizados a largo plazo hasta 52 semanas de tratamiento.

La valoración de los factores de riesgo para la cronicidad de la depresión debe ser conocida por el médico de atención primaria y entre ellos destacamos, como se ha comentado, el número de episodios previos, antecedentes familiares de depresión, edad de inicio temprana, resistencia al tratamiento, pronta recaída o recurrencia al suspender el tratamiento y las enfermedades médicas comórbidas.

Las más importantes complicaciones de la depresión a largo plazo son el suicidio, con una tasa del 15%, el consumo de alcohol y tóxicos y peor control y pronóstico de enfermedades físicas, como las cardiovasculares o la diabetes.

Demencia. Deterioro cognitivo

Juan J. Gomáriz García

Médico de Familia, Centro de Salud Lorca Sur, Murcia, España. Miembro del Grupo de Trabajo de Neurología de SEMERGEN

La demencia es probablemente la enfermedad paradigmática del envejecimiento, por sus múltiples manifestaciones (cognitivas, afectivas y funcionales), por ocurrir en ancianos con otras patologías (elevada comorbilidad) y por afectar no sólo a quien lo padece, sino también a su entorno, especialmente a los cuidadores familiares.

Las principales causas de demencia son la enfermedad de Alzheimer, la demencia de origen vascular y la demencia mixta, con componentes de ambas, y los estudios epidemiológicos son consistentes en la asociación con el envejecimiento. Esto ha hecho que se hable de la demencia como una auténtica epidemia del siglo XXI, una epidemia que va a obligar a los profesionales y a los sistemas sanitarios a adaptarse a esta nueva realidad.

Cabe esperar que el papel de los profesionales de atención primaria en el manejo de la demencia cobre creciente importancia. Los pacientes se encuentran en sus domicilios, al cuidado de sus familiares, y a quienes plantean sus problemas y de los que reciben apoyo es de los sanitarios más cercanos. Los equipos de atención primaria actúan en todas las fases de la enfermedad: en la prevención mediante la promoción de estilos de vida saludables y el control de los factores de riesgo; en el diagnóstico precoz, identificando a los sujetos con demencia en fases iniciales o con deterioro cognitivo leve, de forma que se pueda hacer un seguimiento

eficaz de los mismos y aplicar medidas que retrasen el deterioro, y, por último, en las fases avanzadas de la demencia, cuando los objetivos terapéuticos son fundamentalmente, el bienestar, la calidad de vida y el control de las complicaciones, en el entorno más favorable para el paciente.

Teniendo en cuenta las anteriores premisas, pensamos desde nuestro grupo de trabajo de neurología coordinado por Enrique Arieta, ofrecer este taller al comité científico de este 32 Congreso Nacional SEMERGEN, al percatarnos que teníamos una gran carencia de conocimientos y habilidades, sobre esta asistencia que nos vienen solicitando los pacientes y sus cuidadores.

Pero además deseamos hacer algo de utilidad inmediata para que a la vuelta al centro de salud no quede este taller como uno más, sino que los profesionales que pasamos consulta cada día podamos adquirir habilidades prácticas.

Pensamos que una metodología apropiada sería realizar no solamente una exposición teórica para conocer el manejo en atención primaria del síndrome de demencia y sus principales causas, a lo largo de su evolución, sino la escenificación de consultas en las que tratamos de desarrollar toda una serie de conceptos fundamentales, pasando por discusiones en grupo y desarrollo de casos clínicos prediseñados.

Diagnóstico y tratamiento del tabaquismo

José Luis Díaz-Maroto Muñoz

Médico de Familia, Centro de Salud Pozo de Guadalajara, Guadalajara, España. Coordinador del Grupo de Trabajo de Tabaquismo de SEMERGEN

El consumo de tabaco ocasiona un grave problema de salud pública en España. Es responsable del 90% de la mortalidad por cáncer de pulmón, del 95% de la mortalidad por enfermedad pulmonar obstructiva crónica y del 50% de la mortalidad cardiovascular.

El tabaquismo queda definido por la OMS como una enfermedad adictiva crónica que, además, en muchas ocasiones presenta recaída.

En España cada día fallecen 150 pacientes fumadores por las enfermedades asociadas al consumo de tabaco, fundamentalmente cáncer de pulmón y enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Pese a este panorama un tanto desalentador, el tabaquismo es la primera causa prevenible de mortalidad y de morbilidad en nuestro país.

Está previsto que para finales del año 2010 o inicios del año 2011, se publique de forma oficial la modificación de la Ley de Medidas Sanitarias frente al Tabaquismo, que incidirá fundamentalmente en lograr que todos los espacios públicos e interiores de trabajo cerrados sean libres de humo de tabaco al 100%. Por este motivo, y por la mayor concienciación, un número importante de fumadores solicitará asistencia sanitaria en nuestras consultas para dejar de fumar.

Los profesionales sanitarios que ejercen su trabajo en el ámbito de la atención primaria se deben implicar en prevenir, diagnosticar y tratar el tabaquismo, que se constituye como una terrible epidemia.

La Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN), que engloba a un elevado número de profesionales médicos que pertenecen al primer escalón asisten-

cial, como sociedad científica, está muy sensibilizada frente a esta amenaza, y pone a disposición de sus socios y demás médicos todas las herramientas necesarias para ayudar y apoyar a intervenir en tabaquismo.

Durante el 32 Congreso Nacional de SEMERGEN, que se celebrará el próximo mes de octubre en Gran Canaria, se llevará a cabo el desarrollo de un taller que ofrecerá las estrategias para abordar el tabaquismo en atención primaria.

Este taller ya tiene tradición en los congresos nacionales, ofrece a los asistentes una visión global de cómo se debe afrontar el tabaquismo en nuestras consultas.

Espirometría

José Hernández Úrculo

Médico de Familia, Centro de Salud La Vega-Zapatón, Torrelavega, Cantabria, España

Infradiagnóstico

Tanto el estudio IBERCOP como el más reciente EPI-SCAN sobre la prevalencia de la EPOC nos indican que existe un infradiagnóstico de la enfermedad de un 80%. Lo mismo ocurre con la enfermedad asmática, sin diagnosticar el 52% y sin tratar el 26%. A esto también hay que añadir que el 9% de la población adulta y hasta el 15% de la población infantil presentan síntomas de asma. Por todo lo anterior es fundamental que la atención primaria de salud esté suficientemente preparada y puesta al día en las pruebas funcionales respiratorias.

Todos los equipos de atención primaria deberían disponer de un espirómetro de calidad adecuada en su centro de salud, con personal entrenado para realizarlas y saberlas interpretar.

La espirometría es la exploración básica de la función pulmonar. Mide el volumen y la tasa de flujo del aire que respira una persona. Además de para diagnosticar enfermedades, sirve también para determinar el progreso del tratamiento.

Consideraciones generales de la espirometría

Para la realización de la espirometría es necesario disponer de:

- Una habitación cerrada y a poder ser aislada acústicamente.
- Tallímetro.
- Báscula.
- Termómetro para medir temperatura ambiente.
- Barómetro y medidor de la humedad relativa del aire.
- Registro de datos: identificación, fecha y hora, edad, talla, peso y sexo del paciente.

Criterios de aceptabilidad

1. Máximo esfuerzo en la espiración forzada.
2. Que el comienzo haya sido adecuado.

En la parte teórica se hará una introducción breve de la magnitud de la enfermedad del tabaquismo, se desarrollarán el diagnóstico y el tratamiento del tabaquismo.

En la parte práctica, muy interesante para propiciar el debate, participarán los asistentes, mediante la formación de grupos de trabajo, para discutir casos clínicos.

Además, se realizará la determinación del CO en aire espirado del fumador, es decir la cooximetría, prueba muy útil y sencilla, para que se aplique en atención primaria, y de gran impacto para los pacientes fumadores.

3. Que no se haya producido tos, ni fuga, ni maniobra del Valsalva a causa del cierre de la glotis.
4. Alargamiento de la maniobra (6 s o *plateau*).
5. Tres maniobras aceptables con variabilidad inferior a 200 ml entre las dos mejores.

Contraindicaciones

– Absolutas:

1. Imposibilidad de realización de la maniobra.
2. Falta de colaboración del paciente.
3. Neumotórax.
4. Angor inestable.
5. Desprendimiento de retina.

– Relativas:

1. Traqueostomía.
2. Parálisis facial.
3. Problemas bucales.
4. Náuseas provocadas por la boquilla.
5. Deterioro físico o cognitivo.
6. Falta de comprensión de las maniobras a realizar.

Errores más frecuentes

- Relativos al espirómetro: calibración, limpieza, errores antropométricos o en los datos atmosféricos.
- Relativos a la maniobra.
- Relativos al paciente: falta de colaboración, ansiedad, mala preparación.

Técnica

Se realizará una inspiración relajada pero máxima, al finalizar la cual se coloca la boquilla bien sujeta, y el técnico dará una orden enérgica (¡ahora!, ¡ya!) que indica el comienzo de la espiración forzada, que durará, como *mínimo*,



Figura 1 Técnica de la espirometría.

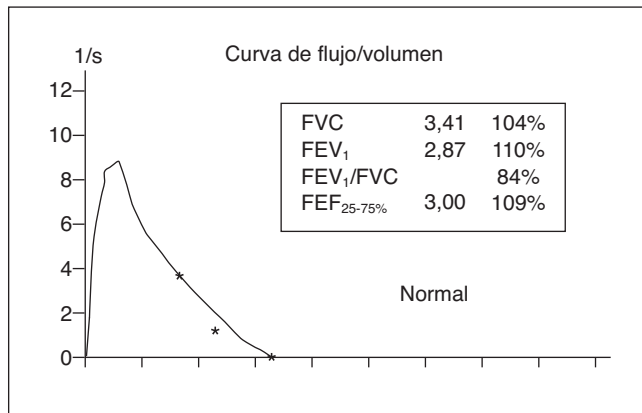


Figura 2 Ejemplo de espirometría normal.



Figura 3 Medidor de pico flujo.

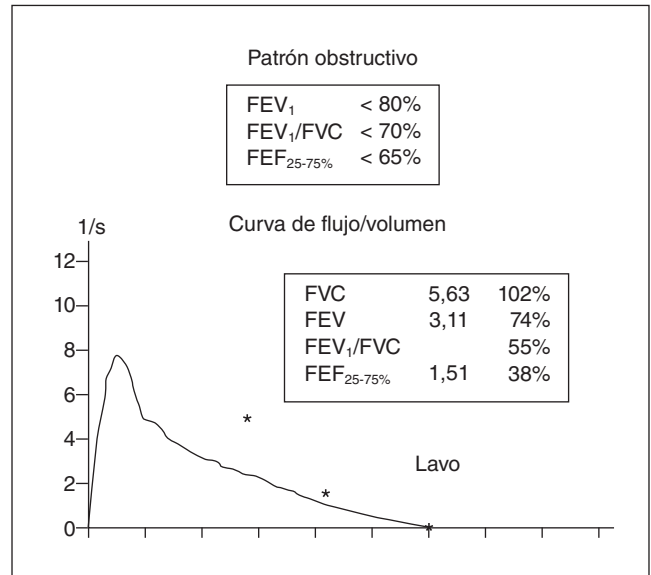


Figura 4 Ejemplo de espirometría con obstrucción.

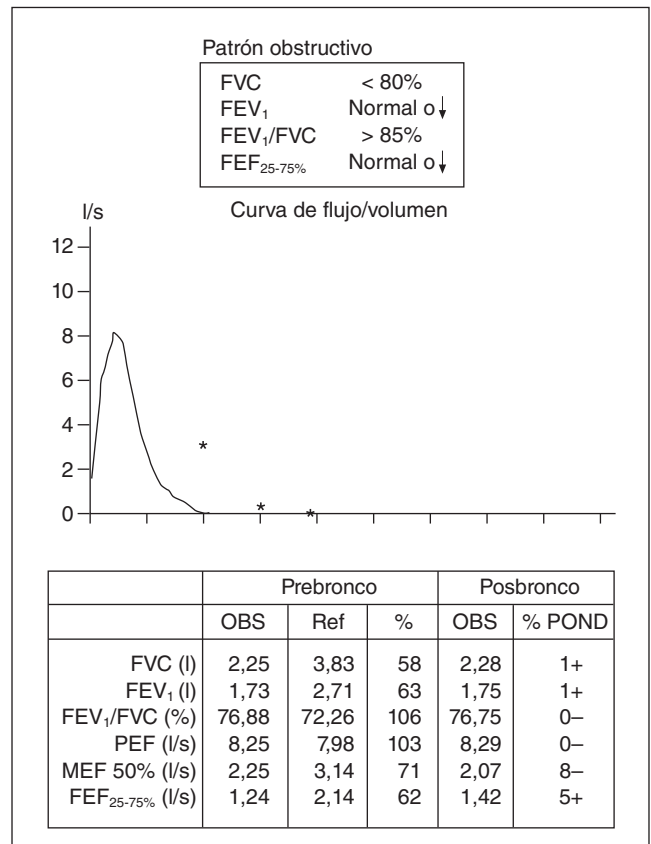


Figura 5 Ejemplo de patrón restrictivo.

6 s. El técnico animará al paciente a continuarla, vigilará que expulse el aire continuamente y asegurará que ésta mantiene un flujo constante (figs. 1-3).

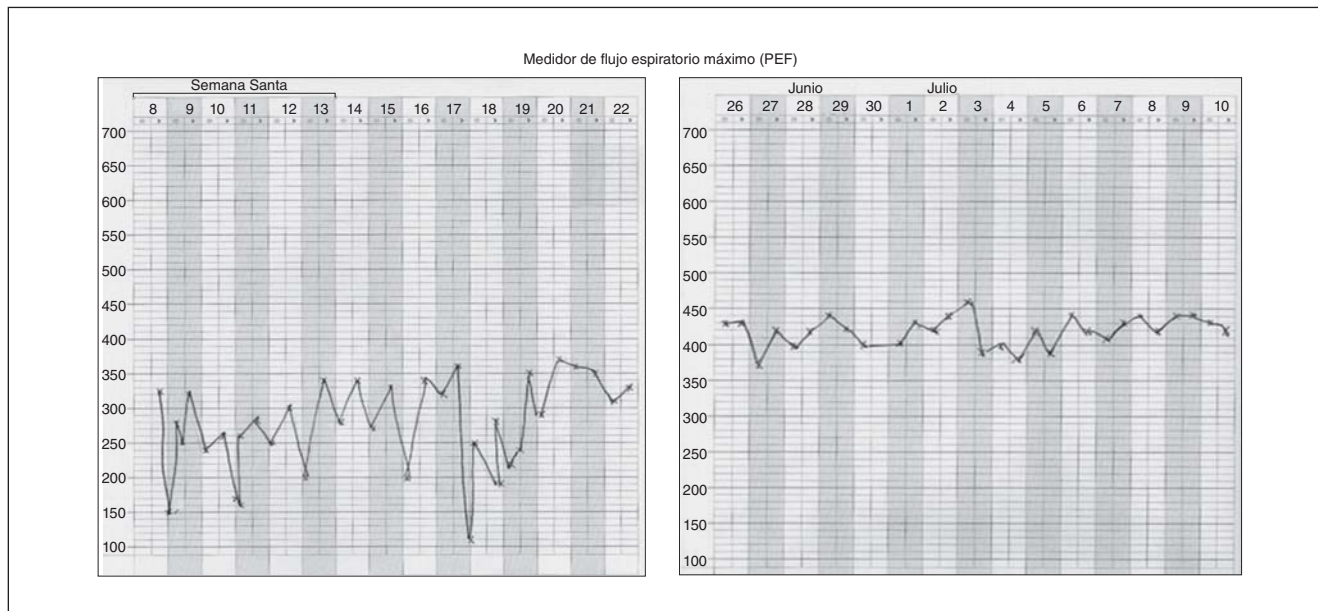


Figura 6 Gráfica obtenida antes y después del tratamiento con broncodilatador.

Parámetros de la espirometría forzada

- FEV₁ (VEMS): volumen espiratorio máximo por segundo.
- FEV₁/FVC: porcentaje que representa el FEV₁ sobre la capacidad vital forzada (FVC).
- FEF_{25-75%}: flujo producido en el 50% central de la espiración.

Patrones espirométricos

Patrón obstructivo (fig. 4)

- FVC: normal o ↓.
- FEV₁: < 80%.
- FEV₁/FVC: < 70%.
- FEF_{25-75%}: < 60%.

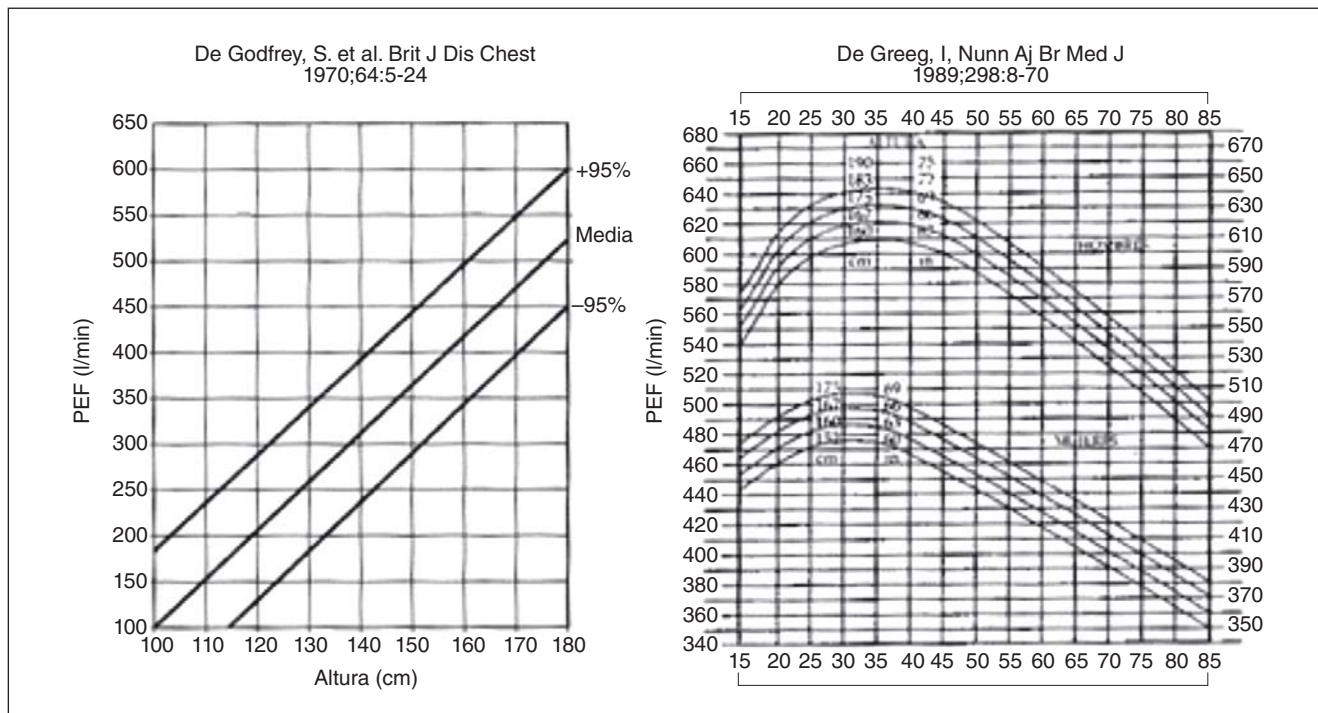


Figura 7 Tablas antropométricas con los valores de referencia de PEF.

Patrón no obstructivo (restrictivo) (fig. 5)

- FVC: < 80%.
- FEV₁: normal o ↓.
- FEV₁/FVC: > 85%
- FEF_{25-75%}: normal o ↓.

Patrón mixto

- FVC disminuido.
- FEV₁ disminuido.
- FEV₁/FVC disminuido.

Grados de afectación de la función pulmonar

- Normal: superior al 80%.
- Leve: entre el 65 y el 79%.
- Moderada: entre el 64 y el 50%.

- Grave: entre el 49 y el 35%.
- Muy grave: inferior al 35%.

Prueba broncodilatadora (fig. 6)

Valora la reversibilidad de la obstrucción. Criterios de positividad:

- FVC: 15% y 200 ml.
- FEV₁: 12% y 200 ml.
- FEF_{25-75%}: 25% y 200 ml.

Indicaciones de PEF (fig. 7)

Las indicaciones de autocontrol en el domicilio con medidor de FEM son:

- Pacientes con asma moderado y grave.
- Asma inestable, asma con variabilidad positiva.
- Asma de riesgo vital.

Evaluación por competencias. Cómo realizar una ECOE

Milagros González Béjar

Médico de Familia, Centro de Salud Montesa, Madrid, España. Coordinadora Nacional del Grupo de Metodología de la Investigación SEMERGEN

Definición

ECOE es la evaluación de la competencia objetiva y estructurada. Este formato de examen va dirigido fundamentalmente al tercer escalón de la pirámide que Miller describió en 1990.

La pirámide de Miller viene escalonada de la siguiente manera:

1. *El saber*, donde se valoran los conocimientos teóricos y prácticos basados en la memoria.
2. *El saber cómo* interrelacionar los conocimientos y como se integran ante una situación concreta.
3. *El demostrar cómo*: valora habilidades, cómo se aplican las competencias que se poseen ante una situación similar a la realidad.
4. *El hacer*, evalúa el desempeño real de la práctica profesional.

Los instrumentos evaluativos contemplados en la parte alta de la pirámide, es decir, en los escalones 3 y 4, serán mejores predictores del comportamiento profesional del evaluado.

Con la ECOE se pretende valorar la competencia del profesional mediante distintos elementos evaluativos, tales como:

- Pacientes estandarizados o actores entrenados para la simulación de una situación clínica.
- Maniqués, sobre todo para habilidades técnicas, suturas, RCP, tacto rectal, etc.

- Imágenes clínicas (radiografías, electrocardiograma, fotografía, etc.).
- Preguntas abiertas de respuesta corta.

Evaluar la competencia puede ser útil para identificar tanto las debilidades como las fortalezas en el proceso de formación de un profesional. Pero también para programar el aprendizaje práctico de manera más racional y personalizada y, por supuesto, para certificar que un profesional o alumno posee las competencias suficientes para desempeñar su profesión o especialidad y desde luego para recertificar que un profesional mantiene esas competencias.

Esta prueba puede ser idónea para la evaluación al final de un período de formación al coincidir en ella criterios de validez, fiabilidad, reproducibilidad, y aceptabilidad. Por otra parte mide, capacidades en la práctica clínica, prioriza lo básico frente a lo excepcional, evita el carácter punitivo, utiliza el feed-back y está centrada en el que aprende. De esta forma podremos evaluar aquello que Kane definía como competencia: “médico competente es aquel que utiliza los conocimientos, habilidades y actitudes y buen juicio asociados a su profesión para resolver adecuadamente las situaciones de su ejercicio”.

Objetivos generales

1. Conocer esta técnica de evaluación de la competencia.
2. Difusión de su contenido y extensión al personal docente como una herramienta más de evaluación.

Objetivos específicos

1. Principios básicos de la evaluación de competencias.
2. Conocer las bases metodológicas de la ECOE.
3. ¿Qué es un comité de prueba? Diseñar una ECOE.
4. Tabla de especificaciones. Técnicas de evaluación competencias.

5. Significado de ruedas y estaciones. Checklist.
6. Cómo se diseña una ECOE.
7. Entrenamiento de los pacientes simulados.
8. Análisis de resultados.
9. Informe final.

Exploración e infiltración articular

Infiltraciones en atención primaria. Grupo Sur de infiltraciones

Enrique Vargas López

Médico de Familia, Centro de Salud Portada Alta, Málaga, España

Cada día son más los médicos de atención primaria que utilizan las infiltraciones en su práctica diaria.

Los objetivos de este curso-taller son los siguientes:

- Exploración de las articulaciones para adquirir la capacidad de diagnosticar la patología articular y periarticular que sea subsidiaria de tratamiento local con infiltración.
- Conceptos básicos de las infiltraciones, qué instrumental se necesita y qué productos se utilizan en las infiltraciones.
- Promover la adquisición de habilidades técnicas por el médico de atención primaria para poder realizar dicha modalidad terapéutica en nuestras consultas.

- Las características son: técnica sencilla, segura, accesible, asequible, que sólo requiere entrenamiento, prudencia, y práctica, por la cual se obtienen resultados clínicos satisfactorios, muy favorables a corto plazo, requiriendo pocos recursos y asumible.
- Estudios que apoyan su uso.
- Utilidades de las infiltraciones, dónde y cuándo utilizarlas, así como sus contraindicaciones.
- Normas y técnicas de infiltración de cada articulación y precauciones que se deben adoptar.
- Riesgos de las infiltraciones.

Irene Méndez Mesón

Médico Interno Residente de Primer Año de Cirugía Ortopédica y Traumatología, Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara, España

Introducción sobre los tipos de infiltraciones, las zonas de punción más frecuentes, las técnicas para realizar infiltraciones de forma segura y los resultados de las mismas haciendo una revisión de la bibliografía.

Hiperplasia benigna de próstata

Francisco José Brenes Bermúdez

Médico de Familia, ABS Llefia, Badalona, Barcelona, España. Coordinador del Grupo de Trabajo de Urología de SEMERGEN

Introducción. Definición y concepto de HBP

La hiperplasia benigna de próstata (HBP) es una patología que afecta fundamentalmente a los varones de más de 50 años de edad¹. Es la primera causa de consulta urológica ambulatoria al especialista y la segunda causa de intervención quirúrgica¹.

Es una enfermedad que tiene un gran impacto en la calidad de vida de quienes la padecen. Clínicamente se manifiesta con unos síntomas denominados del tracto urinario inferior (STUI) o LUTS (siglas en inglés de *lower urinary tract symptoms*)², clasificados como síntomas vesicales, irritativos o de llenado y síntomas uretrales, obstructivos o

de vaciado. Su intensidad es variable (leves, moderados o severos).

Los síntomas del llenado se manifiestan como: aumento de la frecuencia miccional (polaquiuria), micciones nocturnas (nocturia), urgencia miccional, incontinencia por urgencia. Los síntomas del vaciado se manifiestan como: chorro débil, retardo en el inicio de la micción, micción con esfuerzo abdominal, chorro entrecortado, sensación de vaciado incompleto de la vejiga y goteo posmiccional.

La HBP se caracteriza por un crecimiento histológico (micro-macronodular) de la glándula prostática, que en algunos varones puede generar una dificultad del vaciado vesical (obstrucción).

El crecimiento histológico aparece en casi todos los hombres de más de 80 años³; no siempre se encuentra asociado a los STUI. Un 40% de las HBP histológicas tiene sintomatología que afecta negativamente la calidad de vida en la mitad de los pacientes¹.

Los STUI no son exclusivos de la HBP, pueden aparecer en otras patologías del tracto urinario inferior, por lo que es importante conocer y descartar estas patologías como causa de estos STUI^{1,2}.

En la 5.ª Reunión Internacional sobre HBP se decidió que debían concurrir los 3 aspectos mencionados (crecimiento, síntomas, obstrucción)⁴.

Factores de riesgo de hiperplasia benigna de próstata

La edad es el factor que más influencia tiene en su aparición y desarrollo; esta tendencia en España va en aumento por el envejecimiento de la población^{1,3}.

Además de la edad, se requieren testes funcionantes con producción de andrógenos “testosterona” por las células de Leydig y la existencia en la célula prostática de 5 α reductasa, enzima que transforma la testosterona en dihidrotestosterona (DHT), que es su metabolito activo¹.

Otros factores implicados en la génesis de la HBP son: genéticos, dietéticos, hiperinsulinismo, raza, fibroblastos¹.

Los pacientes con diabetes tipo 2 o elevados niveles de glucemia en ayunas tienen entre el doble y el triple de posibilidades de tener HBP⁵.

Diagnóstico de la hiperplasia benigna de próstata

El médico de familia puede realizar el diagnóstico de la HBP a partir de una sistemática de estudio en la que se debe

utilizar una serie de pruebas diagnósticas. Estas pruebas diagnósticas las podemos clasificar en:

1. *Recomendadas*. Son pruebas diagnósticas que deberían ser utilizadas en todos los hombres que presenten STUI.
2. *Opcionales*. Son pruebas diagnósticas que se utilizarán en base al juicio del profesional y según el paciente.
3. *No recomendadas*. Son pruebas diagnósticas, en las que no existe evidencia de que su uso rutinario sea beneficioso; únicamente se utilizarán en circunstancias especiales o ensayos clínicos.

Desde la atención primaria (AP), en la evaluación inicial de la HBP se deben utilizar aquellas pruebas y exploraciones diagnósticas a las que habitualmente se tiene acceso.

SEMERGEN, en sus recomendaciones de buena práctica clínica en HBP (2007) (tabla 1), considera que desde la AP es fundamental en el estudio inicial de la HBP la realización de:

1. Historia clínica.
2. Cuantificación de la sintomatología.
3. Urinoanálisis.
4. Exploración física y tacto rectal.
5. Determinación del PSA.

Un estudio realizado por urólogos españoles, publicado en ACTAS UROLÓGICAS ESPAÑOLAS (2006), encuentra que la realización de las exploraciones anteriormente citadas presenta un valor predictivo positivo (VPP) del 95%⁶.

Existen otras pruebas y exploraciones que podrían formar parte del estudio inicial de la HBP, sobre todo en pacientes en los que el diagnóstico es incierto y en los que queremos descartar la presencia de complicaciones, ya que la HBP es una patología que en muchas ocasiones puede requerir un tratamiento quirúrgico.

Tabla 1 Pruebas para el diagnóstico de la HBP SEMERGEN 2007

Pruebas diagnósticas	Grado de recomendación
Anamnesis	Recomendada
International Prostate Symptom Score (IPSS)	
Exploración física, tacto rectal	
Urianálisis	Opcional
PSA	
Flujometría	
Residuo posmiccional	
Creatinina plasmática	
Ecografía abdominal	No recomendada
Ecografía prostática	
Urografía intravenosa	
Ureterocistoscopia	
TC	
RM transrectal	
Brenes FJ et al.	

Estas pruebas diagnósticas son:

1. Función renal.
2. Medición del residuo miccional.
3. Eco abdominal o transrectal.
4. Flujiometría.

Derivaremos a urología, si el paciente presenta:

- Edad inferior a 50 años.
- Diabetes mellitus mal controlada y/o con neuropatía.
- Antecedentes de cirugía pélvica.
- Enfermedades venéreas.
- Instrumentación uretral previa.
- Traumatismos uretrales.
- Enfermedades neurológicas: neuropatía periférica (diabetes), enfermedad de Parkinson, esclerosis múltiple, accidente vasculocerebral, lesiones medulares, etc.

Desde AP se debe realizar siempre una adecuada anamnesis en la que valoraremos los antecedentes de patologías neurológicas, enfermedades metabólicas, presencia de insuficiencia cardíaca, antecedentes de traumas o intervenciones quirúrgicas del tracto urinario, enfermedades de transmisión sexual, antecedentes familiares de HBP, ingesta de fármacos que puedan alterar el tracto urinario (diuréticos, calcioantagonistas, antidepressivos tricíclicos, alfaadrenérgicos, etc.).

La anamnesis siempre debe acompañarse de una exploración física, sobre todo abdominogenital, en la que valoraremos la presencia de globo vesical, presencia de induraciones y/o inflamaciones en testículos o lesiones en pene.

Complementada la exploración física con la realización de un tacto rectal, con el que podemos valorar aspectos de la próstata, como: la sensibilidad, que en la HBP es indolora, el tamaño, que en HBP está aumentada de tamaño > 25-30 g, la consistencia, que en HBP es blanda, los límites, que en HBP está bien delimitada, y la movilidad, que en HBP es móvil. La anamnesis y la exploración física deben complementarse con la realización de un estudio mediante tira reactiva de orina o sedimento de orina para descartar la presencia de infección del tracto urinario o la presencia de hematuria o patología renal (proteinuria).

La intensidad de los STUI se valora mediante el IPSS (índice internacional de la sintomatología prostática). Según su puntuación se clasifica en leve, 0 a 7, moderado, de 8 a 19, y severo, de 20 a 35 (tabla 2)⁷. Habitualmente, el avance de la HBP suele asociarse con un agravamiento de los síntomas (aumento \geq 4 puntos en la IPSS).

Los valores de PSA (antígeno prostático específico) nos orientan no sólo sobre la posible presencia de un cáncer de próstata, sino que son importantes para conocer el riesgo de retención aguda de orina (RAO) y de progresión de la HBP. Cifras de PSA > a 1,5 ng/ml aumentan el riesgo de RAO en 3 veces^{8,9}.

Hay otras pruebas y exploraciones complementarias consideradas como opcionales. Si se tiene accesibilidad a ellas se pueden solicitar desde la AP, como ocurre con la ecografía abdominal; está indicada en pacientes con antecedentes de litiasis renal, micro-macrohematuria, globo vesical, sospecha de obstrucción, sintomatología severa, valores de

creatinina aumentada, antecedentes de trauma espinal, neuropatía y otras alteraciones neurológicas asociadas.

Tratamiento de la hiperplasia benigna de próstata

Los objetivos principales del tratamiento de los pacientes con HBP son^{1,9,10}:

- Mejorar los síntomas.
- Reducir la posibilidad de complicaciones de la enfermedad.
- Evitar y disminuir los efectos adversos del tratamiento.

Va a depender fundamentalmente de:

1. La edad del paciente.
2. Sus expectativas.
3. La sintomatología.
4. Las complicaciones.
5. Su calidad de vida.
6. Eficacia del tratamiento a largo plazo.
7. Morbimortalidad asociada al tratamiento.
8. La decisión y preferencias del paciente.

Existen 3 opciones terapéuticas:

- Vigilancia expectante (espera vigilada).
- Tratamiento farmacológico.
- Tratamiento quirúrgico.

Vigilancia expectante/medidas higienicodietéticas

Se trata de un programa activo en el que al paciente se le aconseja realizar cambios en su estilo de vida, como evitar el sedentarismo, restringir la ingesta de líquidos por la noche, disminuir el consumo de café, alcohol y determinados medicamentos que actúan sobre la fibra muscular lisa (neurolépticos, anticolinérgicos, etc.), así como modificar los hábitos miccionales¹⁰.

Tratamiento farmacológico

Agentes fitoterapéuticos (extractos de plantas)

No están recomendados como tratamientos de primera elección por las Guías de la Asociación Europea de Urología de 2004⁹.

La única sustancia de este grupo de la que se dispone de datos científicos más fiables es la *Serenoa repens*¹¹.

α -bloqueantes adrenérgicos

Son fármacos con un grado de evidencia 1A. Actúan sobre los receptores alfa del trigono, cuello vesical y la próstata,

Tabla 2 IPSS (índice internacional de la sintomatología prostática)

	Nunca	Menos de 1 vez cada 5	Menos de la mitad de las veces	La mitad de las veces	Más de la mitad de las veces	Casi siempre
1. Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha tenido la sensación de no vaciar completamente la vejiga al terminar de orinar?	0	1	2	3	4	5
2. Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha tenido que volver a orinar en las 2 h siguientes después de haber orinado?	0	1	2	3	4	5
3. Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha notado que, al orinar, paraba y comenzaba de nuevo varias veces?	0	1	2	3	4	5
4. Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha tenido dificultad para aguantarse las ganas de orinar?	0	1	2	3	4	5
5. Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha observado que el chorro de orina es poco fuerte?	0	1	2	3	4	5
6. Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha tenido que apretar o hacer fuerza para comenzar a orinar?	0	1	2	3	4	5
7. Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces suele tener que levantarse para orinar desde que se va a la cama por la noche hasta que se levanta por la mañana?	0	1	2	3	4	5
< 8 puntos: leve; 8 a 19 puntos: moderada; > 20 puntos: severa						
8. ¿Cómo se sentiría si tuviera que pasar el resto de la vida con los síntomas pronósticos tal y como los tiene ahora?	0	1	2	3	4	5
Puntuación ≥ 4: afectación significativa de la calidad de vida del paciente						
Badía X et al.						

inciden fundamentalmente sobre el aspecto sintomático de la HBP, no tienen ningún efecto sobre el volumen de la próstata ni previenen su crecimiento⁹.

Los fármacos más usados son:

- Doxazosina 4 mg.
- Terazosina 5 mg.
- Alfuzosina 10 mg.
- Tamsulosina 0,4 mg.

Doxazosina y terazosina deben pautarse a dosis bajas e ir aumentando paulatinamente por su efecto hipotensor, que aparece en un 10% de los pacientes. Otros efectos secundarios pueden ser rinitis y síncope, en menos proporción. Estos 2 fármacos no deben utilizarse en pacientes con insuficiencia cardíaca.

Próximamente se utilizará en España otro fármaco alfa-

bloqueante ya comercializado en Estados Unidos y Japón, autorizado a finales de 2009 por la Agencia Europea de Medicamentos (EMA). Se trata de la silodosina a dosis de 4-8 mg. Presenta una mayor selectividad sobre los receptores alfa 1A y alfa 1B de la próstata y la vejiga comparado con los otros alfabloqueantes, no presenta efectos cardiovasculares y disminuye los episodios de nocturia. Su efecto secundario más relevante es la eyaculación retrógrada en mayor proporción que tamsulosina.

Un efecto secundario que debemos siempre tener en consideración con el uso de alfabloqueantes es el síndrome del iris flácido intraoperativo (en inglés, IFS)¹. Se trata de una relajación del músculo dilatador del iris (meiosis y ondulación del iris) que dificulta la cirugía de cataratas. Su incidencia es baja. Se recomienda evitar su uso en pacientes a los que se va a intervenir de cataratas o suprimir su utilización al menos 2 semanas antes de la intervención y reiniciar su uso 2 semanas después.

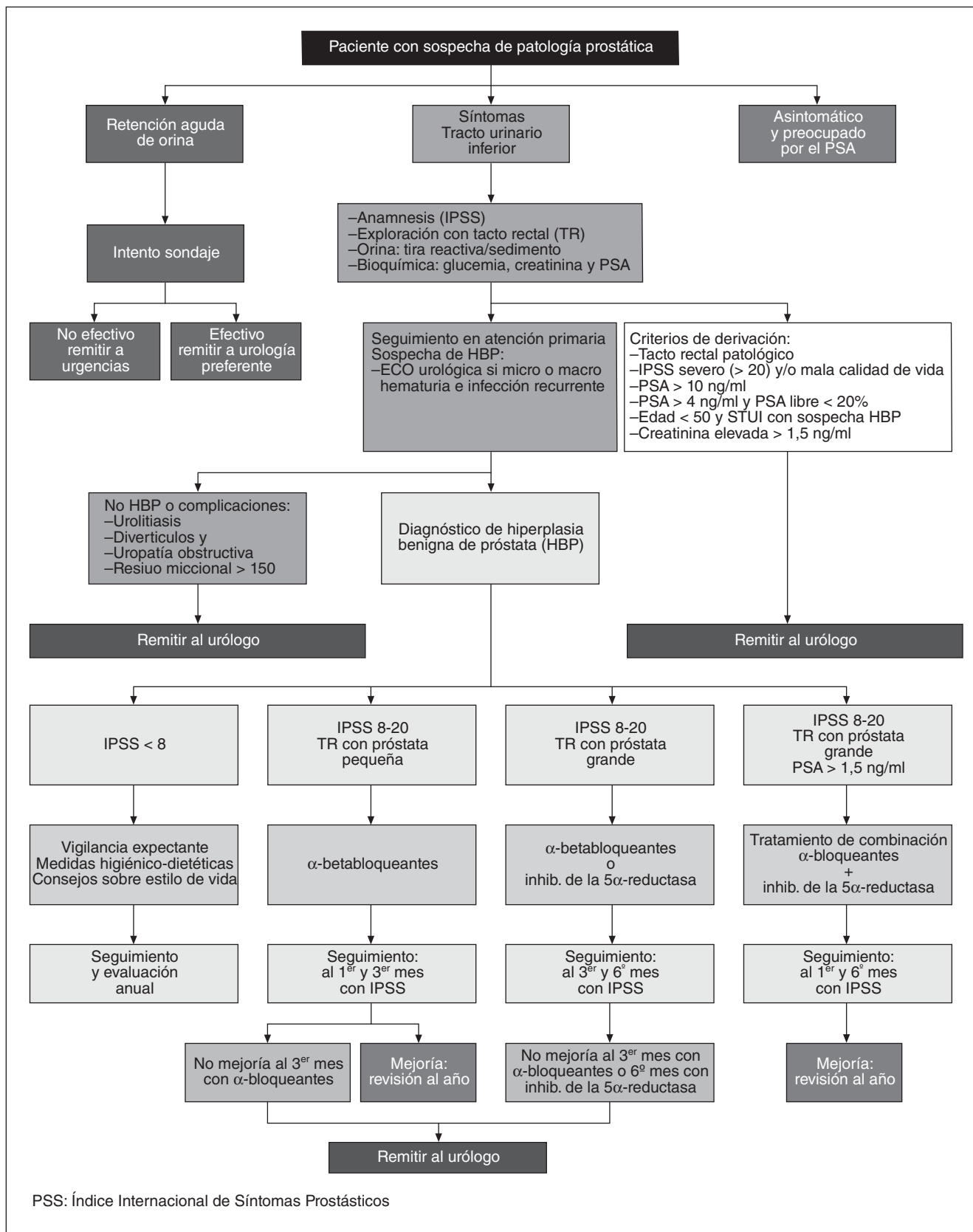


Figura 1 Criterios de derivación en HBP desde AP (AEU, SEMERGEN, semFYC, SEMG) 2008¹⁷.

Inhibidores de la 5 α -reductasa

Son fármacos con un grado de evidencia 1A. La enzima 5 α -reductasa transforma la testosterona dentro de la célula prostática, en un metabolito activo, la dihidrotestosterona (DHT). En la próstata existen 2 formas isoenzimáticas de la 5 α -reductasa (tipo 1 y tipo 2)^{1,9}.

Los inhibidores de la 5 α -reductasa comercializados son la finasterida (actúa sobre la isoenzima 2) y la dutasterida (actúa sobre las isoenzimas 1 y 2). Disminuyen el tamaño de la próstata en un 20-30% y reducen los niveles de PSA a la mitad de su valor.

Reducen el riesgo de RAO y de cirugía en más del 50%^{12,13}. En menos del 7% pueden aparecer efectos secundarios de la esfera sexual (disfunción eréctil, disminución de la libido).

Tratamiento combinado

Presenta un grado de evidencia 1bA. Se ha observado en estudios clínicos prospectivos y aleatorizados (estudios MTOP's¹⁴ y CombAT¹⁵) que el tratamiento combinado de un α -bloqueante, junto con un inhibidor de la 5 α -reductasa, en pacientes bien seleccionados "con próstatas aumentadas de tamaño 40 o más gramos y PSA > a 1,5 ng/ml", resultaba más eficaz que el tratamiento con dichos fármacos en monoterapia. Se reduce el riesgo de RAO y de tratamiento quirúrgico en más de un 60%.

Tratamiento quirúrgico

El tratamiento quirúrgico está indicado en los pacientes con STUI moderados o graves que no mejoran después de tratamiento farmacológico (o que prefieran una intervención activa) y sobre todo en aquellos pacientes que presentan^{9,16} insuficiencia renal, litiasis vesical, retención urinaria refractaria, infección urinaria recurrente o hematuria recurrente.

Control y seguimiento desde atención primaria de la hiperplasia benigna de próstata^{17,18} (fig. 1):

- Pacientes en tratamiento con vigilancia expectante: se deberá reevaluar al paciente como mínimo al año, valorando el cambio de síntomas y/o la aparición de complicaciones.
- Pacientes en tratamiento con un α -bloqueante: se deberá evaluar su eficacia y tolerabilidad mediante el IPSS, al primer y al tercer mes del inicio del tratamiento.
- Pacientes tratados con un inhibidor de la 5 α -reductasa: se deberá evaluar su eficacia y tolerabilidad mediante el IPSS al sexto mes del inicio del tratamiento.

Pacientes en tratamiento combinado (α -bloqueante y con un inhibidor de la 5 α -reductasa): se deberá evaluar su eficacia y tolerabilidad mediante el IPSS al primer y al sexto mes del inicio del tratamiento.

Si existe mejoría, la revisión será anual y se valorará IPSS, exploración física con tacto rectal, tira de orina, valoración de los niveles de creatinina y una determinación del PSA. Si existe riesgo de obstrucción, se aconseja una flujometría y, en su defecto, una ecografía abdominal con residuo posmiccional de forma anual.

metría y, en su defecto, una ecografía abdominal con residuo posmiccional de forma anual.

Bibliografía

1. Brenes FJ, Pérez N, Pimienta M, Dios JM. Hiperplasia benigna de próstata. Abordaje por el médico de Atención Primaria. SEMERGEN. 2007;33:529-39.
2. Abrams P. New words for old: lower urinary tract symptoms for "prostatism". BMJ. 1994;308:929-30.
3. Berry SJ, Coffey DS, Walsh PC, Ewing LL. The development of human benign prostatic hyperplasia with age. J Urol. 1984;132: 474-9.
4. Abrams P, Griffiths D, Hofner K. The urodynamic assessment of lower urinary tract symptoms (committee 7). In Chatelain C, Denis L, Foo KT, Khoury S, Mc Connell J, eds. Benig Prostatic Hyperplasia, 5th Internacional Consultation on BPH. 2000:227-82.
5. Parsons JK, Carter HB, Partin A, et al. Metabolic factors associated with benign hyperplasia: The Baltimore Longitudinal Study of Aging. J Urol. 2006;175 Suppl 4:432-33.
6. Carballido JA, Badia X, Gimeno A, et al. Validez de las pruebas utilizadas en el diagnóstico inicial y su concordancia con el diagnóstico final en pacientes con sospecha de hiperplasia benigna de próstata. Actas Urol Esp. 2006;3:667-74.
7. Badia X, García-Losa M, Dal-Re R. Ten-language translation and harmonization of the International Prostate Symptom Score: developing a methodology for multinational clinical trials. Eur Urol. 1997;31:129-40.
8. Jacobsen SJ, Girman CJ, Guess HA, Rhodes T, Oesterling JE, Lieber MM. Natural history of prostatism: longitudinal changes in voiding symptoms in community dwelling men. J Urol. 1996;155:595-600.
9. Madersbacher S, Alivizatos G, Nordling J, Sanz CR, Emberton M, de la Rosette JJ. EAU 2004 guidelines on assessment, therapy and follow-up of men with lower urinary tract symptoms suggestive of benign prostatic obstruction (BPH guidelines). Eur Urol. 2004;46:547-54.
10. Speakman MJ, Kirby RS, Joyce A, Abrams P, Pocock R. Guideline for the primary care management of male lower urinary tract symptoms. BJU Int. 2004;93:985-90.
11. Wilt T, Ishani A MDR. Serenoa repens para la hiperplasia benigna de próstata (revisión Cochrane traducida). Oxford: La biblioteca Cochrane Plus, 2007:4.
12. Jiménez JF, Quecedo L, Llano J. Finasterida: diez años de uso clínico. Revisión sistemática de la literatura. Actas Urol Esp. 2003;27:202-15.
13. Roehrborn CG, Boyle P, Nickel JC, Hoefner K, Andriole G. Efficacy and safety of a dual inhibitor of 5-alpha-reductase types 1 and 2 (dutasteride) in men with benign prostatic hyperplasia. Urology. 2002;60:434-41.
14. McConnell JD, Roehrborn CG, Bautista OM, et al. The long-term effect of doxazosin, finasteride, and combination therapy on the clinical progression of benign prostatic hyperplasia. N Engl J Med. 2003;349:2387-98.
15. Roehrborn CG, Siami P, Barkin J, et al. The effects of dutasteride, tamsulosin and combination therapy on lower urinary tract symptoms in men with benign prostatic hyperplasia and prostatic enlargement: 2-year results from the CombAT study. J Urol. 2008;179:616-21.
16. Brenes FJ, Ródenas JL. Hiperplasia benigna de próstata: manejo y abordaje por el médico de AP. Aula Acreditada El Médico. 2002;842:23-46.
17. Criterios de derivación en HBP desde AP (AEU, SEMERGEN, semFYC, SEMG), 2008.
18. Brenes Bermúdez FJ, Naval Pulido ME, Molero García JM, Pérez Morales D, Castiñeiras Fernández J, Cozar Olmo JM, et al. Criterios de derivación en hiperplasia benigna de próstata para atención primaria. SEMERGEN. 2010;36:16-26.

Inercia terapéutica

Inercia clínico-terapéutica en hipertensión

José Luis Llisterri Caro^a y Francisco Javier Alonso Moreno^b

^aMédico de Familia, Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch, Valencia, España. Grupo de Trabajo Hipertensión Arterial de SEMERGEN

^bMédico de Familia, Centro de Salud Sillería, Toledo, España. Grupo de Trabajo Hipertensión Arterial de SEMERGEN

La conducta pasiva de los médicos ante situaciones que requieren una modificación terapéutica cuando las evidencias y las guías de práctica clínica (GPC) indican lo contrario constituye lo que se denomina inercia clínica. La inercia clínica terapéutica depende muy especialmente de la formación y actitud del médico, y está suficientemente reconocida como una causa mayor de mal control de la hipertensión arterial (HTA) y de otras enfermedades crónicas.

Las repercusiones clínicas derivadas de la inercia incluyen la no intensificación de las medidas higiénico-dietéticas y/o farmacológicas, el retraso en el inicio del tratamiento y la falta de un correcto plan de seguimiento que garantice la detección e intervención ante complicaciones de la enfermedad. En la actualidad son bien conocidos algunos factores externos y otros de carácter individual, dependientes del propio médico, que pueden influir sobre la conducta menos rigurosa ante los pacientes hipertensos mal controla-

dos. Aunque algunas características propias de la atención primaria (AP) actual, como son la falta de tiempo y la masificación de nuestras consultas, pueden ser importantes en la aparición de la inercia, hay que subrayar que las causas de la misma, también las estrategias correctoras, son múltiples y merecen un análisis detallado de las mismas al objeto de implementar las medidas oportunas para neutralizar su impacto desfavorable en el control de las enfermedades crónicas.

Los factores relacionados con la inercia terapéutica se centran básicamente en la sobreestimación del cuidado de los pacientes, el déficit del conocimiento y la percepción de que las cosas se están haciendo bien. La clarificación de los objetivos terapéuticos, con la aceptación implícita de las recomendaciones de las GPC, constituye un aspecto crucial en la neutralización de la inercia terapéutica en la práctica clínica de AP y especializada. La mejor estrategia para evitar la inercia es combinar adecuadamente las diferentes estrategias disponibles, especialmente diagramas de flujo, recordatorios en la historia clínica, formación en patologías crónicas y *feed-back* sobre la actuación médica, todo ello en el contexto de una buena relación médico-paciente. Sería deseable recordar periódicamente estas estrategias en el médico práctico y también proporcionar su conocimiento en el período de formación de pregrado en las facultades de medicina y en el posgrado, durante el período de formación MIR.

Para tratar de resolver las posibles repercusiones clínicas que pueden originar la inercia terapéutica se ha diseñado este taller. En el mismo, mediante la resolución de casos clínicos, de una forma participativa entre los docentes y discentes, se tratarán también aspectos teóricos sobre los factores más importantes relacionados con la inercia terapéutica.

Insulinización en diabetes mellitus tipo 2: de la insulinización basal a la intensificación

De la insulinización basal a la intensificación

José Manuel Comas Samper

Médico de Familia, Centro de Salud La Puebla de Montalbán, Toledo, España

Dentro del abordaje terapéutico, la insulinización es un paso esencial en el tratamiento del paciente diabético tipo 2, enfermedad caracterizada por un deterioro progresivo en el control glucémico que obligará habitualmente a la necesidad e indicación de insulinizar, bien desde el inicio o en fases más avanzadas, tras el fracaso de la terapia oral combinada.

En los algoritmos más conocidos (ADA, EASD, Gedaps), siempre está planteado el escalón terapéutico con la indi-

cación de la insulinización basal, habitualmente con un análogo basal de la insulina que permite mantener niveles basales de insulina hasta 24 h, con bajo riesgo de hipoglucemias por carecer de “pico” hipoglucémico, generalmente combinada con metformina como sensibilizador y abordando el problema de la glucotoxicidad permitiendo el restablecimiento insulinsecretor a nivel pancreático en respuesta a la ingesta.

En fases más avanzadas, y por deterioro pancreático con ausencia de respuesta insulínica a la ingesta, se precisará la administración de insulina rápida o ultrarrápida, con la ventaja en estas últimas de administrarla al inicio de la ingesta, a través de distintas estrategias clásicas o bien novedosas y contrastadas, como es la estrategia basal-plus e incluso, en algunos casos, llegando a la administración de terapia intensiva de 3 o más dosis de insulina.

Todas estas estrategias de insulinización con planteamiento de casos clínicos prácticos, indicaciones, autocon-

trol glucémico, métodos de ajuste de dosis y las distintas formas de terapia insulínica serán abordadas en este taller, con el objetivo último de extrapolar el adiestramiento realizado a la práctica clínica habitual de la consulta, no de-

morar la insulinización cuando esté indicada y el beneficio demostrado del buen control glucémico, considerando las características individuales de cada paciente diabético y el tratamiento más indicado.

La salud del hombre como objetivo: el vínculo entre hipogonadismo, disfunción eréctil y síndrome metabólico

Eduard García Cruz

Urólogo/Andrólogo, Servicio de Urología, Hospital Clínico de Barcelona, Barcelona, España

Introducción

El síndrome de deficiencia de testosterona es una entidad clínica y bioquímica que se caracteriza por síntomas de deficiencia de testosterona (disminución de la libido, disfunción eréctil, alteración del estado de ánimo, alteración de la relación masa grasa/masa magra, osteoporosis).

La prevalencia del síndrome de deficiencia de testosterona aumenta con la edad, siendo de más del 10% a partir de los 50 años en estudios europeos. En nuestro país, los estudios cifran la prevalencia de síndrome de deficiencia de testosterona entre el 7 y el 28%.

Los principales factores de riesgo para el síndrome de deficiencia de testosterona son la dieta hipercalórica y el sedentarismo, la hipertensión arterial, la resistencia periférica a la insulina y la dislipemia, que conducen a la obesidad. La actividad aromatasa del tejido graso produce inactivación de la testosterona circulante.

El síndrome de deficiencia de testosterona impacta tanto sobre aspectos relacionados con la esfera sexual (disfunción eréctil, disminución de la libido) como con la salud general (aumento de la mortalidad, vasculopatía periférica, osteoporosis, alteraciones cognitivas, obesidad y reducción de masa muscular).

El tratamiento del síndrome de deficiencia de testosterona comprende la modificación de estilos de vida no saludables, el tratamiento de la comorbilidad y la suplementación con testosterona.

Existe amplia evidencia de la eficacia y la seguridad del tratamiento con testosterona. Estudios publicados demuestran que el tratamiento con testosterona mejora tanto as-

pectos de la esfera sexual como de salud general. Por otro lado, la seguridad cardiovascular y prostática del tratamiento con testosterona ha sido demostrada en estudios de farmacovigilancia.

Objetivo general

1. Conocer la importancia, prevalencia, factores de riesgo, comorbilidad y tratamiento del síndrome de deficiencia de testosterona.
2. Conocer la relación entre síndrome metabólico, síndrome de deficiencia de testosterona y disfunción eréctil.

Objetivos específicos

1. Conocer los criterios diagnósticos del diagnóstico del síndrome de deficiencia de testosterona.
2. Conocer los mecanismos fisiopatológicos que relacionan el síndrome metabólico, el síndrome de deficiencia de testosterona y la disfunción eréctil.
3. Conocer la comorbilidad asociada al síndrome de deficiencia de testosterona.
4. Conocer las opciones de tratamiento del síndrome de deficiencia de testosterona: modificación de estilos de vida, tratamiento de la comorbilidad, suplementación con testosterona.
5. Conocer el esquema de seguimiento del síndrome de deficiencia de testosterona. Conocer los principales efectos secundarios del tratamiento con testosterona.

Nutrición

Alimentación natural frente a funcional

Vicente Pascual Fuster^a y M. Luisa López Díaz-Ufano^b

^aMédico de Familia, Centro de Salud Palleter, Castellón, España

^bMédico de Familia, Centro de Salud Torres de la Alameda, Madrid, España

La alimentación es la base sobre la que se sustenta la buena salud de los individuos, y las mejoras en las características nutricionales de la dieta redundan en una mejora de

la salud poblacional; así, tenemos ejemplos como Finlandia, país con una elevada mortalidad cardiovascular, que inició en los años setenta el proyecto North Karelia, consiguiendo entre 1971 y 1995 una reducción del 73% de la mortalidad por cardiopatía isquémica en la población en edad laboral, a través de la promoción de cambios de hábitos en la población, fundamentalmente con una disminución de la elevada ingesta de grasa saturada de la dieta¹. La dieta que tradicionalmente se ha seguido en los países ribereños del Mediterráneo se relaciona con una buena salud en estas poblaciones, con un patrón alimentario caracterizado por el alto consumo de alimentos naturales como vegetales (verduras, cereales integrales, legumbres, frutas y frutos secos) y pescado, y el bajo consumo de grasas animales, y de alimentos procesados ricos en azúcares simples, con el uso del aceite de oliva como grasa culinaria principal. Las bondades de la dieta mediterránea han sido analizadas en una revisión sistemática, encontrando efectos favorables sobre las lipoproteínas plasmáticas, la función endotelial, la resistencia a la insulina, el síndrome metabólico, la capacidad antioxidante y la mortalidad cardiovascular². También en nuestro país, los resultados del estudio Predimed avalan los beneficios de una alimentación natural tipo mediterráneo rica en frutos secos y aceite de oliva³.

En los últimos años la industria alimentaria ha desarrollado una amplia gama de productos alimentarios naturales “enriquecidos” o elaborados, con el objeto de proporcionar un beneficio más allá del olor, sabor, textura o valor nutricional, y que afectan funciones fisiológicas en términos de prevención de enfermedad o promoción de la salud; son los denominados alimentos funcionales o “nutracéuticos”. Se trata siempre de componentes naturales de los alimentos, tanto intrínsecos como añadidos por fortificación; también podemos incluir alimentos de los cuales en el proceso de elaboración se han eliminado uno o más componentes potencialmente nocivos (un claro ejemplo es la leche desnatada). Es importante remarcar que las recomendaciones de los alimentos funcionales deben tener como condición básica la existencia de una evidencia científica consistente sobre sus beneficios.

Esta amplia oferta y las campañas publicitarias adicionales hacen que muchos de nuestros pacientes nos pregunten sobre las presuntas bondades de estos alimentos funcionales; así, tenemos que:

- Alimentos enriquecidos en esteroides vegetales tienen un reconocido efecto hipocolesteremiante por inhibición competitiva de la absorción del colesterol en el lumen intestinal, dada su similitud estructural. El consumo en la dieta de 2-3 g de estanoles/esteroides vegetales presentes en estos alimentos funcionales logra una reducción del c-LDL (6-15%).
- Productos vegetales ricos en fibra soluble, cuyo consumo reduce modestamente la colesterolemia y modula la hiperglucemia posprandial. Las legumbres son un alimento natural con estas propiedades.
- Alimentos fortificados con ácido fólico, diseñados para corregir la deficiencia de esta vitamina en el embarazo, que conlleva el riesgo de defectos del tubo neural en el feto. Los suplementos de ácido fólico, aunque reducen la

homocisteinemia, no han demostrado mejorar la morbimortalidad cardiovascular.

- Alimentos “naturales”, como los frutos secos, ricos en diversos componentes cardiosaludables (grasa insaturada, vitamina E y otros antioxidantes, fibra, arginina) y, en el caso de las nueces, ácido alfa-linolénico, el ácido graso n-3 vegetal. Su consumo frecuente se asocia a una notable reducción de la incidencia de cardiopatía isquémica, aparte de tener un claro efecto reductor del colesterol.
- Los alimentos en los que abundan los ácidos grasos n-3, sea el ácido alfa-linolénico (nueces y semillas -y aceites derivados- de lino, soja y colza) o los de origen marino (pescado). Su consumo frecuente tiene un efecto protector de la cardiopatía isquémica y, en particular, de muerte súbita por arritmia. En dosis altas tienen efecto hipotrigliceridemiante.
- Alimentos naturales ricos en antioxidantes (verduras y frutas). Grandes estudios prospectivos muestran los beneficios de un mayor consumo de vegetales con riqueza en antioxidantes naturales, al relacionar directamente una mayor ingesta de estos alimentos con una menor mortalidad por cualquier causa^{4,5}. En cambio, los suplementos de vitaminas y otros antioxidantes adicionados a la dieta no han demostrado beneficio alguno. Parece pues razonable que el aporte vitamínico se realice a través de sus fuentes naturales, recurriendo a la alimentación funcional en el supuesto caso de que este aporte no esté garantizado con la dieta habitual, sin desdeñar que estos alimentos “enriquecidos” en vitaminas sean una fuente adicional de aporte a la dieta de grasas poco recomendables (saturadas o hidrogenadas-trans) o de azúcares simples.

En definitiva, podemos concluir que, independientemente de los beneficios atribuidos a los alimentos funcionales, éstos nunca suplen, sino que complementan, unos hábitos dietéticos saludables.

Bibliografía

1. Pekka P, Pirjo P, Ulla U. Influencing public nutrition for non-communicable disease prevention: from community intervention to national programme--experiences from Finland. *Public Health Nutr.* 2002;5(1A):245-51.
2. Serra-Majem L, Román B, Estruch R. Scientific evidence of interventions using the Mediterranean diet: a systematic review. *Nutr Rev.* 2006;64(2 Pt 2):S27-47.
3. Estruch R, Martínez-González MA, Corella D, Salas-Salvado J, Ruiz-Gutiérrez V, Covas MI, et al. Effects of a Mediterranean-style diet on cardiovascular risk factors: a randomized trial. *Ann Intern Med.* 2006;145:1-11.
4. Bazzano LA, He J, Ogden LG, Loria CM, Vupputuri S, Myers L, Whelton PK. Fruit and vegetable intake and risk of cardiovascular disease in US adults: the first National Health and Nutrition Examination Survey Epidemiologic Follow-up Study. *Am J Clin Nutr.* 2002;76:93-9.
5. Steffen LM, Jacobs Jr DR, Stevens J, Shahar E, Carithers T, Folsom AR. Associations of whole-grain, refined-grain, and fruit and vegetable consumption with risks of all-cause mortality and incident coronary artery disease and ischemic stroke: the Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) Study. *Am J Clin Nutr.* 2003;8:383-90.

Planificación familiar

Jesús Iturralde Iriosa^a y Eugenia García Virosta^b

^aMédico de Familia, Centro de Salud Casco Viejo, Vitoria, España

^bMédico de Familia, Centro de Salud Canillejas, Madrid, España

Los adolescentes de este país están comenzando cada vez con una menor edad su primera relación sexual. En ocasiones esta relación es sin protección anticonceptiva, pudiendo producirse en algunos casos un embarazo, no deseado en la gran mayoría de las veces. Entre nuestros jóvenes está aumentando la población sexualmente activa, con el consiguiente riesgo de mayor número de embarazos y aumento de infecciones de transmisión sexual. Esto también conlleva el aumento de interrupciones voluntarias del embarazo. Este panorama no debiera ser así, ya que disponemos de un gran arsenal de productos anticonceptivos.

El objetivo del taller es dar al profesional sanitario de atención primaria conocimientos sobre planificación familiar, que le ayuden de la mejor manera posible a ayudar a su población.

Temario

- Fisiología del ciclo femenino.
- Diferentes tipos de anticonceptivos. Eficacia y aceptabilidad.
- Anticoncepción de urgencia.
- Casos clínicos.

Prevención del cáncer ginecológico: cérvix

Prevención del cáncer de cuello uterino

Mercedes Abizanda González^a, Matilde Sierra^b y Elena Martínez Prats^c

^aMédico de Familia y Ginecóloga, Centro de Atención Primaria Villa Olímpica, Barcelona, España

^bMédico de Atención Primaria, Miembro del Grupo Atención a la Mujer de SEMERGEN, EAP Santoña, Cantabria, España

^cMédico de Familia, Centro de Atención Primaria Barceloneta, Barcelona, España. Coordinadora del Grupo de Trabajo del Adolescente de SEMERGEN

- Recordar aquellas estrategias que disminuyen la incidencia del cáncer de cérvix, entre ellas las vacunas contra el cáncer de cérvix.
- Recordar aquellas estrategias que disminuyen la morbilidad de la enfermedad al diagnosticarla en estadios tempranos.
- Practicar el método y técnica de la citología.

Cáncer de cuello uterino. Cribado y diagnóstico precoz

233.000 mujeres mueren el mundo cada año a causa del cáncer de cuello uterino (CCU). En Europa, el cáncer de cuello uterino es el cuarto en incidencia, la epidemiología del CCU varía como resultado de los movimientos migratorios. El CCU afecta en España a 2.100 mujeres cada año, de las cuales 740 mueren anualmente a causa de este cáncer.

La infección por el virus del papiloma humano (VPH) es la infección de transmisión sexual más frecuente. La prevalencia de dicha infección es máxima en la segunda década de la vida. Los tipos de VPH 16 y 18 son responsables de lesiones cervicales, lesiones vaginales y vulvares de bajo o alto grado a corto o medio plazo, siendo responsables del cáncer de cuello de útero, vaginal o vulvar a largo plazo, mientras que los tipos VPH 6 y 11 son los responsables de las verrugas genitales.

La prevención primaria del CCU consiste en evitar aquellos factores de riesgo para el contagio por VPH y aquellos coresponsables de que dicha infección persista en el tiempo. En esta prevención primaria se encuentran las vacunas frente al VPH. La aplicación de la vacuna contra el VPH, junto con la realización de un cribado rediseñado, es de

Objetivo general

A través de casos clínicos teóricos se recuerda a los profesionales de atención primaria la importancia del cribado y diagnóstico precoz del cáncer de cérvix.

Objetivos específicos

- Conocer la epidemiología del cáncer de cuello uterino en el mundo y cómo los movimientos migratorios modifican éstas.
- Comprender la historia natural del cáncer de cérvix a través de la explicación de los mecanismos de infección por VPH.

donde cabe esperar un gran impacto reductor de la incidencia de CCU.

La prevención secundaria del CCU consistirá en disminuir la morbimortalidad de la enfermedad al diagnosticarla en estadios iniciales. El cribado de cáncer de cérvix en España es oportunista, la utilización de la citología de cérvix

en los programas de cribado ha demostrado una marcada disminución de la incidencia y mortalidad por cáncer de cérvix.

Para aumentar la sensibilidad de la citología deberemos conocer la técnica correcta de toma de muestra. Esto ayudará a disminuir los falsos negativos.

Prevención del cáncer ginecológico: mama

Exploración mamaria

Ester Redondo Margüello

Médico de Familia, Centro Monográfico de Salud Internacional, Madrid Salud, Madrid, España

El objetivo del taller "Exploración mamaria" es trasladar a los médicos de AP las habilidades necesarias para hacer una historia clínica dirigida a la mama. Se pretende también adquirir el hábito de una exploración clínica mamaria sistemática y rigurosa, para lo cual se dispondrá de un maniquí simulador de diferentes patologías, así como poder reconocer la semiología mamaria más importante y frecuente.

También se pretende que el médico de AP se familiarice con los factores de riesgo de cáncer de mama y con las pruebas de diagnóstico por imagen más comunes en patología mamaria (mamografía, ecografía, etc.) y conozca los protocolos de actuación y seguimiento en cada caso, para poder así realizar su actividad de forma eficiente y coordinada con el especialista, el ginecólogo.

No debemos olvidar que el médico de AP es el primer contacto de las pacientes con el sistema sanitario y que, fundamentalmente, de estos profesionales dependerá la prevención de la enfermedad. Dado que la prevención primaria del cáncer de mama aún no es posible, lo que debemos perseguir entre todos es la prevención secundaria, es decir, el diagnóstico de la enfermedad, en la fase más precoz posible, para que con ello se vean reducidas la mortalidad y morbilidad de la enfermedad.

El cáncer de mama es la neoplasia más frecuente en la mujer occidental y la segunda causa de muerte (después del cáncer de pulmón) por cáncer de mujeres en el mundo, representando la principal causa de muerte entre los 35-54 años.

Su incidencia aumenta con el nivel económico. Más de la mitad de los casos se diagnostican en los países desarrolla-

dos. Se estima que en 2010 se diagnosticarán 20.000 nuevos cánceres de mama en España, lo que representa que 1 de cada 20 mujeres desarrollará cáncer de mama antes de los 75 años y el 66-67% son posmenopáusicas.

Sin embargo, gracias al diagnóstico precoz, el 83% de los cánceres de mama diagnosticados no serán mortales. En las recaídas la estimación de supervivencia es una media de 2 años de vida. La detección precoz cuando el tumor no está extendido ni evolucionado hace que el porcentaje de curación se eleve casi al 90%.

Tanto el número de casos como las tasas de incidencia aumentan lentamente en nuestro país, probablemente debido al envejecimiento de la población y a un diagnóstico cada vez mejor, pero el número de muertes y las tasas de mortalidad descienden, debido sobre todo a los avances terapéuticos y al diagnóstico precoz.

Es importante que las mujeres acudan a su médico de AP o ginecólogo a partir de los 40 años de edad, para la revisión mamaria anual. Su médico les hará una exploración clínica mamaria y decidirá sobre la petición de las pruebas complementarias más adecuadas y su periodicidad. En cualquier caso, la mujer debe estar concienciada para una revisión mamográfica anual o bianual a partir de los 50 años y hasta los 65 años.

Como se expone en este taller, existen factores de riesgo muy diversos que influyen en la aparición del cáncer de mama y que debido a su frecuencia pueden estar presentes en muchas mujeres sin que tengan que determinar por ello un riesgo absoluto, pero sí una llamada a la prevención. Esa prevención se basa en controlar los factores que pueden ser modificados y en hacer una labor de vigilancia. El diagnóstico precoz no sólo ofrece una reducción en la mortalidad, sino que permite una mejora en la calidad de vida. Este diagnóstico precoz se consigue principalmente con la mamografía, que permite realizar diagnósticos en etapas preclínicas, por lo que se insistirá en las imágenes mamográficas básicas y en el Sistema de Reporte y Base de Datos de Estudios de Imágenes de la Mama (BI-RADS).

Prevención del cáncer ginecológico: ovario y endometrio

Mercedes Abizanda González^a, Matilde Sierra^b y Elena Martínez Prats^c

^aMédico de Familia y Ginecóloga, Centro de Atención Primaria Villa Olímpica, Barcelona, España

^bMédico de Atención Primaria, Miembro del Grupo Atención a la Mujer de SEMERGEN, EAP Santoña, Cantabria, España

^cMédico de Familia, Centro de Atención Primaria Barceloneta, Barcelona, España. Coordinadora del Grupo de Trabajo del Adolescente de SEMERGEN

Objetivo general

A través de casos clínicos teóricos se recuerda a los profesionales de atención primaria la importancia del diagnóstico precoz del cáncer de ovario y útero.

Objetivos específicos

- Conocer la epidemiología del cáncer de ovario y útero en nuestro medio.
- Conocer los factores de riesgo para el desarrollo del cáncer de ovario y útero.
- Conocer el diagnóstico diferencial y los métodos diagnósticos del cáncer de ovario y útero.
- Conocer la información imprescindible que debe constar en las derivaciones a ginecología de casos sospechosos de cáncer de ovario y útero.

Cáncer de ovario y útero. Diagnóstico precoz

Con cierta frecuencia se utilizan como sinónimos los conceptos despistaje (que equivale a cribado y al término inglés *screening*) y diagnóstico precoz, aunque en realidad no son exactamente lo mismo. El despistaje de una enfermedad consiste en la aplicación de las pruebas necesarias para

detectar dicha enfermedad en la población asintomática (y, por tanto, supuestamente sana) en estadios muy precoces, idealmente no invasivos. El diagnóstico precoz o temprano consiste en identificar la enfermedad lo antes posible una vez que se manifiesta clínicamente. Ambas son estrategias de prevención secundaria, es decir, disminuyen la morbimortalidad de la enfermedad al diagnosticarla en estadios iniciales, pero no disminuyen su incidencia.

No existen programas de despistaje para el cáncer de endometrio. Los estudios realizados hasta el momento parecen indicar que el *screening* se debería reservar para grupos de pacientes con alto riesgo de padecer esta enfermedad, fundamentalmente menopáusicas obesas, hipertensas o diabéticas (no obstante, no se debe olvidar que el 30% de los cánceres de endometrio ocurre antes de la menopausia).

No disponemos de ningún método de cribado del cáncer de ovario que, aplicado a la población general, haya demostrado ser eficaz para disminuir la morbimortalidad de la enfermedad. El cáncer de ovario tiene una incidencia baja, pero una mortalidad muy elevada.

El objetivo del médico de primaria debe ser conocer aquellos factores de riesgo para padecer este tipo de cánceres; asimismo, resultará clave en el diagnóstico y tratamiento de estas pacientes que el médico de atención primaria haya adquirido las habilidades para reconocer signos y síntomas que permitan la derivación urgente si procede.

Suelo pélvico. Incontinencia urinaria femenina

Eduardo Luelmo Buitrón

Jefe de la Unidad de Suelo Pélvico, Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Universitario Materno-Infantil de Canarias, Las Palmas de Gran Canaria, España

Definición del problema

Incontinencia de orina es la pérdida involuntaria de orina (*informe del subcomité de estandarización de la terminología de la International Continence Society traducido al español*). Preguntar si la mujer tiene pérdidas involuntarias de orina y problemas miccionales que afectan a su calidad de vida debe formar parte de la práctica diaria del ginecólogo. En caso afirmativo, debe ponerse en marcha todo el proceso diagnóstico de la incontinencia urinaria (IU) (tabla 1).

Diagnóstico

Anamnesis

Es el primer procedimiento de evaluación de la IU, que revisa los antecedentes familiares, personales, obstétricos y ginecológicos, y la anamnesis dirigida a la IU a través de sus síntomas:

- Identificar los factores de riesgo para la IU, algunos de ellos modificables como la ingesta excesiva de bebidas y

Tabla 1 Tipos de IU más frecuentes en la consulta de ginecología

En la consulta ginecológica los tipos de IU más frecuentes son:

- *Incontinencia urinaria de esfuerzo*: pérdida involuntaria de orina que coincide con el aumento de la presión abdominal desencadenado por la actividad física. Es debida a la hipermovilidad uretral y menos veces a una deficiencia intrínseca del esfínter uretral
- *Incontinencia urinaria de urgencia*: pérdida involuntaria de orina asociada con un fuerte deseo de orinar (urgencia). Clínicamente suele acompañarse de aumento de la frecuencia diurna y nocturna. Es debida a contracciones involuntarias del detrusor
- *Vejiga hiperactiva*: síndrome que engloba a pacientes con síntomas de aumento de la frecuencia miccional y urgencia, con o sin IU. Presumiblemente se debe al mismo proceso patológico que la IU de urgencia
- *Incontinencia urinaria mixta*: es la asociación de síntomas de pérdida involuntaria de orina con los esfuerzos y síntomas de vejiga hiperactiva

estimulantes (café, té, etc.), o de ciertos tratamientos farmacológicos, con una importante repercusión como los diuréticos y psicofármacos.

- Valorar los síntomas indicativos de cada tipo de IU. En la tabla 2 mostramos las preguntas clave para el diagnóstico de presunción de la IU.
- Etiquetar la gravedad de la IU con el conocimiento de la cantidad y tipo de absorbentes y del número de episodios de IU.
- Valorar mediante los cuestionarios la repercusión de la IU sobre la calidad de vida.
- Identificar los síntomas asociados a la IU que corresponden al resto de las disfunciones del suelo pélvico como son el prolapso, la incontinencia fecal, el dolor pélvico y la disfunción sexual.

Cuestionarios

Existen cuestionarios estandarizados de síntomas que, además de ayudarnos a identificar el tipo de IU, nos permiten valorar la repercusión sobre la calidad de vida. Entre ellos destacan cuestionarios validados, como el “King’s Health

Questionnaire”, el Cuestionario Corto de Calidad de Vida del “International Consultation on Incontinence” (ICIQ-IU-SF).

Diario miccional

El diario miccional es otra herramienta de la historia clínica de la que nos podemos servir para el diagnóstico y seguimiento de la IU. Su objetivo radica en identificar la frecuencia miccional y los episodios de IU, tanto de urgencia como de esfuerzo, valorar la ingesta de líquido y el volumen miccional y conocer el número y tipo de absorbentes que precisa para protegerse de la IU.

Exploración física

Comprende una exploración general, neurológica y ginecológica, seguida de una exploración dirigida a la IU.

- General: valora el estado de salud de la mujer y los aspectos antropométricos (peso, talla, cicatrices, estrías).

Tabla 2 Preguntas clave para el diagnóstico de la IU

Síntomas de IU de esfuerzo

¿Se le escapa la orina al toser, reír, estornudar, levantar peso?

Síntomas de IU de urgencia

¿Alguna vez se le escapa la orina cuando nota una sensación repentina e incontrolable de ganas de orinar?

Síntomas asociados con la incontinencia

¿Alguna vez siente un deseo repentino e incontrolable de orinar?

¿Cuántas veces orina durante el día?

¿Cuánto tiempo, como máximo, aguanta sin orinar?

¿Cuántas veces le despiertan las ganas de orinar durante el sueño?

Síntomas sugestivos de disfunción de vaciado

¿Tiene la sensación de que no vacía la vejiga completamente?

Síntomas orientativos de la gravedad de la incontinencia

¿Se le escapan gotas o se moja mucho?

¿Utiliza algún sistema de protección para la IU? ¿Cuál?

¿Cuántas veces se cambia diariamente?

Tabla 3 Diagnóstico de la incontinencia urinaria

Evaluación básica de la mujer con síntomas de IU:

Toda paciente con síntomas de IU que afecten a su calidad de vida debe someterse a la exploración básica que consiste en:

- Anamnesis. Cuestionario de síntomas y de calidad de vida (Sándvik)
- Exploración física. Test de esfuerzo. Análisis de orina. Diario miccional

En los casos carentes de complejidad mediante la exploración básica se puede establecer el diagnóstico clínico de la IU e indicar tratamientos no quirúrgicos y eliminar los factores de riesgo

Exploración especializada:

Se recomienda el estudio urodinámico en pacientes:

- Diagnosticadas mediante la exploración básica, en las que ha fracasado el tratamiento
- Con indicación de tratamiento quirúrgico de la IU de esfuerzo
- Con sintomatología compleja (síntomas de diferentes tipos de IU)
- Con fracasos y complicaciones de cirugía previa

Se recomienda:

- Cistomanometría de llenado para el diagnóstico diferencial entre la IU de esfuerzo, la IU de urgencia y la IU mixta
- Cistomanometría de vaciado para el diagnóstico diferencial entre las diferentes tipos de disfunciones de vaciado
- Uretrocistoscopia en los casos de hematuria, leucocituria con urocultivo negativo, y sobre todo si se asocian a clínica de urgencia-frecuencia y dolor

- Neurológica: nos informa de la función sensorial y motora, con una atención especial a los nervios de las raíces sacras. Para ello valoramos el reflejo anal y bulbocavernoso y la sensibilidad perineal.
- Capacidad contráctil del suelo pélvico: escala de Oxford (0: no contracción; 5: contracción máxima).
- Ginecológica: valora el trofismo de los tejidos, el tipo y grado de prolapso. Se tienen que descartar cicatrices, malformaciones y la presencia de masas pélvicas.
- Dirigida a la IU: tiene como objetivo evidenciar la IU con el esfuerzo, la movilidad de la uretra.
 - Prueba de esfuerzo: con la vejiga llena con 250 ml de suero fisiológico, se solicita a la mujer que tosa en decúbito y en bipedestación. Si evidenciamos la pérdida de orina por la uretra, nos orienta hacia una IU de esfuerzo. En pacientes con prolapso genital se debe realizar la prueba de esfuerzo previa reducción del mismo con pesario.
 - Movilidad de la uretra: mediante inspección.

Orina residual

Se debe realizar a mujeres con síntomas de dificultad miccional y a mujeres con prolapsos de pared vaginal anterior o grandes prolapsos que puedan ocasionar disfunciones de vaciado.

Análisis de orina

Su objetivo es descartar la infección de orina y la hematuria, en cuyo caso debemos completar el estudio (valorar remitir a urología).

Test de la compresa

Es una prueba que cuantifica la pérdida de orina. Existen test cortos (de 1 h de duración) homologados por la ICS y de 24 y 48 h, que son más reproducibles.

Exploración urodinámica

En determinados casos, y dependiendo de la clínica y el tratamiento al que se deba someter, se debe realizar el estudio urodinámico. Esta exploración, además del diagnóstico de la IU, nos permite el diagnóstico de las disfunciones del vaciado vesical. La exploración urodinámica consta de la flujometría, la cistomanometría y el perfil de la presión uretral.

Técnicas endoscópicas

Uretrocistoscopia

Permite descartar la patología orgánica. Está indicada en pacientes con hematuria, clínica de urgencia-frecuencia sin respuesta al tratamiento.

Técnicas de imagen

Permiten visualizar el tracto urinario inferior mediante una imagen ecográfica, radiológica o por resonancia magnética. Pueden ayudarnos, junto con el estudio urodinámico, a la identificación de la IU de esfuerzo por disfunción uretral intrínseca.

Resumen (tabla 3)

Tratamiento

Tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo

En los casos leves y moderados (grado I y II de incontinencia, escape de gotas o un pequeño chorro) se recomienda

empezar siempre por un tratamiento conservador, y sólo si fracasa y/o afecta mucho a la calidad de vida de la paciente, se puede pensar en un tratamiento quirúrgico.

Tratamiento conservador

- a) Cambios en el estilo de vida: reducción de peso, evitar determinados tipos de esfuerzos físicos (deporte, trabajo) que aumentan la tasa de incontinencia y prolapso, respecto a mujeres de hábitos sedentarios, así como el tabaco y el estreñimiento crónico.
- b) Terapias físicas: rehabilitación del suelo pélvico (RSP). Ejercicios de Kegel, conos vaginales, bolas chinas. Remitir al servicio de rehabilitación de referencia de entrada si se cree necesario o fracaso de los anteriores. Existe evidencia de nivel 1 que permite considerar los ejercicios de contracción de los músculos del suelo pélvico como la primera opción de tratamiento en la IUE, sobre todo en la IUE leve y moderada. En pacientes motivadas debería ofrecerse como tratamiento de primera línea (grado de recomendación A).

Tratamiento quirúrgico

Iría dirigido a estabilizar la uretra en casos de hiperactividad o bien conseguir una coaptación de la misma, en las pacientes con disfunción uretral intrínseca.

Tratamiento quirúrgico de la IUE aislada

- a) Colposuspensión retropubiana de Burch.
- b) Banda suburetral libre de tensión: TVT, TOT. Se ha convertido en la técnica más utilizada en el tratamiento quirúrgico de la IUE. En el momento actual se dispone de series amplias y con seguimiento a más de 7 años que la han convertido en la técnica de elección en el tratamiento quirúrgico de la IUE por hiperactividad uretral.

Tratamiento quirúrgico de la IUE asociada con el prolapso genital

Con frecuencia, en la práctica ginecológica, la IUE se encuentra asociada con el prolapso genital, aunque la mujer no manifieste síntomas claros. Si se considera la paciente candidata a tratamiento quirúrgico del prolapso, se debe asociar una técnica antiincontinencia a esta cirugía siempre que se evidencie una IUE real o enmascarada.

Resumen y recomendaciones

Además de los cambios en el estilo de vida, como primera opción terapéutica en la IUE se recomendará la rehabilitación muscular del suelo pélvico (grado de recomendación A). La cirugía será siempre un tratamiento de segunda línea. Existe evidencia de nivel 1-2 que permite afirmar que los resultados de la colposuspensión retropúbica por vía laparotómica y los de la banda libre de tensión son similares, por lo que se pueden utilizar indistintamente para corrección de la IUE por hiperactividad uretral (grado de recomendación A). Dada la baja morbilidad y facilidad de realización de la técnica de banda libre de tensión, la convierten en la técnica más utilizada.

Tratamiento de la incontinencia urinaria de urgencia y del síndrome de vejiga hiperactiva

Tiene como objetivo aliviar los síntomas de aumento de frecuencia miccional, urgencia y de incontinencia de urgencia. En el momento actual se basa fundamentalmente en el tratamiento conservador y farmacológico.

Tratamiento conservador

Cambio del estilo de vida

- 1) *Pérdida de peso*: la obesidad es un factor de riesgo independiente de la IU en la mujer. Existe evidencia de mejoría de la IU después de una pérdida importante de peso en mujeres con obesidad mórbida (*nivel 2*). Las mujeres con IU moderadamente obesas que pierden peso mejoran más que las que no lo pierden (*nivel 1*).
- 2) *Cambios en la dieta*: como la reducción de la ingesta excesiva de líquidos y excitantes. Los datos sobre la ingesta de cafeína y la IU son contradictorios; ensayos clínicos de muestra pequeña sugieren que la reducción de cafeína mejora la continencia (*nivel 1*).

Fisioterapia

Existe evidencia de la eficacia de la reeducación de los músculos del suelo pélvico (RMSP) para la IUU e IUM (*nivel 1*), aunque no está claramente establecido el tipo de rehabilitación que se debe realizar en estas pacientes. Con la electroestimulación se consiguen mejores resultados que con el placebo.

Reeducación vesical

Incluye todas las pautas de control de la micción que tienen por objeto la educación de los hábitos miccionales y la recuperación del control.

Tratamiento farmacológico

Los fármacos empleados para tratar la IUU/VH tienen como objetivo inhibir las contracciones involuntarias del detrusor. La contracción vesical se produce como consecuencia de la activación del sistema nervioso parasimpático, cuyos receptores son muscarínicos y se activan mediante la acetilcolina. Por este motivo, el tratamiento se basa en el bloqueo de dichos receptores mediante fármacos antimuscarínicos-anticolinérgicos (oxibutinina, cloruro de trospio, tolterodina, solifenacina, fesoterodina).

Tratamiento de la atrofia urogenital

Las mujeres menopáusicas con síntomas de VH pueden notar una mejoría de sus síntomas urinarios al tratar el componente de atrofia urogenital. (*evidencia nivel 2*). Es recomendable el tratamiento adyuvante con estrógenos vaginales en las mujeres con VH o IUU (*grado de recomendación C*).

Tratamiento de la incontinencia urinaria mixta

Comenzaremos tratando inicialmente el componente que predomine. El tratamiento inicial de la IUM con predomi-

nio del componente de urgencia debe ser conservador y farmacológico con la combinación de anticolinérgicos y reeducación vesical. La RMSP puede mejorar la respuesta al tratamiento. Si tras el tratamiento de la IUM remite el componente de urgencia y persiste el de esfuerzo, debe tratarse según el protocolo de IUE. En la IUM con predominio del componente de esfuerzo puede plantearse de entrada el tratamiento de la IUE. El tratamiento quirúrgico de estos casos puede mejorar la clínica de urgencia.

Seguimiento

Las pacientes diagnosticadas de IUU/VH en las que se instaura un tratamiento farmacológico y de reeducación vesical deben ser evaluadas a los 3-6 meses. El objetivo es analizar la eficacia en el control de los síntomas y la tolerancia. La eficacia se ha de medir con instrumentos validados de calidad de vida y satisfacción con el tratamiento. En caso de mejoría se debe seguir con la disciplina miccional y reducir progresivamente el tratamiento farmacológico.

Tuberculosis. Manejo de contactos

Julio Leopoldo Zamarrón Moreno

Especialista en Medicina Familiar, Microbiología y Parasitología, Médico Titular de Basardilla, Centro de Salud Segovia Rural, Segovia, España

Breve recuerdo de tuberculosis

- Historia, estado actual a nivel mundial y nacional.
- Agente causal.
- Epidemiología.
- Diagnóstico.
- Despistaje.
- Fármacos antituberculosos.
- Tratamiento: infección.
- Enfermedad: tratamiento directamente observado.
- Control de la tuberculosis.

Encuesta epidemiológica

- Definición de caso, caso índice, contactos, etc.
- Cuestionarios.

Taller

- Resolución de casos:
 - En establecimiento sociosanitario.
 - En el ámbito familiar.



Medicina de Familia
SEMERGEN

www.elsevier.es/semergen



TALLER ON-LINE

Abordaje del ictus

Juan Carlos Martí Canales^a y José Francisco Frías Rodríguez^b

^aDoctor en Medicina y Cirugía, Médico de Familia de EBAP, UGC Motril-San Antonio, Granada, España. Coordinador Nacional del Grupo de Trabajo de Ictus de SEMERGEN

^bDoctor en Medicina y Cirugía, Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Médico Adjunto del Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España. Miembro del Grupo de Trabajo de Ictus de SEMERGEN

La medicina de familia se podría definir como la especialidad médica que proporciona una atención médica continua y global al individuo y a su familia.

En efecto, dicha atención comienza antes de la concepción del individuo y continúa, debido a la imbricación con la familia, hasta más allá de la muerte. Esta cadena de continuidad no se rompe aun cuando el sujeto es remitido a un especialista o ingresado para su diagnóstico y/o tratamiento en un hospital, pues el médico de familia participa en la atención coordinada o prestando su apoyo. Además, el médico de familia extiende su responsabilidad a la familia y a la comunidad, llevando a cabo actuaciones que sobrepasan al enfermo individualmente considerado.

Es justo, entonces, considerar al médico de familia como una pieza clave en la prevención primaria de las enfermedades cerebrovasculares, en el manejo urgente del enfermo y en su seguimiento y recuperación una vez que ha sufrido un ictus, cuando vuelve a su casa, a su familia y a su comunidad. Adicionalmente, el médico de familia debe saber identificar aquellos problemas que le obliguen a remitir al enfermo al especialista adecuado en razón de su patología y en virtud a su cercanía al enfermo.

Esta visión de la medicina de familia, integral, coordinada y que aborda al individuo, a la familia y a la comunidad en que se integra es la filosofía y el objetivo de nuestra misión preventiva (prevención primaria) y de los cuidados que debe recibir el enfermo al alta en atención primaria. No es tarea fácil, ya que la mayor mortalidad tras el ictus ocurre en los primeros 30 días (8-20%), tanto en varones como en mujeres, y tienen una alta tasa de recurrencia, mayor en el caso de ictus aterotrombótico de origen extracraneal (8,8% en el primer mes) e intracraneal (9,7%), siendo esta tasa de recurrencia menor en caso de ictus cardioembólico (3,7%), lacunar (2%) y criptogénico (0,4%).

El papel del médico de atención primaria en la prevención primaria de la enfermedad cerebrovascular es obvio. Debe conocer a sus pacientes e identificar aquellos factores o conductas de riesgo para prevenir adecuadamente esta posible catástrofe a nivel personal, familiar y social. Debe realizar una búsqueda activa de personas en riesgo y, finalmente, debe manejar los recursos a su alcance con criterio científico, desarrollando su papel de gestor de la salud.

Se estima en más de un 40% los casos de ictus en que una prevención adecuada podría evitar. Esto se traduce económicamente en un gasto fabuloso, ahorro al que podríamos contribuir si realizáramos la mejor prevención primaria posible, hecho que no siempre está bien visto ni aceptado por determinados gestores económicos, más ocupados en el corto que en el medio y largo plazo.

Según un clásico aforismo, el cerebro es tiempo, y de la atención que prestemos al enfermo con ictus en un primer momento, con un diagnóstico de sospecha correcto y fundamentado, sabiendo qué hacer y qué no hacer mientras lo trasladamos al hospital depende muchas veces que el cerebro del enfermo sea recuperable en mayor o menor grado o no. Las consecuencias de nuestra actuación son primordiales, por tanto, a la hora del pronóstico y tratamiento. Aprender a hacer las cosas bien y estar preparado para hacerlas es un deber ético y moral de cualquier médico.

Finalmente, cuando la catástrofe del ictus ocurre, una vez que el enfermo regresa a su hogar, a su medio, pasa a depender sanitariamente, y en razón de la cercanía, de su médico de familia. La probabilidad de mejora después de un ictus variará de la severidad del déficit inicial. Tan sólo un 25% volverá a un grado normal de funcionalidad e implicación social, repercutiendo este hecho en su calidad de vida futura.

Es preciso desarrollar políticas nacionales y locales que armonicen la atención al paciente que ya ha sufrido un ictus me-

dian­te la articu­la­ción de equi­pos sani­ta­rios mul­ti­dis­ci­pli­na­res don­de cada miem­bro sepa lo que debe ha­cer, cuán­do y cómo.

Des­pués del ic­tu­so no sólo cam­bia la si­tuación glo­bal del en­fer­mo, si­no de quien va a cui­dar del mis­mo. Am­bos re-

quie­ren nues­tros cui­da­dos de aho­ra en ade­lan­te, y a los que de­be­mos pro­por­cio­nar cuan­do exis­ta, y en el seno de un en­tor­no mul­ti­dis­ci­pli­na­re, el me­jor re­me­dio, y siem­pre el ma­yor con­su­e­lo y apo­yo.

Actualización en artrosis: casos clínicos

Sergio Giménez Basallote

Médico de Familia, Centro de Salud El Limonar, Málaga, España

Artrosis

Se define la artrosis como una enfermedad del aparato locomotor caracterizada por la degeneración y pérdida del cartilago articular, junto a la proliferación osteocartilaginosa subcondral y de los márgenes articulares. En los mayores de 50 años hay afectación radiológica articular, no siempre sintomática, en el 20% de las mujeres y en el 6% de los hombres. La artrosis de manos y rodillas es más común en mujeres, mientras que la prevalencia de la artrosis de cadera es similar en ambos sexos. En términos generales la artrosis es la patología articular más prevalente (la artrosis de rodilla afecta al 10% de los españoles mayores de 20 años y la de manos al 6%).

Áreas de conocimiento para el médico de familia

- 1) El médico de atención primaria conoce el proceso asistencial integrado de artrosis de rodilla y cadera:
 - a) Conoce los límites de entrada, salida y marginales en artrosis de rodilla y cadera.
 - b) Conoce las normas de calidad a nivel de anamnesis en la artrosis de rodilla y cadera.
 - c) Realiza una correcta exploración.
 - d) Interpreta correctamente las pruebas complementarias.
- 2) El médico de AP evalúa correctamente al paciente.
- 3) El médico de AP conoce el algoritmo diagnóstico de artrosis.
- 4) El médico de AP deriva correctamente al reumatólogo y conoce los criterios de derivación.
- 5) El médico realiza correctamente el tratamiento del paciente:
 - a) Tratamiento no farmacológico.
 - b) Tratamiento farmacológico.
 - c) Conoce la evidencia científica en referencia al tratamiento usado.
 - d) Evalúa el riesgo digestivo y cardiovascular del paciente.

Proceso asistencial integrado de artrosis de cadera y rodilla

Definición

Conjunto de actividades destinadas a establecer la confirmación diagnóstica de aquellas personas que presenten cri-

terios sugerentes de artrosis de rodilla o cadera, para proceder a su atención integral y coordinada desde los distintos niveles asistenciales.

Cuando nos referimos a la gestión por procesos asistenciales estamos aludiendo a un abordaje integral de cada uno de ellos y ello conlleva el reanálisis de las actuaciones desde que el paciente demanda una asistencia hasta que ésta termina. En este contexto, la continuidad asistencial y la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales se convierten en elementos esenciales.

Límites de entrada

Criterios de artrosis de rodilla

- Dolor en la rodilla (la mayoría de los días del mes previo) y
- Osteofitos, y al menos 2 de los siguientes hallazgos:
 - Edad de 50 o más años (sustituible por líquido sinovial típico de artrosis).
 - Rigidez matutina de duración igual o menor a 30 min.
 - Crepitación a la movilización articular activa.

Criterios de artrosis de cadera

- Dolor en la cadera (la mayoría de los días del mes previo) más 2 de los siguientes hallazgos:
 - Velocidad de sedimentación globular < 20 mm/h.
 - Osteofitos acetabulares y/o femorales.
 - Estrechamiento radiológico del espacio articular (superior, axial y/o medial).

Límite final

Artroplastia sustitutiva u otra intervención quirúrgica que modifica estructuralmente la articulación. Incorporación del paciente a otro proceso asistencial con prioridad sobre éste.

Límites marginales

Pacientes con criterios de artrosis de rodilla o artrosis de cadera que presenten además patología reumática inflama-

toria: artritis reumatoide o espondiloartropatías (espondilitis anquilosante, artritis psoriásica, síndrome de Reiter u otras artritis reactivas, artritis de las enterocolopatías, enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa).

Crterios de calidad

La valoración inicial del médico de familia incluirá:

Anamnesis en la artrosis de rodilla

- Dolor en la rodilla la mayoría de los días del mes previo y con las siguientes características:
 - Comienzo insidioso, curso lento e intensidad leve o moderada.
 - Aparece al iniciar los movimientos (marcha); después mejora y reaparece con el ejercicio intenso o prolongado.
 - A medida que la enfermedad avanza, el dolor aparece de forma precoz y ante movimientos más leves, para acabar en un estadio que el dolor aparece ante cualquier movimiento.
 - Cede o mejora con el reposo.
- Presencia de rigidez de duración inferior a 30 min tras período de inmovilidad y que desaparece al reanudar la actividad.
- Limitación funcional. Se recomienda la utilización del cuestionario autoadministrado WOMAC.
- Respuesta a medicación u otras medidas terapéuticas previas.

Anamnesis en la artrosis de cadera

- Dolor inguinal, en la nalga o en la región trocantérea, que puede irradiarse por el muslo hasta la rodilla, la mayoría de los días del mes previo, y con las siguientes características:
 - Comienzo insidioso, curso lento e intensidad leve o moderada.
 - Aparece al iniciar los movimientos (marcha); después mejora y reaparece con el ejercicio intenso o prolongado.
 - A medida que la enfermedad avanza, el dolor aparece de forma precoz y ante movimientos más leves, para acabar en un estadio en que el dolor aparece ante cualquier movimiento.
 - Cede o mejora con el reposo.
- Presencia de rigidez de duración inferior a 30 min tras período de inmovilidad y que desaparece al reanudar la actividad.
- Limitación funcional. Se recomienda la utilización de cuestionario autoadministrado WOMAC.
- Uso y efectos de medicación u otras medidas terapéuticas previas.

Exploración (rodilla)

- Dolor difuso a la palpación. Es característico que el dolor aparezca en los últimos grados de movimiento.

- Pérdida progresiva de los últimos grados del arco articular. Se constata al explorar la movilidad pasiva. Es excepcional que la artrosis produzca una anquilosis total. Comprobar que la rodilla alcanza la extensión completa y, al menos, 90 grados de flexión.
- Crepitación o crujidos. Ruidos de tono bajo producidos por dos superficies cartilaginosas ásperas o rugosas. Se perciben por el tacto, aunque en ocasiones pueden ser audibles a distancia.
- Deformidad y mala alineación.
- Inestabilidad articular (secundaria a atrofia muscular, alteraciones propioceptivas e incompetencia del aparato ligamentario).
- Cierta grado de tumefacción articular y periarticular debida a la presencia de sinovitis y derrame articular. Se manifiesta con aumento de calor local y derrame. El líquido articular suele ser ambarino, viscoso y transparente y el recuento celular no sobrepasa los 2.000 leucocitos por mm³.
- Hipotrofia muscular periarticular.
- Bloqueo articular, secundario a la presencia de cuerpos libres intraarticulares o ratones articulares (cartilaginosos, óseos o mixtos).
- Siempre se deben explorar las articulaciones adyacentes (cadera, sobre todo).
- Descartar otras causas de dolor articular por afectación de tejidos blandos periarticulares: bursitis, tendinitis.

Si en la primera visita se detecta un hidrartros, debe valorarse la presencia de “signos de alarma”: aumento de calor local, aumento de volumen, enrojecimiento de la zona y signos constitucionales asociados (fiebre, malestar general, etc.). La presencia de éstos indicaría la realización de artrocentesis y análisis de líquido sinovial.

Exploración (cadera)

- Con el paciente en decúbito supino, se observa la posición de los miembros inferiores. En caso de coxartrosis avanzada, el miembro adopta una posición de flexión, abducción y rotación externa.
- Dolor en los últimos grados de movimiento.
- Pérdida progresiva de los últimos grados del arco articular. Se constata al explorar la movilidad pasiva. En presencia de artrosis los primeros movimientos que se limitan son la abducción y la rotación interna.
- Cierta grado de acortamiento del miembro afectado.
- En casos avanzados puede existir atrofia del músculo glúteo medio, que puede evidenciarse mediante la prueba de Trendelenburg-Duchenne (con el paciente sosteniendo su peso sobre una pierna, se produce un descenso de la pelvis en el lado que no sostiene el cuerpo). Durante la deambulación puede observarse marcha basculante o “de pato”.
- Bloqueo articular, secundario a la presencia de cuerpos libres intra-articulares o ratones articulares (cartilaginosos, óseos o mixtos).
- Explorar articulaciones adyacentes (rodilla, sobre todo).
- Descartar otras causas de dolor articular por afectación de tejidos blandos periarticulares: bursas, tendones peritrocantéreos, etc.

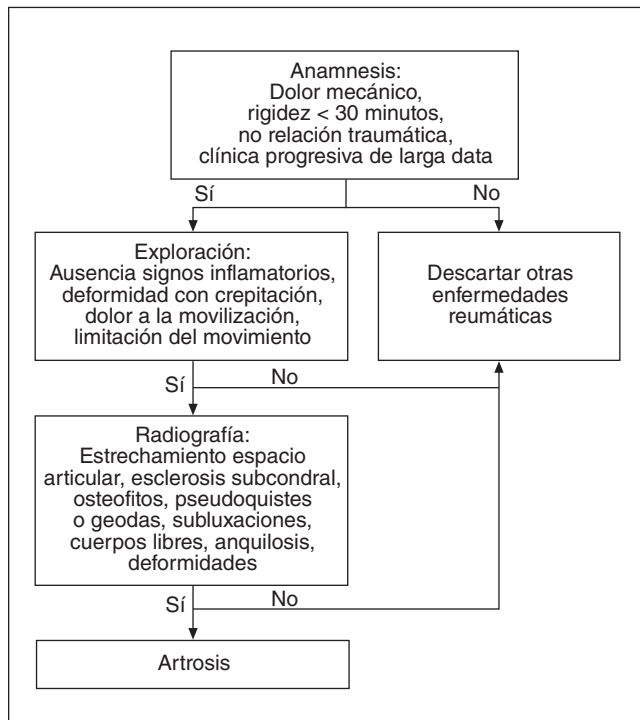


Figura 1

Solicitud de pruebas complementarias

- Para estudio de imagen en la artrosis de rodilla se indica radiografía anteroposterior y lateral de ambas rodillas en bipedestación.
- Para estudio de imagen en la artrosis de cadera se recomienda la radiografía anteroposterior y axial de la articulación coxofemoral.
- En cadera se recomienda determinar la VSG.

Evaluación del paciente

- *Escala visual analógica (EVA)* de medición del dolor en escala 1 a 10 evaluado por el paciente. Igualmente, EVA para la evaluación general de la enfermedad medida por el médico y paciente.
- *Cuestionario HAQ o de calidad de vida*. El HAQ es un cuestionario autoadministrado de 20 ítems que evalúa la discapacidad física autopercebida para realizar diversas actividades básicas de la vida diaria agrupadas en ocho áreas: vestirse y asearse, levantarse, comer, caminar y pasear, higiene personal, alcanzar, prensión y otras actividades (Fries, 1980).
- *Cuestionario WOMAC*. Cuestionario autoadministrado que valora dolor, rigidez y capacidad funcional.

Algoritmo diagnóstico de artrosis (fig. 1)

Criterios de derivación al reumatólogo

- Dudas diagnósticas con enfermedades potencialmente más graves.

- Persistencia de dolor intenso tras instauración de tratamiento adecuado.
- Aumento de la incapacidad funcional tras la evaluación del paciente.
- Cambios atípicos en la articulación o persistencia de la inflamación.
- Valoración de tratamientos no aplicables en atención primaria.
- Artrosis precoces o secundarias.

Tratamiento de la artrosis

Recomendaciones EULAR en el manejo de la artrosis de rodilla y de cadera

- El manejo óptimo de la artrosis requiere una combinación de medidas no farmacológicas y farmacológicas.
- El tratamiento debería ser individualizado según factores de riesgo articular (obesidad, actividad física, factores mecánicos adversos, displasia), factores de riesgo generales (edad, sexo, comorbilidad, medicación), intensidad del dolor, discapacidad, localización y grado de daño estructural, expectativas del paciente.
- Las medidas no farmacológicas incluyen educación, ejercicio, ortesis y reducción de peso.
- El paracetamol (4 g/día) es el tratamiento de primera elección, por su eficacia y seguridad.
- Las aplicaciones tópicas (capsaicina, AINE) son seguras y eficaces.
- Los AINE a la menor dosis eficaz deberán ser añadidos o sustituir al paracetamol en pacientes que no respondan a este fármaco. En pacientes con riesgo gastrointestinal, asociar un gastroprotector o emplear un coxib.
- Los opioides con o sin paracetamol están indicados en pacientes en que los AINE o los coxibs están contraindicados o no son eficaces o bien tolerados.
- Los SYSADOA (fármacos sintomáticos de acción lenta) tienen un efecto sintomático y baja toxicidad, aunque su uso aún no está bien establecido.
- Los corticoides intraarticulares pueden ser considerados en pacientes que no responden a analgésicos y AINE.
- En adultos jóvenes y sintomáticos, sobre todo con displasia o deformidad en varo o valgo, podría estar indicada la osteotomía y la cirugía conservadora de la articulación.
- El recambio articular se empleará en pacientes con evidencia radiográfica de artrosis con dolor refractario y discapacidad.

Evidencias en relación al tratamiento no farmacológico (tabla 1).

Evidencia farmacológica en el tratamiento de la artrosis (tabla 2).

Riesgo digestivo y cardiovascular

Riesgo digestivo

En el tratamiento farmacológico de pacientes con artrosis es fundamental vigilar y atender a los antecedentes digestivos para utilizar un determinado fármaco y/o lógicamente para el uso concomitante de fármacos de protección gástrica.

Tabla 1

Procedimiento	Sentido y fuerza de la recomendación
Frío	Favorable (Grado II b)
Calor	Favorable (III b)
Ortesis-calzado	Favorable (III b)
Bastones-andadores	Favorable (III b)
TENS	Favorable (II a)
Ejercicio	Favorable (II a)
Onda corta	Desfavorable (II a)
Ultrasonidos	Desfavorable (I)
Estimulación eléctrica	Desfavorable (II a)
Láser	Desfavorable (III b)

Factores de riesgo digestivo

La valoración de los distintos factores de riesgo según *oddratio* con el uso de AINE en relación a la aparición de complicaciones digestivas se muestra en la tabla 3.

Podríamos considerar igualmente como riesgo digestivo la presencia de otros antecedentes digestivos como dispepsia, hernia de hiato y *Helicobacter pylori* +.

En relación a la edad, podríamos considerar paciente de riesgo a aquel mayor de 60 años, si bien los pacientes de más de 75 años presentan un riesgo mucho mayor.

El estudio ASPA muestra el porcentaje de riesgo digestivo de los pacientes observados en un estado epidemiológico realizado en atención primaria. Como conclusión se pudo determinar que la mayoría de los pacientes que acudían por artrosis presentaban riesgo digestivo.

Repercusión del consumo de AINE

Las repercusiones del consumo de AINE en nuestro país ponen de manifiesto la magnitud del problema: en cifras referentes al año 2001 (actualmente la magnitud del problema

Tabla 3

Antecedentes de úlceras o hemorragia G	10
Uso concomitante de anticoagulantes	12
Edad avanzada	5
Dosis altas	7
Varios AINE asociados	23
Uso de corticoides	4

es mayor por el aumento del consumo), según un estudio publicado por Lanasa, se habían producido más de 50.000 hemorragias digestivas (un tercio achacables al uso de AINE), con el resultado de más de 1.500 muertes. La repercusión económica es igualmente importante. La automedicación evidentemente repercute en las cifras argumentadas.

Importante resulta conocer la importancia de las hemorragias digestivas bajas secundarias al uso de AINE y que podrían pasar desapercibidas.

Graduación del riesgo

Existen diferencias de riesgo gastrointestinal entre los diferentes fármacos AINE que quedan reflejadas más abajo y que han trascendido a nivel de las agencias nacionales del medicamento con la imposibilidad de prescripción por parte de los médicos de primer nivel de aquellos de mayor riesgo (tabla 4).

En relación a los diferentes factores de riesgo digestivo, se consideran de mayor a menor magnitud: historia de hemorragia previa, uso concomitante de más de un AINE, edad > 75 años, historia de úlcera, toma concomitante de AAS, dosis altas, uso de ketorolaco o piroxicam, uso concomitante de corticoides, edad > 60 años, *Helicobacter*+ e historia de dispepsia, por este orden. Es en estos pacientes con riesgo alto de complicaciones digestivas donde los coxib estarían especialmente indicados. Estudios realizados en pobla-

Tabla 2

Fármaco	Grado de evidencia	Magnitud del efecto	Grado de recomendación
Paracetamol	1b		A
Analgésicos opioides	1b		A
Aine convencional	1a	0,47-0,96	A
Coxibs	1b	0,5	A
Antidepresivo	1b		B
AINE tópico	1a	-0,05-1,03	A
Capsaicina tópica	1a	0,41-0,56	A
Hormonas sexuales	2b		C
Glucosamina	1a	0,43-1,02	A
Condroitín sulfato	1a	1,23-150	A
Diacereína	1b		B
Nutrientes	1b	0,65	B
Plantas medicinales	1b	0,23-1,32	B
Minerales y vitaminas	1b		C
Ácido hialurónico intraarticular	1b	0-0,9	B
Corticoides intraarticular	1b	1,27	A

Tabla 4

Fármaco	OR
Ketorolaco	33
Piroxicam	20,4
Naproxeno	6,5
Aspirina	6
Diclofenaco	5,1
Meloxicam	4,4
Ibuprofeno	2,6

ciones de alto riesgo, como son aquellos con antecedentes de hemorragia digestiva previa por AINE, la indicación de un coxib y esomeprazol es una alternativa válida, cuando es preciso mantener la indicación del fármaco antiinflamatorio. El uso de coxib se muestra también especialmente útil para reducir el riesgo de complicaciones digestivas intestinales (perforación, ulceraciones, hemorragia).

Riesgo cardiovascular

El mismo estudio ASPA que referíamos antes refleja que el 53% de los pacientes que acuden por artrosis a nuestras consultas presenta HTA y casi el 21% son diabéticos. Podemos, por tanto, reflejar que la mayoría de los pacientes artrósicos presentan riesgo cardiovascular, por lo que el uso de AINE ha de ser comedido y racional.

Debemos realizar una individualización de los AINE tradicionales, ya que cada uno presenta un perfil de riesgo diferente. Se ha podido comprobar que el diclofenaco otorga un mayor riesgo cardiovascular que el ibuprofeno. El naproxeno presenta el menor nivel de riesgo.

Considerando lo anterior se debería actuar de la siguiente forma en la prescripción de un AINE:

- Usar el AINE el menor tiempo posible.
- Usar la dosis más baja posible.

Arritmias en atención primaria

Manejo de las arritmias en atención primaria

M. Luz Gómez

Médico de Familia, Servicio de Urgencias, Centro de Salud de San José, Gran Canaria, España. Vocal de Urgencias SEMERGEN Canarias

El taller de "Manejo de arritmias en atención primaria" constará de una primera parte teórica on-line en la que el

- Usar el AINE de menor riesgo.
- Usar AINE que no interfieran con el efecto antitrombótico de la aspirina.

Como conclusión, el abordaje del paciente con artrosis, y en referencia al uso de fármacos, ha de considerarse de forma individual, valorando el riesgo digestivo y cardiovascular del paciente, no olvidando las alternativas a los AINE tradicionales como serían los SYSADOA o los inhibidores de la Cox-2, y en el caso de usar aquellos, asociar un inhibidor de la bomba de protones. La autoprescripción de AINE es un problema añadido.

Bibliografía

1. Artrosis de Rodilla y Cadera: proceso asistencial integrado. Sevilla: Consejería de Salud, 2004. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=http://www.juntadeandalucia.es/salud/procesos/>
2. Panel de Expertos de la Sociedad Española de Reumatología (SER). Primer documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre el tratamiento farmacológico de la artrosis de rodilla. *Reumatol Clin.* 2005;1:38-48.
3. Artrosis. Abordaje en Atención Primaria. Boletín Terapéutico Andaluz. CADIME. Escuela Andaluza de Salud Pública, Vol. 24, n.º 3. Granada, 2008.
4. Documentos SER de revisión de la evidencia. Artrosis. Sociedad Española de Reumatología. Madrid. Editorial Médica Panamericana, 2005.
5. Toquero F, Moller I, Monfort J. Evidencia científica en Artrosis. Manual de Actuación. Madrid: IMC, 2006.
6. Toquero F, Moller I, et al. Guía de buena práctica clínica en artrosis, 2.ª ed IMC. Madrid: IMC; 2008.
7. Giménez Basallote S, Blanco Tarrío E, Panero Hidalgo P. Artrosis. SEMERGEN DOC de Patología Osteoarticular. Madrid: Edicomplet; 2006:5-17.
8. Giménez Basallote S, Gimeno Márques A, Panero Hidalgo P, Calsals Sánchez JL. Recomendaciones de buena práctica clínica en artrosis. SEMERGEN. 2008;34:143-8.

alumno refrescará conceptos sobre la fisiopatología del sistema de conducción del corazón, arritmias de más frecuente presentación y tratamiento de las mismas, en el seno de la atención primaria.

Como colofón del taller *on-line*, se realizará un test consistente en 10 preguntas tipo test con una respuesta única, que el alumno debe realizar para, posteriormente, en el taller presencial comentar los resultados.

La parte presencial, básicamente, será de exposición de casos prácticos sobre arritmias de una forma muy interactiva.

Atención inicial al trauma grave en el adulto

Politraumatismo grave en el adulto

M. Luz Gómez

Médico de Familia, Servicio de Urgencias, Centro de Salud de San José, Gran Canaria, España. Vocal de Urgencias SEMERGEN Canarias

El taller de "Politraumatismo grave en el adulto", igualmente, consta de una primera parte *on-line* teórica en la que el alumno conocerá los conceptos sobre politraumatizado, manejo inicial y protección del equipo de rescate, y se familiarizará con temas como *triage*, transporte de politraumatizados y dispositivos de inmovilización en el lugar del suceso y para su posterior traslado.

Al final habrá un test de 10 preguntas con respuesta única que el alumno debe realizar para poder comentarlas en la parte presencial.

El taller presencial consta de varias estaciones por las que pasará el alumno y, siempre tutorizado, irá aprendiendo el manejo de los dispositivos de rescate e inmovilización de heridos graves.

Asistencia inicial al trauma grave del adulto

Víctor Gómez Martínez^a, M. Luz Gómez Martínez^b y Antonio J. Cabrera González^c

^a*Médico de Urgencias, Recursos Aéreos del Servicio de Urgencias Canario, Gran Canaria, España*

^b*Médico de Familia, Servicio de Urgencias, Centro de Salud de San José, Gran Canaria, España*

^c*Centro de Salud Tamaraceite, Las Palmas de Gran Canaria, España*

Conceptos básicos y epidemiológicos

El trauma representa uno de los más importantes problemas de salud pública en el mundo, siendo considerado como una enfermedad más que como un accidente.

Entendemos por paciente "politraumatizado" todo aquel herido de origen traumático que presente afectación de 2 o más órganos, o más de un sistema (incluida la esfera psíquica en el niño), y en el cual al menos una de estas lesiones entraña un potencial riesgo vital. Se considerará que en el paciente pediátrico, dadas sus características particulares (escasa volemia, reducido tamaño, etc.), las fracturas múltiples constituyen también un politraumatismo.

Esta definición, que implica violencia, graves lesiones y especialmente riesgo de vida, diferencia al politraumatiza-

do del policontusionado y del polifracturado que, aun con lesiones graves, no conlleva un riesgo para la vida.

La enfermedad traumática representa hoy día en Occidente la principal causa de muerte en las primeras 4 décadas de la vida.

Los accidentes de tráfico ocupan un lugar privilegiado como principales causas de muerte traumática, seguidos de los laborales y las precipitaciones.

Analizando los diferentes tipos de lesiones, los traumatismos craneoencefálicos (TCE) constituyen la principal causa de mortalidad por accidente de circulación en España "Los trastornos craneoencefálicos graves son causados mayoritariamente por accidentes de tráfico (78%), a gran distancia de la segunda causa (accidentes laborales, 9,13%)", calculándose una incidencia de 200 casos/100.000 habitantes/año, y son origen de graves secuelas. "Los trastornos craneoencefálicos, con sus graves secuelas de alteraciones neurológicas, tanto físicas como psicológicas, generan cada año en España 800 cuadros de discapacidad severa. De las víctimas de un TCE grave sólo un 30% podrá caminar libremente tras su recuperación; un 40% quedarán inválidas; un 14% precisará la ayuda de una tercera persona; y un 16% necesitará caminadores o bastones para deambular".

En nuestro país la incidencia del traumatismo medular es de 2 casos/100.000 habitantes/año. Según datos facilitados en el Fórum Barcelona de Seguridad Vial por la Dra. Bernabéu, de la Unidad de Daño Cerebral del Instituto Guttman, los accidentes de tráfico son la primera causa provocadora de lesiones medulares en nuestro país. De los 1.000 nuevos casos de lesiones medulares que cada año se producen en nuestro país, el 50% fueron provocados por un accidente de tráfico, frente a las caídas (20%), los accidentes laborales (18%) o las prácticas deportivas (11%). El 54% de las lesiones medulares traumáticas afecta a jóvenes entre 16 y 30 años".

Por su parte, el traumatismo torácico supone un 25% de las muertes por traumatismo. El traumatismo abdominal representa el 4% de las muertes traumáticas iniciales y un 44% de las muertes tardías. Una buena aproximación a lo que significa el brutal impacto del traumatismo en la sociedad es la estimación cuantitativa de la gran cantidad de años potenciales de vida perdidos (APVP) que provoca. En este sentido, cabe destacar que de 784 muertes estudiadas en nuestro ámbito, éstas fueron responsables de la pérdida de un total de 26.148 APVP. Esta enorme cantidad de años perdidos nos acerca al grave impacto emocional, social y económico del problema, máxime si la mitad de la cantidad de vida perdida afecta a personas con edades comprendidas entre los 16 y 30 años.

Por todo ello debe existir un sistema, diseñado previamente, que incluya cada una de las fases de la asistencia al politraumatizado y coordine sus diferentes componentes, desde la Administración, legislación, educación de la población, comunicaciones, atención sanitaria y traslados, sin olvidar la formación continuada del personal y la evaluación periódica de la calidad del sistema. Todo ello a través de una sucesión ordenada y planificada de medidas, todas igualmente importantes y necesarias.

Comienza con la organización de un sistema integral para la atención a pacientes traumatizados en el que la prevención desempeña un importante papel. Continúa con la asistencia y el transporte hacia los centros sanitarios, seguido de una asistencia hospitalaria especializada, y finalizando con la rehabilitación del paciente y su reincorporación a la vida cotidiana.

Prevención

La primera preocupación será incidir sobre todos aquellos factores que favorecen los accidentes (*prevención primaria*). En general, son factores de difícil control, si bien en determinados tipos de accidentes una política de prevención (el uso del casco o del cinturón de seguridad) podría reducir las consecuencias (*prevención secundaria*).

La estrategia a largo plazo sería la toma de medidas como la mejora de la red viaria, la seguridad de los vehículos, el mantenimiento adecuado de éstos con normativas de exigible cumplimiento actualizadas periódicamente (casco, cinturón de seguridad, alcoholemia, revisión de vehículos, el uso de las carreteras por peatones y ciclistas, etc.); control y reparación de los cauces fluviales y las construcciones hechas en sus cercanías, etc.

Las campañas educativas tienen un impacto más inmediato en la población general, especialmente en la de alto riesgo de siniestralidad (jóvenes, ancianos y riesgos laborales), y en la sanitaria, cambiando actitudes. Es fundamental incluir temas de prevención en el pregrado médico y de enfermería. La aplicación de la legislación europea en la prevención de accidentes ha reducido las muertes y secuelas severas más del 20%, que extrapolado a España para 1991 supuso la reducción de mortalidad en más de 1.900 personas.

La *prevención terciaria* comprende todos los componentes necesarios de la organización una vez producido el accidente, orientados a mejorar el pronóstico vital y a reducir las secuelas e invalidez del accidentado (fig. 1).

Organización

Una vez producido el accidente, éste puede ser de múltiples tipos, afectar a una o más personas y detectarse antes o después, dependiendo de sus características, del lugar y hora de producción y de que exista una adecuada organización del sistema.

La detección depende fundamentalmente de la población, que debe poseer educación, formación ciudadana y sentido cívico para pedir ayuda. La Administración debe simplificar los trámites legales para la persona que solicita ayuda al ser testigo de un accidente, eliminando la idea de que comunicar un suceso va ligado a un gran número de complicaciones para el alertante. A la vez, debe endurecer su postura con quien no lo comuniqué, eludiendo su deber de auxilio al accidentado.

La coordinación con los servicios del orden y seguridad ciudadana, con protocolos conjuntos de actuación, elaborados en colaboración con protección civil, bomberos, policía y otros organismos, irá dirigida a establecer los planes de asistencia para casos de asistencia urgente.

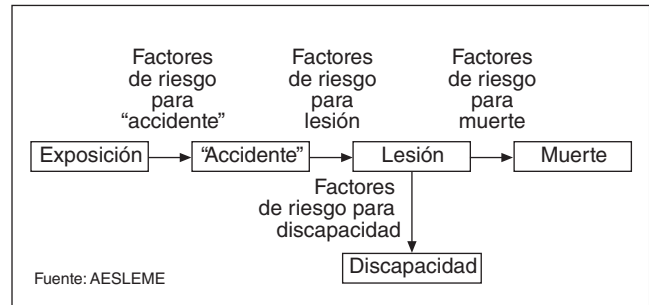


Figura 1

Profesionales sanitarios con una formación y entrenamientos específicos adaptados a las condiciones del área van a actuar según un esquema operativo preestablecido, con algoritmos sencillos de decisión.

Hoy, en las sociedades modernas, la morbilidad de la enfermedad traumática dependerá de la calidad de cuidados ofertados inicialmente al paciente; es decir, de la adecuada implantación de un "sistema de cuidados traumatológicos" (SCT) eficaz, cuyos beneficios se podrían concretar en:

- 1) Reducción del número y severidad de las discapacidades.
- 2) Disminución de la mortalidad.
- 3) Descenso de los APVP.
- 4) Reducción y control de los costes.
- 5) Disminución de las cargas sociales.
- 6) Disminución del impacto de la enfermedad en las familias.

Se necesitan comunicaciones centralizadas, con una línea única para todo tipo de servicios de urgencias (policía, bomberos, emergencia sanitaria, etc.). A pesar de su complejidad y del mayor grado de coordinación que requiere parece ser lo mejor, con un número único de 3 cifras (061 o el 112 europeo), ampliamente difundido y gratuito, y con una adecuada distribución de puntos de llamada bien señalizados. Igualmente, es necesaria una correcta intercomunicación entre hospitales, ambulancias y equipos de socorro.

El usuario debe tener un rápido acceso al sistema las 24 h del día, con una infraestructura de comunicaciones incluida dentro del plan general de atención a urgencias, emergencias y catástrofes.

Es necesario un registro de los traumatizados atendidos, que incluya sistemas de evaluación permanente de su actividad y resultados, y que al analizarlo nos permita obtener conclusiones y hacer las modificaciones oportunas en los protocolos de actuación.

La correcta valoración y tratamiento inicial de estos pacientes ha sido desde hace años establecida por el "American College of Surgeons" y universalmente aceptada debido a su sencillez. El objetivo es, dado las múltiples lesiones que presentan estos pacientes, el diagnóstico y tratamiento de las mismas por orden de importancia, para lograr la estabilización eficaz del enfermo. El orden de actuación es fundamental para tener éxito, no debiendo pasar de un nivel a otro sin haber resuelto y puesto en práctica las medidas para solucionar el anterior.

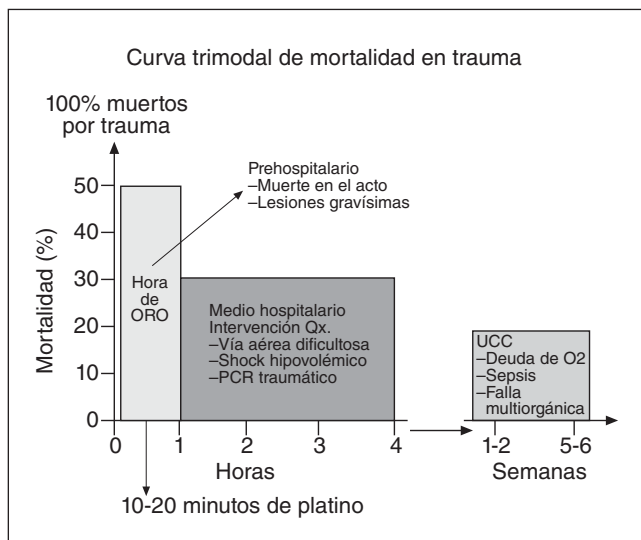


Figura 2

Por otro lado, la reevaluación continua del paciente durante las primeras horas hasta su estabilización es fundamental. Globalmente, la mitad de las muertes se producen antes de la hospitalización del paciente y las restantes en el hospital, ocurriendo el 60% de ellas dentro de las primeras 4 h después del ingreso.

Estos enfermos se mueren habitualmente en cuestión de minutos en las roturas de corazón y grandes vasos. En horas, si la causa es hemo neumotórax, trauma craneal o rotura de hígado o bazo, y en días-semanas por sepsis o fallo multiorgánico.

El objetivo principal es el segundo grupo, ya que múltiples estudios demuestran que muchas de estas muertes son previsible y tratables por un equipo bien entrenado.

Distribución trimodal de la mortalidad (fig. 2)

La mortalidad en los pacientes politraumatizados sigue siempre una cadencia en la que se incluyen 3 etapas.

Primera etapa

La muerte sobreviene en los primeros segundos o minutos del accidente, y generalmente es debida a laceraciones cerebrales, médula espinal alta, tronco cerebral, lesiones cardíacas, rotura de aorta y de grandes vasos. Muy pocos de estos pacientes pueden ser salvados.

En orden de importancia, el peligro de muerte inminente está dado por:

- Lesiones del sistema respiratorio.
- Lesiones del sistema cardiovascular.
- Lesiones del sistema nervioso central.

Segunda etapa

La muerte ocurre durante los primeros minutos o después de algunas horas de producido el traumatismo. Se ha llama-

do "la hora de oro" del paciente politraumatizado, ya que es el período donde se pueden evitar las muertes con una atención rápida y eficaz.

La llamada primera hora de oro para el paciente adulto se convierte en la primera media hora de platino para el niño. Para que la asistencia en esta primera media hora sea eficiente y responda a las prioridades vitales del niño se ha de realizar una actuación clara, precisa y coordinada. El conocimiento del esquema claro de actuación y una valoración centrada en las prioridades serán la llave que abra la posibilidad de realizar unos cuidados para evitar la muerte del niño o la presencia de complicaciones futuras.

En esta etapa la muerte sobreviene por un hematoma subdural o epidural, hemo neumotórax, rotura de bazo, laceración hepática, fractura de pelvis o lesiones múltiples asociadas con hemorragia masiva.

Tercera etapa

La muerte ocurre a los varios días o semanas posteriores al traumatismo y casi siempre es secundaria a sepsis o fallo multiorgánico.

Politraumatizado: en el sitio del accidente. Procedimiento a seguir

Conducta PAS: Proteger/Alertar/Socorrer

Nos desplazaremos al lugar del evento, recordando siempre que prima nuestra propia seguridad asumiendo riesgos muy bien calculados. La prioridad es que se reduzcan los riesgos al mínimo para el paciente y para cada uno de los miembros del equipo (PAS); posteriormente, iniciaremos la atención del paciente.

Inmediatamente se adoptarán medidas, limitándose el acceso al lugar del siniestro de toda persona ajena a los servicios de rescate, señalizando la zona. La desconexión de baterías y de cables de alta tensión, sofocar los incendios y demás actuaciones serán responsabilidad de los servicios de rescate. Ante la presencia de humos tóxicos, sólo los bomberos poseen el material necesario, siendo de su responsabilidad trasladar a los pacientes hasta un lugar seguro donde sean atendidos.

Si el vehículo está en una posición inestable, sólo accedemos a su interior cuando se haya asegurado. Si la víctima está atrapada, estableceremos una estrategia de liberación que nos permita el acceso médico al herido. Informaremos al encargado del equipo de los servicios técnicos de nuestro plan de actuación sobre el paciente, incidiendo sobre cómo se va a acceder a la víctima para ser extraída y, si la víctima es inaccesible al médico, estableceremos con el equipo de salvamento las prioridades anatómicas de liberación.

El centro coordinador debe estar informado de la situación y de los potenciales problemas que esperamos, por si fueran precisos más medios.

Extricación

Término empleado para describir la técnica de recuperar al paciente en el sitio del accidente; por ejemplo: sacarlo del

interior del automóvil (accidente de tráfico), o debajo de los escombros (aplastamiento).

Esta primera etapa corresponde a un momento trascendental y de lo que allí se realice dependerá la vida o muerte del politraumatizado. No menos del 40% de estos enfermos fallece en este período, inmediato al accidente ("la hora de oro" en el adulto y "la media hora de platino" en el niño).

La incapacidad para afrontar correctamente en estos momentos los problemas gravísimos del politraumatizado explica que, en no pocas circunstancias, "se atienda a un politraumatizado, se traslade a un moribundo y se reciba un cadáver".

Todos los sistemas puestos en práctica giran en torno a la reducción del tiempo de asistencia al accidentado, basado en 3 premisas fundamentales:

- 1) Inicio del tratamiento de forma inmediata y al máximo nivel "in situ" (socorro primario).
- 2) Transporte urgente desde el lugar del evento hasta el centro hospitalario capacitado para realizar tratamiento definitivo.
- 3) Medio de transporte adecuado con un personal capacitado que nos permita continuar la asistencia y estabilización del paciente hasta su llegada al hospital.

La secuencia extrahospitalaria, sin duda, es la más compleja. Incluye en primer lugar la dotación adecuada del equipo, la activación y la aproximación del mismo al lugar del accidente, una valoración inicial del paciente y, en segundo lugar, el rescate y movilización del traumatizado.

Triage

Una vez rescatado y realizada la primera valoración, tendremos al paciente en un lugar seguro donde se inicia la estabilización y preparación para el transporte. A partir de aquí, la forma de actuar va a variar dependiendo de la disponibilidad de personal y medios y de la existencia de varias o una única víctima.

El *triage* es un método de selección y clasificación de pacientes, que considera su gravedad, necesidades terapéuticas y recursos disponibles, determinando el orden de prioridades en el empleo de dichos medios. Valora el interés conjunto de las víctimas, clasificándolas de acuerdo con el beneficio esperado de la atención médica, dando prioridad en el tratamiento a aquellos pacientes graves pero recuperables.

Igualmente, el *triage* nos permite seleccionar en el propio lugar del accidente el hospital al que trasladaremos al accidentado. Para ello, es fundamental que los hospitales estén categorizados, en función de la calidad y cantidad de medios técnicos y personales para la atención al politraumatizado, evitando que los pacientes sean trasladados a lugares impropios. A este respecto, la distancia adquiere una importancia capital en el *triage*, sobre todo en el ámbito rural.

En caso de accidentes colectivos, deberá realizarse una clasificación inicial de los pacientes, según un código de etiquetas de colores, que categorizan la gravedad de los traumatizados, previamente consensuado.

Una vez efectuada la valoración y tratamiento anteriores, el paciente se trasladará en el menor tiempo posible al centro hospitalario adecuado, con las máximas medidas de seguridad y siempre bajo supervisión médica minuciosa.

Fisiopatología del transporte sanitario

Cualquiera que sea el medio utilizado para realizar el transporte sanitario, debe reunir un mínimo de condiciones que faciliten la asistencia y aseguren un traslado confortable, libre de los riesgos que comporta estar sometidos a condiciones físicas que influyen en los pacientes trasladados.

Estos factores físicos determinan cambios fisiológicos, que aun no siendo significativos en personas sanas, si pueden tener repercusiones graves en los enfermos, como son alteraciones hemodinámicas, respiratorias, etc.

También pueden verse afectados por las condiciones físicas los aparatos de monitorización y control clínico, así como los líquidos perfundidos y la composición de los fármacos.

Los efectos del transporte pueden afectar al personal sanitario, materiales y sobre todo al paciente o víctima de un accidente, sobre todo si éste se encuentra en una situación de inestabilidad hemodinámica.

La cinetosis o mareo, se produce por la estimulación intensa y prolongada del órgano del equilibrio como consecuencia de las aceleraciones lineales, angulares y centrífugas y por discordancia entre la estimulación visual y la del equilibrio. Se caracteriza por: mareo, palidez, náuseas, vómitos, hipotensión, sudoración y apatía o inquietud. Puede afectar a la víctima y al personal asistencial.

Estos cambios vienen dados en los vehículos terrestres por:

- a) *Aceleraciones positivas y negativas*: la posición habitual del paciente en la ambulancia es el decúbito supino con la cabeza en el sentido de la marcha con lo que las aceleraciones positivas pueden provocar hipotensión, taquicardia y cambios en el EKG. Las deceleraciones (frenazos) pueden provocar incremento de la TA, bradicardia refleja y elevación de la PIC (presión intracraneal). Para minimizar estos efectos es deseable realizar una conducción prudente evitando maniobras bruscas, fijar el material dentro de la cabina asistencial para evitar accidentes, administrar fármacos con bomba de infusión, la camilla debe estar firmemente agarrada, inmovilizar al paciente con colchón de vacío si se trata de un politraumatizado o fijarlo mediante cinturones seguros a la camilla.
- b) *Vibraciones*: producen resonancias en órganos internos pudiendo incluso romper pequeños vasos. Las ambulancias deben tener las suspensiones en perfecto estado; el uso del colchón de vacío minimiza las vibraciones.
- c) *Ruidos*: nocivo si > 85 dB. Produce taquicardia, vasoconstricción, disconfort, ansiedad, dificulta la comunicación verbal. Se recomienda utilizar las señales acústicas de la ambulancia sólo cuando sea imprescindible.
- d) *Temperatura*: el vehículo debe estar equipado con un buen sistema de calefacción y aire acondicionado y no expuesto al sol ni a la intemperie cuando hace frío. Cubrir al paciente con mantas isotérmicas y evitar exposi-

ciones prolongadas o innecesarias (sólo las imprescindibles para examinarlo o tratarlo).

- *Temperatura baja*: disconfort, colapso vascular, escalofríos, tiritona, aumenta el consumo de O₂.
- *Temperatura alta*: disconfort, sudoración, vasodilatación e hipotensión.

En los aviones y helicópteros:

- a) *Aceleraciones*: alteraciones de la PIC (presión intracraqueal), reacciones vagales, desplazamiento de líquidos y masas corporales.
- b) *Ruidos*: producen taquicardia, vasoconstricción, disconfort, fatiga auditiva, ansiedad, dificulta la comunicación verbal. La intensidad es superior a la del transporte terrestre, deben utilizarse dispositivos de protección acústica para personal y paciente. Son imprescindibles los medios de diagnóstico digitales.
- c) *Temperatura*: se requiere un buen sistema de calefacción/aire acondicionado, evitar exposición del vehículo al sol o al frío intenso, uso de mantas térmicas.
- d) *Turbulencias*: sacudidas bruscas que pueden desplazar objetos y personas, los pasajeros deben usar los cinturones de seguridad y el material debe estar fijado de forma segura.
- e) *Altura*: a medida que se incrementa la altitud, disminuye la concentración de oxígeno y cambia la expansión de los gases. Los aviones, al volar a elevadas altitudes, disponen de cabinas presurizadas y los helicópteros habitualmente vuelan a altitudes inferiores donde esta disminución de la presión parcial de oxígeno apenas es significativa.

La disminución de la concentración de O₂, puede provocar un incremento del CO₂; la mayor PCO₂ en sangre puede dar lugar a hiperventilación con alcalosis respiratoria, tetania e inconsciencia.

Puede provocar hipoxemia en pacientes con EAP (edema agudo de pulmón), shock, insuficiencia respiratoria, patologías isquémicas. Se contrarresta con la administración de O₂ a la concentración suficiente.

La menor presión atmosférica puede dar lugar a una mayor expansión de los gases (agudización de neumotórax o neumomediastinos, dilatación gástrica, aumento de presión en tímpanos, entre otros).

Este descenso de presión puede afectar al material sanitario (tubo endotraqueal, sondas, sistemas de infusión de sueros, férulas y colchón de vacío (disminuye su rigidez), férulas hinchables (pueden comprimir), drenajes quirúrgicos, drenaje torácico, etc.

Se desaconsejan los sueros con recipiente de vidrio y es recomendable disponer de bombas de infusión. Se desaconseja el uso de férulas hinchables y se debe revisar la eficacia de las de vacío.

Cinemática y biomecánica del trauma. Introducción

El estudio de los mecanismos lesionales que inciden en un proceso traumático es el objeto fundamental de 2 disciplinas: *la cinemática y la biomecánica*, que a su vez son fruto

de la integración de diversas ciencias como la física, la epidemiología, la ingeniería, la psicología, la sociología, etc., con cuya interacción intentamos dar explicación a los fenómenos ocurridos en el accidente, los ocurridos de forma previa (factores predisponentes y favorecedores) y los posteriores (consecuencias inmediatas y diferidas).

Por tanto, la aplicación de los principios de la mecánica en el estudio de la respuesta del ser vivo al traumatismo, así como en los niveles de tolerancia de los tejidos biológicos en condiciones extremas de carga, es lo que constituye la biomecánica, la cual intentará explicar las lesiones sufridas por el organismo vivo, en función de la zona anatómica afectada, el intercambio de energía producido, la susceptibilidad del órgano afectado y los posibles mecanismos paliativos interpuestos (protección activa y/o pasiva, etc.). Esta disciplina es imprescindible para poder entender el comportamiento del cuerpo humano en relación con el movimiento a que es sometido, y a los posibles desordenes anatómicos que se presentarán por la aplicación de fuerzas externas.

Leyes físicas

Es indiscutible que si al estudiar el “fenómeno traumático” hablamos de fuerzas que interactúan sobre diversos cuerpos, estamos basándonos en leyes elementales de la física conocida.

- a) *Primera Ley de Newton*: “Todo cuerpo persevera en su estado de reposo o movimiento uniforme y rectilíneo a no ser que sea obligado a cambiar su estado por fuerzas impresas sobre él”.
- b) *Segunda Ley de Newton*: “El cambio de movimiento es proporcional a la fuerza motriz impresa y ocurre según la línea recta a lo largo de la cual aquella fuerza se imprime”. Dicho sintéticamente, la fuerza se define simplemente en función del momento en que se aplica a un objeto, con lo que 2 fuerzas serán iguales si causan la misma tasa de cambio en el momento del objeto. Fuerza: masa × (aceleración o desaceleración).
- c) *Primer Principio de la Termodinámica o Ley de la Conservación de la Energía*: “La energía no se crea ni se destruye, tan sólo se transforma”
- d) *Energía cinética*: masa × velocidad²/2. Entendemos por energía cinética la que posee todo cuerpo en movimiento, y que tiende a mantenerlo con ese mismo movimiento.

Estas leyes físicas son las que básicamente van a condicionar el intercambio de energía que se produce cuando colisionan entre sí un objeto sólido y uno biológico como es el cuerpo humano. La cantidad de intercambio de energía y, por tanto, la gravedad de las lesiones, estará determinada en función del número de “partículas” del cuerpo que absorben el impacto.

Para finalizar, no podemos perder de vista el hecho de que, en realidad, en los organismos vivos no se produce un traumatismo o impacto simple (el del objeto con el ser vivo). Se trata más bien de un traumatismo complejo; estar constituidos por diferentes estructuras de densidad variable, dependiendo del área afectada, condicionará que mu-

chas de ellas continúen desplazándose tras el impacto inicial recibiendo un segundo impacto (p. ej., cerebro contra bóveda craneal, o el corazón contra la pared torácica), y en ocasiones un tercero o contragolpe, al regresar esas estructuras a su posición inicial.

Mecanismos lesionales

Según el Comité de Trauma del Colegio Americano de Cirujanos, entendemos como mecanismos lesionales los que constituyen “el origen de las fuerzas que producen deformaciones mecánicas y respuestas fisiológicas que causan una lesión anatómica, o un cambio funcional en el organismo del paciente traumatizado”.

Lesiones por aceleración/desaceleración

Serán las originadas al someter al organismo humano a un cambio brusco de velocidad, aumentándola o disminuyéndola. Van a depender de la zona anatómica afectada y, evidentemente, del grado de aceleración o desaceleración.

Lesiones por compresión

Son las producidas por el aplastamiento de la arquitectura del organismo entre varias estructuras rígidas.

Lesiones por accidente de tráfico

Combinan los mecanismos de lesión anteriores (desaceleración/compresión). Podemos decir que en una colisión de un vehículo ocurren 3 colisiones al mismo tiempo: la del vehículo, la del ocupante dentro del vehículo y la de los órganos dentro de los ocupantes. Por tanto, se pueden producir 4 tipos de lesiones: por aceleración, desaceleración, desgarramiento y por compresión.

En los accidentes de tráfico podremos diferenciar 5 tipos básicos de producción de lesiones: *colisión frontal*, *colisión posterior*, *colisión lateral*, *colisión con rotación* y *vuelco*.

Colisión frontal

En este tipo de accidente de tráfico el daño lo produce la suma de las 2 velocidades de los objetos implicados (uno de ellos el vehículo). La colisión frontal resulta de un movimiento hacia adelante que es detenido súbitamente. Al cesar el movimiento, el o los ocupantes sin cinturón continuarán moviéndose, siguiendo una de las 2 posibles direcciones: hacia arriba y adelante, o hacia abajo y adelante.

Colisión posterior

El impacto posterior ocurre cuando un vehículo a baja velocidad o estacionario es golpeado por su parte trasera por

otro vehículo; la transferencia de energía se hace en forma de aceleración.

Debido a la inercia, este tipo de impacto provoca lesiones en 2 fases; en la primera el ocupante se proyecta hacia atrás, en una segunda fase el ocupante se ve impulsado hacia adelante, como ocurre en las colisiones frontales. El accidente comprendería, por tanto, mecanismos lesionales de los 2 tipos de impactos: trasero y frontal.

Colisión lateral

En el caso de que el vehículo sea desplazado fuera del punto de impacto, parte de la energía del choque es transformada en movimiento (por decirlo de una manera gráfica; es absorbida por el movimiento), no transfiriéndose en su totalidad a los ocupantes y ocasionándoles menores daños. Sin embargo, cuando el vehículo permanece en el sitio, la energía del impacto afecta en mayor proporción a los ocupantes del vehículo.

Colisión con rotación

Se produce cuando una esquina de un vehículo en movimiento impacta con otro objeto, o es golpeada por otro objeto si está parado. El vehículo tiende a rotar alrededor del eje del punto de impacto, provocando lesiones que son una combinación de aquellas que ocurren en colisiones frontales y laterales.

Vuelco

Durante el vuelco de un vehículo los ocupantes pueden impactar múltiples veces, y en varios ángulos distintos (imaginemos un objeto en el interior de una coctelera al ser agitada), ocurriendo lo mismo con los diferentes órganos del cuerpo; esto hace difícil predecir el tipo y la gravedad de las lesiones, que podrán ser de todo tipo. En los casos de vuelco, así como en el caso de expulsión fuera del vehículo, siempre deberán presuponerse politraumatismos graves.

Lesiones por atropello

Las injurias no se producen de forma simultánea, sino que son progresivas, ya que el atropello es un fenómeno dinámico y evolutivo que consta de varias fases o etapas, y cada una de ellas origina un tipo de lesión característica. En general, podemos hablar de 5 fases:

- a) Alcanzamiento o encontronazo.
- b) Caída o proyección.
- c) Aplastamiento o compresión.
- d) Arrollamiento.
- e) Arrastre.

Otras lesiones

- a) Cavitación.
- b) Ahorcamiento.

Materiales. Técnicas y procedimientos de uso

Un aspecto crucial al enfrentarnos a la atención de un paciente gravemente traumatizado es el de no provocar más lesiones de las ya existentes; para ello hemos de tener en cuenta 2 premisas fundamentales:

- a) “Inmovilizar para movilizar”.
- b) “Inmovilizar para evitar agravar lesiones”.

La adecuada inmovilización tiene como objetivo estabilizar lesiones existentes, evitando su agravamiento o provocando lesiones añadidas, que incluso podrían resultar fatales, favoreciendo de esta manera una más pronta recuperación del paciente. Es, por tanto, necesario conocer el material específico usado en la atención al traumatizado, así como su correcto uso.

Básicamente podemos hablar de 2 grandes grupos de dispositivos utilizados en la atención al paciente traumático:

1. *Material de inmovilización para movilización del paciente.* Usado para la inmovilización puntual y momentánea necesaria para mover al herido del lugar donde se ha encontrado (vehículo, calzada, etc.) hasta otra ubicación próxima: un lugar seguro o una unidad de traslado.
2. *Material de inmovilización para el traslado.* Usado, una vez estabilizado el paciente, para su adecuado traslado en ambulancia a un centro sanitario útil.

Como sabemos, algunos de ellos pueden cumplir ambas funciones, por lo que en el primer grupo sólo reseñaremos los específicos para la movilización.

Material de inmovilización para movilización

- Férula espinal, corsé de extricación tipo Kendrick o KED (Kendrick Extrication Device).
- Tabla espinal corta (81 × 46 cm).
- Camilla de cuchara o palas. Camilla HELP.
- Camilla de tijera.

Material de inmovilización para el traslado

- Collarines cervicales.
- Dispositivos tetracamerales, inmovilizadores laterales de cabeza o Dama de Elche.
- Tabla espinal larga.
- Colchón de vacío.
- Férulas de extremidades.

Técnicas asistenciales

Movilización en bloque

Volteo o rodillo lateral

Consistente en rotar en bloque al herido sobre uno de sus costados para colocarlo sobre tabla espinal.

Puente holandés

En el que se efectúa un mínimo levantamiento en bloque del herido hacia arriba; justo para que un quinto rescatador deslice un tablero o camilla bajo el paciente.

Movilización en bandeja

Se colocan las manos debajo del paciente a modo de bandeja, con lo que podemos movilizarlo en bloque.

Volteo de prono a supino

La técnica que usaremos para pasar un herido de decúbito prono a supino es similar a la del rodillo lateral que empleamos con el tablero espinal. El paciente deberá hacerse rotar en la dirección contraria a la que se encuentra mirando su cara, y sobre el lado no lesionado, o con menor grado de lesiones.

Movilización de emergencia

En ocasiones (herido atrapado en PCR y necesidad de RCP, riesgo vital para el paciente, etc.) no dispondremos del tiempo necesario para realizar una movilización del paciente estandarizada y reglada, necesitando su extracción inmediata pero segura de cara a no inducir lesiones añadidas (columna/médula espinal fundamentalmente). Disponemos de 2 maniobras específicas para estos casos:

- Presa o maniobra de Reuttek.
- La BOA.

Retirada del casco

Como norma general, se debe retirar el casco al motociclista lesionado durante la atención prehospitalaria. La retirada es necesaria para una correcta exploración, un adecuado manejo de la vía aérea, si es preciso, una adecuada inmovilización cervical y un correcto traslado. Se efectúa con un desplazamiento axial del casco, siempre con control cervical bimanual.

Previamente a la retirada, y siempre con control cervical, se elevará la pantalla del casco y retirarán los objetos que puedan interferir en la maniobra (p. ej., gafas).

Metodología asistencial

El manejo inicial del paciente politraumatizado implica el conocimiento y puesta en práctica de una metodología sistemática de valoración y tratamiento, con el fin de lograr 2 objetivos principales:

- 1) La detección y solución inmediata de los procesos que pueden acabar con la vida del paciente en muy corto espacio de tiempo.
- 2) El desarrollo de una sistemática de evaluación pormenorizada que evite que alguna lesión pueda pasar desapercibida.

Académicamente podríamos dividir el mencionado proceso en 6 etapas:

- Valoración primaria y resucitación.
- Valoración secundaria.
- Categorización y *triage*.
- Derivación y transporte.
- Reevaluación continua.
- Cuidados definitivos.

Valoración primaria y resucitación

Su objetivo es evitar la muerte inmediata del paciente detectando las situaciones que ponen en riesgo su vida, resolviéndolas de inmediato. Lo realizamos siguiendo la clásica regla del A, B, C, D, E, donde A representa la vía aérea y control cervical bimanual, B la ventilación, C la circulación, D el estado neurológico y E la exposición corporal completa y control ambiental. Se iniciará con la A y finalizará con la E; no se pasará de una letra a otra sin haber resuelto previamente la anterior.

Valoración secundaria

Una vez completada la valoración primaria, iniciada la resucitación y cuando los parámetros del ABC se encuentren controlados, se comienza la valoración secundaria, evaluando al herido de cabeza a pies (centímetro a centímetro, como si de una tomografía se tratara).

En la valoración secundaria se atenderá a 4 aspectos fundamentales:

- 1) *Reevaluación frecuente del ABC*. Durante todo el proceso de atención inicial del paciente traumatizado, el estado de la vía aérea, la protección de la columna cervical, la función respiratoria, el estado circulatorio y la evolución neurológica deben ser periódicamente reevaluados buscando cualquier signo de deterioro.
- 2) *Anamnesis*. Todos los aspectos relacionados con los mecanismos del traumatismo, la escena del accidente, el estado inicial, la evolución y los antecedentes se indagarán interrogando al paciente, a sus familiares o al personal que prestó la atención preliminar. En el registro de los antecedentes se harán constar las alergias, el empleo de medicamentos, las patologías previas (de base), la hora de la última comida y la ingestión de alcohol o el consumo de otras sustancias psicoactivas.
- 3) *Segundo examen físico*. La revisión secundaria incluye el examen completo, detallado y exhaustivo del paciente, desde la cabeza hasta los pies, por delante y por detrás, pasando por todos y cada uno de los segmentos corporales.
- 4) *Estudios diagnósticos*. Cuando se completa el examen físico se han asegurado y reevaluado los parámetros del ABC y si la estabilidad del paciente lo permite se procede con los estudios diagnósticos (pruebas complementarias). Ningún estudio complementario de diagnóstico debe reemplazar las etapas descritas hasta el momento.

Radiología

La evaluación de todo paciente traumatizado debe incluir 3 radiografías básicas:

- Lateral de columna cervical que incluya las 7 vértebras cervicales y la primera torácica.
- Anteroposterior de tórax.
- Anteroposterior de pelvis.

La radiología básica se complementará con otros estudios radiológicos, ecografía, TAC, analítica, EKG, y, en definitiva, todos los considerados pertinentes.

Bibliografía

1. Vilalta J, Rubio E. Traumatismos del sistema nervioso central. En: Codina Puiggros, ed. Tratado de Neurología. Madrid: ELA; 1994:617-34.
2. García Fernández L. Traumatismos raquimedulares. En: Codina Puiggros, ed. Tratado de Neurología. Madrid: ELA; 1994:625-34.
3. Camargo H, Sarmiento D, Herazo T, Bracamonte M, Chávez M. Traumatismo torácico: causas y complicaciones en el I.V.S.S-Hospital Domínguez Sanpedro.
4. De Lucas P, García N, et al. Asistencia inicial al trauma pediátrico y reanimación cardiopulmonar. Anales Españoles de Pediatría.
5. Proehl JA. Enfermería en urgencias. Técnicas y procedimientos, 3.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2005.
6. Pou i Fernández J. Urgencias en pediatría, 2.ª ed. Madrid: Ediciones Ergón SA; 1998.
7. Parise J, Tormo C. Traumatismo pediátrico. En: Hernando A, Rodríguez M, et al. Soporte vital avanzado en trauma. Barcelona. Masson; 2000:235-47.
8. Serrano A, Casado Flores J. Transporte del paciente pediátrico críticamente enfermo. El niño críticamente enfermo. Díaz de Santos; 1997:227-335.
9. García Castrillo Riesgo L, Del Busto de Prado F. Modelo de Atención Integral a las Urgencias. Emergencias. 2001;13:153-4.
10. Morales Asencio JM. Reorientación hacia los servicios de Urgencias hacia el Paciente. Emergencias. 2001;13:1-3.
11. Barranco Ruiz F. Principio de Urgencias, Emergencias y Cuidados Críticos. SAMIUC. Ed Alhulia; 1999:1354-6.
12. Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias. Atención Inicial al Paciente Politraumatizado, Valoración y Resucitación. Ed Fundación EPES. Revisión 1999.
13. Gómez Martínez V, Ayuso Baptista F, Jiménez Moral G, Chacón Manzano MC. Recomendaciones de buena práctica clínica: atención inicial al paciente politraumatizado. SEMERGEN. 2008;34:354-63.
14. Consejo Español de RCP. M Ruano 2.ª ed. Barcelona: Masson, 1999:79-93, 177-98.
15. Subcomité de RCP de la Sociedad Española de Emergencias (SEMES). Recomendaciones en Resucitación Cardiopulmonar Avanzada. Ed ELA; 1996:19-21, 111-21.
16. Committee of the National Association of Emergency Medical Technicians, Committee on Trauma of the American College of Surgeons. Manual de Soporte Vital Básico y Avanzado en el Trauma Prehospitalario, PHTLS. 6th ed. Barcelona: Elsevier Mosby; 2008.
17. Committee of the National Association of Emergency Medical Technicians, Committee on Trauma of the American College of Surgeons. Manual de Soporte Vital Básico y Avanzado en el

- Trauma Prehospitalario, PHTLS. 5th ed. Madrid: Elsevier Mosby; 2005.
18. SEMES. Grupo de Trabajo de Asistencia Inicial al Paciente Traumático. Recomendaciones Asistenciales en Trauma Grave. Madrid: Edicomplet; 1999.
 19. Peitzman A, Rhodes M, Schwab C, Yealy D. Manual de Trauma. Atención Médicoquirúrgica. México: Mc Graw-Hill; 2000.
 20. Fonseca del Pozo FJ, García Criado EI. Atención al Accidentado. Guía de Urgencias. EdikaMed; 2007.
 21. López Espadas F. Manual de asistencia al paciente politraumatizado. Madrid: Arán; 1997.
 22. Casal Angulo C, Carmona Simarro JV. Material de inmovilización y su utilización. Disponible en: <http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion8/capitulo132/capitulo132.htm>
 23. Rois O. Cinemática del Trauma. Disponible en: http://www.fundacionemme.org.ar/descargas/descarga_2.pdf
 24. Buitrago Jaramillo J. Cinemática del Trauma. Disponible en: <http://www.utp.edu.co/~cirugia/CinematicadeTraumadraBuitrago.pdf>
 25. Marín LA. Cinemática del trauma. Disponible en: <http://www.utp.edu.co/~cirugia/CinematicaTraumadrMarin.pdf>
 26. Gómez de Segura Nieva JL, Zaballos Asla ME. Materiales y técnicas para la correcta inmovilización de heridos. Libro electrónico de temas de urgencia. Servicio Navarro de Salud. Disponible en: <http://www.cfnavarra.es/salud/PUBLICACIONES/Libro%20electronico%20de%20temas%20de%20Urgencia/19.Traumatologia%20y%20Neurocirugia/Inmovilizacion%20y%20retirada%20de%20casco.pdf>
 27. Gómez Martínez V. Soporte Vital Avanzado en el Trauma de la Mujer embarazada. Revisión 2003. Disponible en: <http://www.e-mergencia.com/foro/downloads.php?do=file&id=47>

Educando en asma

Pedro Martín Pérez

Médico de Familia, Centro de Salud Cruce de Arinaga, Agüimes, Gran Canaria, España. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN

En los últimos años hemos asistido a un avance importante en el conocimiento del asma, y ya no sólo desde un punto de vista fisiopatológico sino también de su tratamiento, que permite que el asma sea una enfermedad fácilmente controlable, pero los resultados de diferentes estudios nos demuestran que, en la práctica, los pacientes no están bien controlados.

Pero, además, el asma posee 2 características muy importantes por las que se hace necesaria una educación a los pacientes que la sufren: su cronicidad y su variabilidad.

Los pacientes con asma tienen que aprender a tomar los fármacos inhalados correctamente, reconocer y evitar desencadenantes, monitorizar síntomas y flujo máximo respiratorio, reconocer cuándo el asma está empeorando y saber actuar de forma temprana en caso de deterioro de la enfermedad. A fin de enseñar todas estas habilidades hay que utilizar métodos educativos personalizados además de técnicas conductuales eficaces.

Es importante destacar que los programas educativos que se limitan a dar información no tienen repercusión en la adherencia terapéutica ni en la morbilidad. Pero aquellos que completan esta información con una instrucción o plan escrito de autotratamiento y seguimiento regular mejoran significativamente el control del asma y reducen el uso de recursos sanitarios.

Afortunadamente, cada vez con más frecuencia, la concienciación de los equipos sanitarios es tratar a los pacientes desde un punto de vista holista, sin la disociación

mente-cuerpo tradicional, sin poner sólo el énfasis en una noxa externa como causante de la enfermedad y tratarlo desde el punto de vista biopsicosocial. Este cambio lleva aparejado que la relación médico paciente haya tenido que cambiar hacia un modelo deliberativo y que la entrevista que mantengamos con el paciente se torne motivacional.

Es cierto que esto conlleva al médico a seguir formándose en áreas que hasta hace poco tiempo no las teníamos tanto en cuenta. Averiguar qué estrategias de afrontamiento desarrolla el paciente frente a su enfermedad se vuelve necesario para de esta forma “ayudarlo” a desplegar sus estrategias de automanejo. Así, se hace evidente saber cuáles son las cualidades psicológicas que desarrollan las personas ante la enfermedad, especialmente en el asma como enfermedad crónica, donde un gran parte del éxito depende sobre todo del paciente.

Por eso, nuestra actuación como sanitarios es dejar implícita la intención de querer provocar cambios en las conductas de nuestros enfermos con nuestras recomendaciones y nuestro apoyo.

Como podemos deducir, se trata de un cambio, donde la opción farmacológica clásica no sea la única herramienta a utilizar. Es un *enfoque integrador que individualiza al sujeto*. Por eso la educación a los pacientes asmáticos se vuelve necesaria, es un pilar básico para que el paciente desarrolle sus capacidades de automanejo y, por tanto, de independencia y mejoría de su calidad de vida.

Manejo del paciente con disfunción eréctil: nuevas perspectivas terapéuticas

M. José Tijeras Úbeda^a, Teresa Millán Rusillo^b y Ana Rosa Jurado López^c

^aMédico de Familia y Sexóloga, Zona Básica de Salud Almería Periferia, Almería, España. Grupo de Trabajo de Sexología de SEMERGEN

^bDirectora de Relaciones Internacionales, Lilly España

^cMédico, Sexóloga, Secretaria del Grupo de Sexología de SEMERGEN. Directora de Planificación Familiar y Atención a la Mujer, Clínica Elviria y The Medical Centre, Marbella, Málaga, España

La disfunción eréctil (DE) se define, según la Conferencia de Consenso sobre Impotencia del NIH norteamericano, como “la incapacidad para conseguir o mantener una erección con la suficiente rigidez como para llevar a cabo relaciones sexuales satisfactorias”¹.

Su prevalencia global en España se estima del 19% en la población comprendida en el rango de edad de 25-70 años (16,3% mínima, 2,1% moderada, 0,6% severa), incrementándose con la edad hasta alcanzar cifras del 55,6% en varones de 74 años².

La etiología de la DE es diversa debido al complejo mecanismo de la erección, donde intervienen factores anatómicos, vasculares, nerviosos y hormonales, junto con estímulos externos e internos.

En el endotelio vascular el óxido nítrico (NO) actúa como mensajero de la señal vasodilatadora estimulando la síntesis de guanosín-monofosfato cíclico (GMPc) en los cuerpos cavernosos, que induce la relajación del músculo liso vascular y, consiguientemente, la erección. La fosfodiesterasa tipo 5 (PDE 5) hidroliza rápidamente estos nucleótidos cíclicos³.

Al igual que en la enfermedad cardiovascular, factores de riesgo no modificables, como la edad, y modificables, como la hipertensión arterial, obesidad, tabaco, hiperlipemia, diabetes y sedentarismo, originan la disfunción endotelial de los vasos sanguíneos dejando éste de producir NO, o degradándolo rápidamente^{2,3}.

En la actualidad no se pone en duda la importancia de la DE como síntoma centinela en enfermedades cardiovasculares, endocrinas, neurológicas, urológicas o psiquiátricas⁴⁻⁶.

La consideración de la DE como factor predictivo de patologías más graves y que conlleva una clara disminución de la calidad de vida global del paciente y su pareja, destaca que las funciones del médico de familia ante esta disfunción deben ser de promoción de la salud global, incluyendo la salud sexual, detección precoz y activa y abordaje integral de la DE.

Para la detección precoz y el diagnóstico es esencial una historia clínica completa y resulta de ayuda el uso de cuestionarios específicos, como el Índice Internacional de la función eréctil (IIEF) o Índice de Salud Sexual para el Varón (SHIM), completando el diagnóstico con una exploración física y determinaciones analíticas según la sospecha diagnóstica⁷⁻¹⁰.

Las características de la relación médico-paciente en la atención primaria, en cuanto al nivel de intimidad, continuidad y proximidad, facilitan el abordaje terapéutico inte-

gral e individualizado de la DE. Esto implica tener en cuenta, al margen de cuál sea la etiología del proceso, los aspectos psicológicos asociados al cuadro clínico, como pueden ser la ansiedad de ejecución, además de los factores cognitivos, psicosociales y conductuales del paciente y su pareja.

El objetivo fundamental del tratamiento de la DE es conseguir que la experiencia sexual sea satisfactoria para el paciente y para la pareja¹¹. Para ello hemos de abordar los procesos que causen de forma reversible DE (hipogonadismo, iatrogenia, etc.), hacer educación sanitaria en cuanto a la modificación de hábitos tóxicos (con especial interés en el incremento del ejercicio físico¹², a la dieta baja en grasas¹³, al abandono del consumo del tabaco¹⁴, o al control de la glucemia¹⁵) y utilizar herramientas fundamentales en el tratamiento de los problemas sexológicos, tales como la información y el consejo sexual.

Cualquier profesional motivado y mínimamente formado puede incorporar al abordaje terapéutico la información necesaria para desmitificar cuestiones relevantes relacionadas con la disfunción en la erección (pérdida de masculinidad, trastornos psicológicos graves, relaciones externas a la pareja habitual, pérdida de interés por la pareja, etc.), así como consejos sexológicos encaminados a disminuir la ansiedad de ejecución, la autoobservación y el temor al fracaso, a la vez que aumentan la concentración en los estímulos sensoriales y la satisfacción con el juego sexual (descoitalización, desgenitalización, desproveer al contacto sexual de finalidades, etc.). Si conseguimos transmitir el valor de la sexualidad como fuente de salud y de satisfacción para la relación de pareja, sin finalidades ni retos estresantes, estaremos en el camino de poder convertirla en un instrumento rehabilitador, incluso en patologías crónicas.

Es importante que el médico de atención primaria conozca los criterios de derivación de los pacientes con DE, entre los cuales destacamos: petición expresa del paciente o su pareja, no respuesta al tratamiento con fármacos específicos, conflicto de pareja y patología urológica, psiquiátrica, endocrinológica o de otro tipo que requiera diagnóstico o tratamiento especializado.

El panorama farmacológico para el tratamiento de la DE ha cambiado radicalmente desde la introducción de los inhibidores de la PDE5 en 1998. Esto es debido a su mecanismo de acción, como facilitadores de la respuesta fisiológica que deriva de un estímulo sexual adecuado, y a su buen perfil de seguridad. Sildenafil, tadalafil y vardenafil son

los fármacos inhibidores que actualmente están en el mercado. Forman parte de los tratamientos de primera línea para la disfunción eréctil¹¹ y actúan inhibiendo de forma reversible, selectiva y potente la PDE5, con lo cual aumenta la concentración de GMPc, disminuye el calcio intracitosólico por el cierre de los canales de calcio y se favorece la relajación de la fibra muscular lisa (y, por tanto, la vasodilatación que propicia la erección).

Presentan un escaso número de contraindicaciones, algunas absolutas, como alergia o intolerancia al fármaco, neuropatía óptica isquémica no arterítica, pacientes que tengan contraindicada la actividad sexual según el consenso de Pricenton^{16,17}, o uso concomitante de nitritos. Y han demostrado su seguridad, incluso en pacientes cardiovasculares, donde se presupone un beneficio añadido sobre el endotelio de los vasos alterados¹⁷.

No existe evidencia científica de superioridad de ninguno de los inhibidores; sus diferencias se basan en su farmacodinámica, afectando a aspectos importantes para la satisfacción con el tratamiento, como la duración del efecto, la interacción con alimentos o el tiempo de acción¹⁸. También los efectos adversos, aunque escasos, pueden ser diferentes, pues además de actuar sobre la PDE5 inhiben con mayor o menor potencia otras fosfodiesterasas. Cefaleas, rubor facial, dispepsia o congestión nasal son efectos adversos comunes a todos, pero las alteraciones visuales son más características de sildenafil y vardenafil, mientras que los dolores musculares son más frecuentes con tadalafil.

En un principio se usaban a demanda, antes de las relaciones sexuales, pero recientemente, teniendo en cuenta la cronicidad de la afección y la inferencia que puede suponer en el encuentro sexual, se tiende a recomendar la dosificación diaria. Por sus características farmacocinéticas parece ser tadalafil el inhibidor más indicado para este tipo de dosificación¹⁹. En diversos estudios se ha comprobado la eficacia de tadalafil diario mediante las modificaciones del dominio de función eréctil del IIFE y mediante el cambio en el porcentaje medio de pacientes que presentan penetración exitosa (SEP2) y un coito satisfactorio (SEP3)¹⁹⁻²¹.

Los medicamentos falsificados

La falsificación de medicamentos es un problema creciente tanto en cifras como en la extensión y el alcance geográfico. Ya no es un problema circunscrito a los países pobres o en vías de desarrollo, sino que también se ha extendido a la Unión Europea y otros países desarrollados.

El riesgo que supone para la salud de los pacientes el consumo de medicamentos falsificados hace necesario abordar este problema de una manera integral que incluya modificaciones de la legislación existente, medidas técnicas que dificulten la falsificación y educación de los pacientes con la implicación activa de los profesionales sanitarios.

Un medicamento falsificado es fundamentalmente un medicamento que “miente”:

- Sobre su identidad, incluyendo su empaquetado y etiquetado, nombre, composición, no sólo sobre su principio activo y dosificación.

- Sobre su origen, incluyendo el fabricante, país de fabricación o autorización sanitaria.
- Sobre su historia, incluyendo los registros y documentos relativos a los canales de distribución.

Esta definición tan completa está incluida en el texto de la propuesta de directiva que sobre medicamentos falsificados ha elaborado la Unión Europea y en ella se pueden observar cuan amplias son las posibilidades de falsificar un medicamento²².

En los análisis efectuados a medicamentos falsificados que han sido confiscados se han encontrado situaciones muy diversas, como son la ausencia total de principio activo o una concentración menor de la señalada. También se han encontrado sustancias como polvo de ladrillo, disolventes industriales, anticongelante de coches y otras sustancias potencialmente peligrosas. Destaca, por ejemplo, que en medicamentos contra la diabetes confiscados se haya encontrado raticida, o en un antialérgico principios activos de antihipertensivos^{23,24}.

En este complejo entorno, otro elemento ha venido a complicar aún más la batalla contra los medicamentos falsos: *internet*.

Se cree que alrededor de 15.000 millones de mensajes al día, lo que supone la cuarta parte del tráfico mundial de *e-mails*, son mensajes promocionando medicamentos falsos. Eso da idea de la magnitud del negocio y por qué internet se ha convertido en la herramienta favorita de los falsificadores.

Las páginas web que ofrecen la posibilidad de comprar medicamentos favorecen el anonimato tanto de los compradores como de los delincuentes que los comercializan. Además, estas páginas son difíciles de rastrear porque pueden ser activadas y desactivadas con sólo darle a un botón y cuando, al fin, se localizan, se encuentran situadas en países en los que también es complicado poder aplicar la legislación contra falsificaciones²⁵⁻²⁷.

Aunque no hay una excesiva penetración de medicamentos falsificados en España, no está de más tomar medidas precautorias para proteger la seguridad de los pacientes, que debe estar siempre en el centro de cualquier estrategia que se lleve a cabo por las autoridades sanitarias o cualquier otro estamento.

La información es un elemento esencial para que un paciente pueda detectar posibles falsificaciones y ponerlo en conocimiento de las autoridades. También los profesionales sanitarios tienen un importante papel a desempeñar a este respecto²⁸.

Es esencial poner en marcha una estrategia de comunicación e información dirigida a las asociaciones de pacientes, pacientes y al público en general acerca de los riesgos ligados a medicamentos falsificados. Debe destacarse la importancia de colaborar con los servicios de salud y los canales legales de dispensación de medicamentos, las farmacias, evitando la automedicación y el autodiagnóstico.

Bibliografía

1. NIH Consensus Conference. Impotence. NIH Consensus Development Panel on Impotence. JAMA. 1993;270:83-90.

2. Martín-Morales A, Sánchez JJ, Sáenz de Tejada I, Rodríguez L, Jiménez JF, Burgos R. Prevalence and independent risk factors for erectile dysfunction in Spain: results of the Epidemiología de la Disfunción Eréctil Masculina Study (EDEM). *J Urol*. 2001;166:569-74.
3. Cabello F. Disfunciones sexuales del hombre. En Lucas M, Cabello F. *Introducción a la sexología clínica*. Madrid: Elsevier; 2007:155-213.
4. Brotons FB, Campos JC, González-Correales R, Martín-Morales A, Moncad I, Pomerol JM. Core document on erectile dysfunction: key aspects in the care of a patient with erectile dysfunction. *Int J Impot Res*. 2004;16 Suppl 2:S26-39.
5. Wespes E, Amar E, Hatzichristou D, Montorsi F, Pryor J, Vardi Y. European Association of Urology. Guidelines on Erectile Dysfunction. [Internet]. European Association of Urology; Update march 2005. [Acceso 23 de agosto de 2009]. Disponible en: http://www.uroweb.nl/files/uploaded_files/2005_ErectileDysfunction.pdf
6. Guay AT, Spark RF, Bansal S, Cunningham GR, Goodman NF, Nankin HR, et al. American Association of Clinical Endocrinologists medical guidelines for clinical practice for the evaluation and treatment of male sexual dysfunction: a couple's problem-2003 update. *Endocr Pract*. 2003;9:77-95.
7. Rosen R, Riley A, Wagner G, Osterloh IH, Kirkpatrick J, Mishra A. The international index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology*. 1997;49:822-30.
8. Rosen R, Cappelleri J, Smith M, et al. Development and evaluation of an abridged, 5-item version of the international index of erectile function (IIEF-5) as a diagnostic tool for erectile dysfunction. *Int J Impot Res*. 1999;11:319.
9. Benítez JM, Sánchez F. Estrategia diagnóstica en los problemas sexuales. *Salud Sexual*. Documentos Clínicos SEMERGEN DoC. Madrid: Edicomplet; 2006:19-28.
10. Brenes F, Gómez JJ, Tijeras MJ, San Martín C. *Curso on line Disfunción Eréctil en Atención Primaria*. Madrid: Wolters Kluwer Pharma Solutions; 2010.
11. Hackett G, Kell P, Ralph D, Dean J, Price D, Speakman M, Wylie K. British Society for Sexual Medicine Guidelines on the Management of Erectile Dysfunction. *J Sex Med*. 2008;5:1841-65.
12. Derby CA, Mohr BA, Goldstein I, Feldman HA, Johannes CB, McKinlay JB. Modifiable risk factors and erectile dysfunction: can lifestyle changes modify risk? *Urology*. 2000;56:302-6.
13. Jackson G. The importance of risk factor reduction in erectile dysfunction. *Curr Urol Rep*. 2007;8:463-6.
14. Forsberg L, Gustavii B, Höjerback T, Olsson AM. Impotence, smoking and beta-blocking drugs. *Fertil Steril*. 1979;315:589-91.
15. Luthra A, Misra A. Erectile dysfunction in diabetic males: plausible mechanisms and management strategies. *Diabetes and Metabolic Syndrome: Clinical Research and Reviews*. 2008;2: 81-6.
16. DeBusk R, Dorry Y, Goldstein I, Jackson G, Kaul S, Kimmel SE, et al. Management of sexual dysfunction in patients with cardiovascular disease: Recommendations of the Princeton Consensus Panel. *Am J Cardiol*. 2000;86:175-81.
17. Jackson G, Rosen RC, Kloner RA, Kostis JB. The Second Princeton Consensus on sexual dysfunction and cardiac risk: new guidelines for sexual medicine. *J Sex Med*. 2006;3:28-36.
18. Sánchez F, González R, Jurado AR. Actualización de competencias en Medicina de Familia. Abordaje diagnóstico y terapéutico de la disfunción eréctil. DPC. SEMERGEN. Madrid: IM&C SA; 2009:20.
19. Porst H, Giuliano F, Glina S, et al. Evaluation of the efficacy and safety of once-a-day dosing of tadalafil 5 mg and 10 mg in the treatment of erectile dysfunction: results of a multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Eur Urol*. 2006;50:351-9.
20. Rajfer J, Aliotta PJ, Steidle CP, et al. Tadalafil dosed once a day in men with erectile dysfunction: A randomized, double-blind, placebo-controlled study in the US. *Int J Impot Res*. 2007;19:95-103.
21. Hatzichristou D, Gambla M, Rubio-Aurioles E, et al. Efficacy of tadalafil once daily in men with diabetes mellitus and erectile dysfunction. *Diabet Med*. 2008;25:139-46.
22. European Parliament. Committee on Environment, Public Health and Food Safety. Draft. Report on the proposal for directive of European Parliament and the council amending directive 2001/83.
23. European Alliance for Access to Safe Medicines. The Counterfeiting Superhighway. <http://v35.pixelcms.com/ams/assets>
24. Food and Drug Administration. FDA Initiative to Combat Counterfeit Drugs. www.fda.gov/drugs/drugsafety/ucm180899.htm
25. Jackson G. Faking it: the dangers on counterfeit medicines on internet. *Int J Clin Pract*. 2009;63:181-4.
26. Pitts P. 21st century healthcare terrorism: the perils of international drugs counterfeiting. Center for medicines on public interest, Sept 2005.
27. Medicines and Healthcare products Regulatory Agency (MHRA). Counterfeit Medicines and Devices. <http://www.mhra.gov.uk/safetyinformation/generalsafetyinformationandadvice/adviceandinformationforconsumer/counterfeitmedicinesanddevices/index.htm>
28. Bedlington N. Putting patient first, The Parliament, Special Supplement Summer 2009.

Novedades en diabetes mellitus tipo 2 en atención primaria: aspectos prácticos en el manejo de las nuevas terapias basadas en incretinas

Carlos Morillas Ariño^a y José Javier Mediavilla Bravo^b

^aSección de Endocrinología, Hospital Universitario Dr. Peset, Departamento de Medicina, Universidad de Valencia, Unidad Endocrinología IVI, Valencia, España

^bMédico de Familia, Centro de Salud Burgos Rural, Burgos, España

Objetivos de control

En las personas con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) las complicaciones, tanto macrovasculares como microvasculares,

se ven afectadas en su incidencia y progresión no sólo por la hiperglucemia, sino por la presencia de otros factores de riesgo.

A pesar de las controversias surgidas por la reciente publicación de 3 estudios, publicados durante el año 2008 y

principios de 2009, en los que no se demostró una reducción del riesgo cardiovascular^{1,2}, o incluso se encontró un incremento de la mortalidad con el control estricto de la glucemia en personas con DM2³, la ADA sigue recomendando unas cifras objetivo de hemoglobina glucosilada inferiores al 7%, ya que esta cifra ha demostrado reducir las complicaciones microvasculares y neuropáticas de las personas con diabetes. Metas inferiores al objetivo general < 7% pudieran ser sugeridas en pacientes que puedan lograrlas sin grandes hipoglucemias y otros efectos secundarios del tratamiento. Por el contrario, metas menos estrictas pueden ser apropiadas para pacientes con hipoglucemias severas, esperanza de vida limitada, complicaciones micro o macrovasculares avanzadas o presencia de comorbilidades⁴.

Tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2

El tratamiento ideal de las personas con diabetes debe ir dirigido a lograr:

- Ausencia de síntomas relacionados con la diabetes.
- Prevención de las complicaciones agudas y crónicas tanto microvasculares como macrovasculares.
- Esperanza de vida igual a las personas sin diabetes.

El tratamiento debe ir encaminado a actuar sobre los mecanismos fisiopatológicos que producen este desorden metabólico y ha de ser un tratamiento precoz e intensivo, que no se centre únicamente en la hiperglucemia, sino en el abordaje integral de todos los factores de riesgo presentes.

Existen diversos algoritmos de tratamiento para las personas con DM2 elaborados por distintas sociedades científicas e instituciones de gran prestigio.

En esta revisión hemos querido incluir algunos de los algoritmos de tratamiento de la enfermedad más utilizados en la práctica clínica habitual⁵⁻⁸.

Tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 con antidiabéticos orales e incretinmiméticos

El tratamiento con fármacos debe iniciarse cuando no se alcanzan o no puedan mantenerse los objetivos de control metabólico con la dietoterapia y los cambios en el estilo de vida (consenso del 2008 de la Canadian Diabetes Association⁸ y consenso del 2009 de National Institute for Health and Clinical Excellence del Reino Unido⁷). Los objetivos de control son mantener cifras de HbA1c < 7%.

De acuerdo con el Consenso de la Asociación Americana de Diabetes y la Asociación Europea para el Estudio de la Diabetes (ADA-EASD) de 2006, se debe iniciar desde el momento del diagnóstico el tratamiento con metformina.

La metformina debe utilizarse desde el inicio de la enfermedad y siempre que no haya intolerancia o contraindicación para su uso. En el consenso de tratamiento de la DM2 de la ADA-EASD 2008⁶ se sugiere que la metformina se puede usar de forma segura, sin riesgo de hipoglucemias, en pacientes con “hiperglucemia prediabética”, es decir, antes del comienzo de la enfermedad, en pacientes con elevado riesgo de desarrollar diabetes tipo 2.

Para el consenso de la American Collage of Endocrinology y la American Association of Clinical Endocrinologists (ACE/AACE)⁹, el inicio de la pauta terapéutica con fármacos está en función del grado de control metabólico. Si la HbA1c es de 6,5-7,5% se inicia el tratamiento con monoterapia y en caso de HbA1c > 7,5% se puede iniciar desde un principio tratamiento combinado.

Los cambios en el tratamiento deben ser precoces (cada 3 meses si HbA1c > 7%) para prevenir o retrasar las complicaciones, instaurando de forma precoz el tratamiento combinado.

Se trata de modificar el abordaje terapéutico en función de la historia natural de la diabetes y de que predomine la hiperglucemia postprandial o basal y de que se trate de pacientes con obesidad centrípeta (en los que predomina la resistencia insulínica) o de pacientes con normopeso o sobrepeso con clínica hiperglucémica más florida (en los que predomina el déficit de insulina).

Si no alcanzamos los objetivos del control de glucemia con monoterapia (metformina) es preciso un tratamiento combinado de forma precoz. Para el consenso de ACE/AACE⁹ se iniciará un tratamiento combinado si hay un mal control metabólico desde el inicio (HbA1c > 7,5%), en el que siempre se usa la metformina (excepto en caso de contraindicación o no tolerancia). Existen 4 posibilidades fundamentalmente:

- 1) Asociación con fármacos que mejoren la secreción de insulina: con inhibidores de DPP-4 (secreción de insulina más fisiológica, menor riesgo de hipoglucemias, no aumento de peso, teórica preservación de células beta) o con secretagogos clásicos (sulfonilureas de vida media corta, meglitinidas) en pacientes con normopeso o ligero sobrepeso. Los inhibidores de la DPP-4 o potenciadores de incretinas (sitagliptina, vildagliptina) pueden administrarse por vía oral (a diferencia de los análogos de GLP-1, que se administran por vía subcutánea), incluso en combinaciones fijas con metformina. Debido a su neutralidad ponderal y a su seguridad, al no incrementar el riesgo de hipoglucemias, presentan ventajas con respecto a los secretagogos clásicos (sulfonilureas, meglitinidas) para combinarse con fármacos insulinsensibilizadores (metformina o glitazonas).
- 2) Combinación de metformina + glitazonas en pacientes con obesidad o distribución centrípeta de la grasa (bajo riesgo de hipoglucemias). Las glitazonas se metabolizan en hígado y se excretan por heces, por lo que pueden utilizarse en cualquier estadio de ERC. Están indicadas en tratamiento combinado con metformina y pioglitazona también en combinación con insulina. En monoterapia sólo están indicadas si el tratamiento con metformina está contraindicado (en caso de ERC moderada o grave) o presencia de intolerancia a la metformina. Están contraindicadas en caso de insuficiencia cardíaca o hepática y hay que tener presente la posibilidad de aumento de fracturas distales en mujeres y el seguimiento de la cardiopatía isquémica en pacientes tratados con rosiglitazona.
- 3) Combinación con análogos de GLP-1 (péptido similar al glucagón 1). El GLP-1 es un péptido que se secreta por las células L del intestino delgado, que produce un aumento de la respuesta insulínica a la glucosa tras la ingesta. El único agonista del receptor de GLP-1 disponible comer-

cialmente en la actualidad es la exenatida (administración subcutánea 2 veces al día, antes de las comidas con mayor proporción de hidratos de carbono). Estos análogos son muy eficaces en pacientes con obesidad ($IMC \geq 30$ kg/m²), ya que conseguimos un excelente control glucémico posprandial y pérdida de peso, con muy bajo riesgo de hipoglucemias.

- 4) Combinación con insulina basal (análogos de insulina de acción prolongada).

A pesar de que el algoritmo de tratamiento más utilizado es el de la ADA-EASD⁶, otros expertos, como los de la American Collage of Endocrinology y la American Association of Clinical Endocrinologists (ACE/AACE)⁹, los de la Asociación Canadiense de Diabetes⁸ y los de la NICE del Reino Unido⁷, han propuesto consensos y algoritmos alternativos al de la ADA-EASD.

Nuevas terapias en relación con incretinas

Se han aprobado 2 grupos de fármacos que actúan sobre este mecanismo, los inhibidores de la DPP-4, que actúan bloqueando la enzima y prolongando la vida media de las incretinas endógenas, y los agonistas del receptor de GLP-1 (análogos o péptidos con similitudes al GLP-1), que resisten mejor la degradación. De este último grupo, todos tienen que ser administrados por vía subcutánea. El primer fármaco agonista de receptor de GLP-1 que se desarrolló fue la exenatida, péptido descubierto en la saliva del monstruo de Gila, que es capaz de resistir la degradación por la enzima DPP-4.

Los fármacos que potencian la acción de las incretinas intestinales (inhibidores de DPP-4 y análogos de GLP-1) son efectivos en el control de la glucemia (especialmente posprandial) y con acción favorable o neutra sobre el peso. La baja incidencia de hipoglucemias les confiere un claro valor añadido.

La exenatida ha sido el primer agonista del receptor de GLP-1 comercializado, denominado también exendina-4. Se trata de un péptido sintético, que presenta un 53% de semejanza con el GLP-1, pero se diferencia de éste en N-terminal, que le confiere resistencia a la enzima DPP-4, pero no atenúa su actividad biológica. Existen ensayos clínicos para evaluar la terapia adyuvante de exenatida con todos los hipoglucemiantes orales, así como con insulina¹⁰. En ellos se consigue un descenso de la HbA1c entre 0,7 y 1,1%, alcanzando un 40% una HbA1c < 7%. Disminuye la glucemia posprandial y lo hace aumentando los niveles de insulina posprandial y disminuyendo los niveles de glucagón. Produce además disminución del apetito, provocando una pérdida de peso de 2 a 5 kg, que alcanza hasta los 5,3 kg a los 3 años de seguimiento¹¹.

Como efectos secundarios más frecuentes encontramos las náuseas hasta en un 50% de los sujetos, mientras que los vómitos han sido observados sólo en raras ocasiones; no obstante, estos efectos parecen reducirse con el tiempo de uso. Se han descrito episodios de pancreatitis aguda. Se ha reportado eventos inmunes como la producción de anticuerpos dirigidos contra exenatida (en el 40-50% de los sujetos después de 30 semanas de tratamiento, probablemente como resultado de las diferencias en las secuencias entre este

péptido y GLP-1). La producción de anticuerpos anti-exenatida parece carecer de influencia en el control glucémico¹².

Por su vida media relativamente corta (2,4 h en los seres humanos), aunque mucho mayor a la de los péptidos nativos (GLP-1, GIP), requiere su administración subcutánea 2 veces al día. En España no está admitida su indicación en monoterapia y sí en combinación con metformina o sulfonilureas o en triple terapia con metformina + sulfonilureas. En EE.UU. está aprobada además su combinación con glitazonas o en triple terapia con metformina + glitazonas.

Los inhibidores de DPP-4 consiguen un descenso de HbA1c algo inferior al conseguido con los análogos de GLP-1, así como un menor control de glucemia posprandial. Tienen un efecto neutro sobre el peso, a diferencia de la reducción ponderal que se consigue con los análogos de GLP-1. Como ventajas respecto a los análogos de GLP-1, están su administración oral y baja incidencia de efectos secundarios gastrointestinales. En la actualidad están comercializados en España la sitagliptina y la vildagliptina.

Bibliografía

1. ADVANCE Collaborative Group, Patel A, MacMahon S, Chalmers J, Neal B, Billot L, Woodward N, et al. Intensive blood glucose control and vascular outcomes in patients with type 2 diabetes. *N Engl J Med.* 2008;358:2560-72.
2. Duckworth W, Abraira C, Moritz T, Reda D, Emanuele N, Reaven PD, et al. Glucose control and complications in veterans with type 2 diabetes. *N Engl J Med.* 2009;360:129-39.
3. Action to control cardiovascular risk in diabetes study group, Gerstein HC, Miller ME, Byington RP, Golf DC, Bigger JT, Buse JB, et al. Effects of intensive glucose lowering in type 2 diabetes. *N Engl J Med.* 2008;358:2545-59.
4. Skyler HS, Bergenstal R, Bonow RO, Buse J, Deedwania P, Gale EA, et al. Intensive glycemic control and the prevention of cardiovascular events: Implications of the ACCORD, ADVANCE, and VA Diabetes trials. A position statement of the American Diabetes Association and a scientific statement of the American College of Cardiology Foundation and the American Heart Association. *Diabetes Care.* 2009;32:187-92.
5. Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre diabetes tipo 2. Guía de práctica clínica sobre diabetes tipo 2. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de evaluación de tecnologías sanitarias del País Vasco 2008. Disponible en: http://www.guiasalud.es/egpc/diabetes/completa/documentos/081021_Diabetes_version_completa.pdf
6. Nathan DM, Bose JB, Davison MB, Ferranini E, Holman RR, Sherwin R, et al. Medical management of hyperglycemia in type 2 diabetes: A consensus algorithm for the initiation and adjustment of therapy. A consensus statement of the American Diabetes Association and the European Association for the study of Diabetes. *Diabetes Care.* 2009;32:1-11.
7. National Institute for Health and Clinical Excellence. Type 2 diabetes: newer agents. Type 2 diabetes: newer agents for blood glucose control in type 2 diabetes. Disponible en <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG87ShortGuideline.pdf>
8. Canadian Diabetes Association. 2008 Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Diabetes in Canada. *Can J Diab.* 2008;32 Suppl 1:s1-s201.
9. Rodbard HW, Jellinger PS, Davidson JA, Einhorn D, Garber AJ, Grunberger G, et al. Statement by an American Association of Clinical Endocrinologists/American Collage of Endocrinology

consensus panel on type 2 diabetes mellitus: an algorithm for glycemic control. *Endocr Pract.* 2009;15:541-59.

10. Amori RE, Lau J, Pittas AG. Efficacy and safety of incretin therapy in type 2 diabetes. Systematic review and meta-analysis. *JAMA.* 2007;298:194-206.

11. Chia CW, Egan JM. Incretin-based therapies in type 2 diabetes mellitus. *J Clin Endocrinol Metab.* 2008;93:3703-16.

12. Gilbert MP, Pratley RE. Efficacy and safety of incretin-based therapies in patients with type 2 diabetes mellitus. *Europ J Inter Med.* 2009;20:S309-18.

Patología de la retina

Degeneración macular asociada a la edad para médicos de atención primaria

Rosa M. Coco Martín

Unidad de Mácula y Degeneraciones Retinianas IOBA, Universidad de Valladolid, Valladolid, España

Introducción y magnitud del problema

Antecedentes y justificación del curso

La degeneración macular asociada a la edad (DMAE) es la principal causa de ceguera legal y de discapacidad visual en los países occidentales en general, y en nuestro país en particular^{1,2}. Su prevalencia es especialmente alta a partir de los 65 años, pero a partir de los 50 años ya se pueden producir casos graves de la enfermedad, dando lugar incluso a cegueras legales.

La DMAE es una enfermedad crónica de origen multifactorial en la que están implicados procesos inflamatorios en la retina³⁻¹³. Al igual que en muchas de las enfermedades crónicas que afectan a los adultos, en la DMAE existen una serie de variantes genéticas que, modificadas por efectos ambientales, ponen en marcha mecanismos de inflamación subclínica a nivel del epitelio pigmentado de la retina (EPR). Este proceso conduce a la aparición de formaciones de depósito denominadas drusas, y que guardan muchas similitudes con las formaciones que aparecen en otros procesos ligados a la edad, como son la aterosclerosis y la enfermedad de Alzheimer. Las alteraciones en el funcionamiento del EPR van a producir una serie de cambios neurodegenerativos en los fotorreceptores, resultando en la pérdida de los mismos. Este proceso crónico de evolución lenta, pero progresiva, constituye la denominada "DMAE seca", y afecta a un tercio de las personas de más de 65 años. Sobre este proceso crónico puede suceder una neovascularización aguda, grave, que conduce finalmente a un proceso de cicatrización, en el que la retina central se ve sustituida por un tejido fibrovascular con pérdida definitiva de su función. Esta última forma se denomina "DMAE húmeda" y afecta al 3% de las personas de más de 65 años. Los últimos datos epidemiológicos están demostrando un incremento de la prevalencia de esta enfermedad por encima del que sería esperable, si sólo tuviéramos en cuenta el envejecimiento de la población en el mundo desarrollado. De esta manera,

Friedman asegura que en un plazo tan breve como el 2020, el número de individuos afectados por la DMAE se habrá incrementado en un 50%¹⁴.

Estos datos son altamente reveladores de la importancia que tiene esta enfermedad desde el punto de vista de discapacidad en España, donde cerca de 7 millones de personas tienen más de 65 años. Pero son especialmente dramáticos en nuestra comunidad autónoma (Castilla y León), que es la región más envejecida de Europa, y donde la población mayor de 65 años oscila entre el 25 y el 30%, según las provincias.

Otro dato interesante es que la DMAE se está convirtiendo en una de las causas fundamentales de discapacidad visual o, lo que es lo mismo, de baja visión, definido por la OMS como una agudeza visual inferior a 0,3 en el mejor ojo. En España no existen estudios estadísticos sobre la prevalencia de baja visión en pacientes con DMAE, pero tenemos algunos datos disponibles que provienen los archivos de afiliación a la ONCE (ONCE). Sin embargo, estos datos están sesgados y presentan el inconveniente de que no se contempla el diagnóstico de DMAE de forma aislada, sino dentro de la familia de las maculopatías, que, según esos datos, suponen un 21,78% de los afiliados. A pesar de todo, también se observa en estas estadísticas cómo el grupo de edad > 65 años está aumentando, incremento supuestamente producido por el aumento en la incidencia y la prevalencia de la DMAE, grupo que en la actualidad supone un 40% de las afiliaciones. Además, en este grupo de edad, hasta un 77% de los pacientes tiene un resto visual aprovechable, estando el resto funcionalmente ciegos. En otro estudio publicado por Fernández Guardiola se observa cómo 339 de 1.000 pacientes consecutivos vistos en su consulta de baja visión tenían DMAE, lo que supondría un 33,9%¹⁵. En nuestra experiencia, en una región extremadamente envejecida como es Castilla y León, la DMAE supone más de la mitad de los pacientes de nuestra consulta de baja visión¹⁶. En estas consultas de baja visión o rehabilitación visual podemos intentar ayudar a que los pacientes saquen el mayor partido del resto visual que aún les queda y recuperen algunas de las tareas que han dejado de realizar por su problema visual.

Por último, es importante conocer que ha habido avances en los últimos años en el manejo de esta enfermedad, lo que ha hecho que ahora sea especialmente importante reconocer la sintomatología con el objeto de poder realizar un diagnóstico precoz. El tratamiento precoz produce mejores resultados de los tratamientos y, lo que es más importante, disminuye la frecuencia con que la enfermedad ocasiona discapacidad visual y, por lo tanto, disminuye las situaciones de dependencia generadas por esta patología.

Bibliografía

1. Sainz C. Estudio de causas de baja visión y ceguera en una población institucionalizada de Navarra. Thesis Doctoralis. Pamplona; 2002.
2. Escudero JM. Estudio de causas de baja visión y ceguera en una población no institucionalizada de Navarra y sus factores de riesgo. Thesis Doctoralis, Pamplona; 2002.
3. Anand A, Prabhakar S, et al. Molecular basis of AMD: current concepts and recent advances. *Trends Mol Med*. 2005;14:14.
4. Donoso LA, Kim D, et al. The role of inflammation in the pathogenesis of age-related macular degeneration. *Surv Ophthalmol*. 2006;51:137-52.
5. Bok D. Evidence for an inflammatory process in age-related macular degeneration gains new support. *Proc Natl Acad Sci USA*. 2005;102:7053-4. Epub 2005 May 10.
6. Schlingemann RO. Role of growth factors and the wound healing response in age-related macular degeneration. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol*. 2004;42:91-101. Epub 2003 Dec 18.
7. Patel N, Ohbayashi M, et al. Circulating anti-retinal antibodies as immune markers in age-related macular degeneration. *Immunology*. 2005;115:422-30.
8. Nozaki M, Raisler BJ, et al. Drusen complement components C3a and C5a promote choroidal neovascularization. *Proc Natl Acad Sci USA*. 2006;103:2328-33. Epub 2006 Feb 1.
9. Penfold PL, Madigan MC, et al. Immunological and aetiological aspects of macular degeneration. *Prog Retin Eye Res*. 2001;20:385-414.
10. Clemons TE, Milton RC, et al. Risk factors for the incidence of Advanced Age-Related Macular Degeneration in the Age-Related Eye Disease Study (AREDS) AREDS report no. 19. *Ophthalmology*. 2005;112:533-9.
11. Dasch B, Fuhs A, et al. Inflammatory markers in age-related maculopathy: cross-sectional analysis from the Muenster Aging and Retina Study. *Arch Ophthalmol*. 2005;123:1501-6.
12. Algvere PV, Marshall J, et al. Age-related maculopathy and the impact of blue light hazard. *Acta Ophthalmol Scand*. 2006;84:4-15.
13. Chen L, Wu W, et al. Light damage induced changes in mouse retinal gene expression. *Exp Eye Res*. 2004;79:239-47.
14. Friedman DS, O'Colmain BJ, et al. Prevalence of age-related macular degeneration in the United States. *Arch Ophthalmol*. 2004;122:564-72.
15. Fernández Guardiola A, Sierra Jane I. Análisis de la patología ocular y de la adaptación de ayudas visuales en pacientes afectados de Baja Visión: revisión de 1.000 casos. *Arch Soc Esp Ophthalmol*, 2001;76:527-32.
16. Coco Martín MB, Arranz de la Fuente I, González García MJ, Cuadrado Asensio R, Coco Martín RM. Primeros resultados de la Unidad de Baja Visión del IOBA. *Arch Soc Esp Ophthalmol*. 2001;76:719-22.



Medicina de Familia
SEMERGEN

www.elsevier.es/semergen



COMUNICACIONES

32º Congreso Nacional SEMERGEN

Las Palmas de Gran Canaria, 6-9 de octubre de 2010

Nota: en este número de SEMERGEN se publican las comunicaciones en el formato original presentado por los autores. Dicho formato podrá ser modificado a la hora de su presentación definitiva en el Congreso.

MÉDICO DE FAMILIA

Comunicaciones orales

10/12. LOS MALES NUNCA VIENEN SOLOS: ¿EXISTEN DIFERENCIAS EN LA GESTIÓN DE LAS CONSULTAS EN UN CENTRO DE SALUD?

F. Antón García

Centro de Salud Fuensanta. Valencia.

Objetivos: Valorar si existen diferencias, en la gestión de la consulta (C), entre los médicos generales de un centro de salud (CS).

Metodología: En nuestro CS trabajan 7 médicos generales. Período evaluado: año 2009. Variables en cada consulta: Índice Frecuentación (nº visitas/paciente/año) (IF), Gasto Estandarizado por Paciente (euros) (GEP), porcentajes: Interconsultas a Especialistas (nº interconsultas/paciente/año) (ICE), Cribado (CriHTA) y Control de Hipertensión (< 140/90 mmHg) (ConHTA), Cribado (CriDM) y Control de Diabetes (HbA1c ≤ 7%) (ConDM), uso Fármacos Sin Aportación Relevante (potencial C) (FSAR), uso Omeprazol respecto total Inhibidores Bomba de Protones (O/IBP). Datos extraídos de la Historia Clínica Electrónica y del programa GAIA (Conselleria Sanidad).

Resultados: En cada indicador se han ordenado las consultas de mejor a peor resultado: IF: C1 (4,75 visitas/paciente/año), C2, C3, C4, C5, C6, C7 (7,68 visitas/paciente/año). GEP: C1 (239,7 euros), C4, C2, C6, C5, C3, C7 (436,58 euros). ICE: C1 (0,329 interconsultas/paciente/año), C3, C4, C2, C6, C7, C5 (0,74 interconsultas/paciente/año). CriHTA: C3 (69,47%), C4, C6, C7, C1, C2, C5 (33,79%), ConHTA: C1 (32,2%), C6, C4, C7, C3, C2, C5 (17,08%). CriDM: C4 (92,28%), C6, C1, C7, C2, C3, C5 (58,36%). FSAR: C4 (2,78%), C3, C1, C2, C6, C7, C5 (5,68%). O/IBP: C1 (90,8%), C4, C2, C3, C6, C5, C7 (69,8%).

Conclusiones: Globalmente C1 y C4 son las consultas que mejores indicadores tienen y además son las que menor gasto generan, mientras que C5 y C7 son las que tienen peores indicadores y las de mayor gasto. Existen grandes diferencias en la gestión de la consulta en nuestro CS que dependen del profesional responsable.

10/13. LA INFLUENCIA DEL BLOQUEO DEL SISTEMA RENINA-ANGIOTENSINA EN EL PRONÓSTICO DE PACIENTES DIABÉTICOS. ESTUDIO BARBANZA-DIABETES

J. Fernández Villaverde^a, M. Lado López^a, J. Vidal Sampedro^b, J. Torres Colomer^a, J. Gómez Vázquez^c y V. Parga García^a

^aCAP Riveira; ^bCentro de Salud Touro; ^cCAP Aguiño. Riveira.

Objetivos: El bloqueo del sistema renina-angiotensina (SRA) ha demostrado reducir el riesgo de nefropatía y mejorar el pronóstico en diabéticos. Sin embargo, carecemos de datos poblacionales sobre el impacto de esta intervención farmacológica en diabéticos no incluidos en ensayos clínicos. El objetivo es conocer la influencia del bloqueo del SRA en una población no seleccionada de diabéticos.

Metodología: Estudio multicéntrico de cohortes prospectivas, en el que participaron 31 médicos de atención primaria, registrando las características de 1.423 pacientes diabéticos que acudieron de forma consecutiva a sus consultas y se hizo un seguimiento medio de 45 ± 10 meses.

Resultados: La edad media de los pacientes (50% varones) fue de 66 años, el 64% tenían hipertensión arterial, el 70% dislipemia y el 26% habían tenido un evento cardiovascular previo. En cuanto al tratamiento, el 55% tomaban bloqueadores de sistema renina-angiotensina, el 21% diuréticos, el 6% betabloqueantes, el 18% calcio-antagonistas, el 21% antiagregantes, el 7% nitratos y el 45% hipolipemiantes. Al finalizar el seguimiento, 393 (30%) habían sido hospitalizados, de los cuales 179 (14%) lo fueron por causa cardiovascular, y 81 (6%) habían fallecido, 40 (3%) de ellos por causa cardiovascular. El análisis multivariable identificó los siguientes factores como predictores independientes de mortalidad: edad (hazard ratio (HR) = 1,08; intervalo de confianza 95% (IC) 1,05-1,11), enfermedad cardiovascular previa (HR = 2,15; IC 1,12-4,14) y tratamiento con diuréticos (HR = 3,40; IC 1,76-6,56), mientras que la prescripción de bloqueadores del sistema renina-angiotensina tuvo un efecto protector (HR = 0,48; IC 0,25-0,93).

Conclusiones: El bloqueo del SRA reduce el riesgo de muerte y complicaciones cardiovasculares mayores en pacientes diabéticos.

10/15. PLANIFICACIÓN SANITARIA DE GRANDES EVENTOS. RIESGOS PREVISIBLES EN LA FERIA DEL CABALLO DE JEREZ DE LA FRONTERA 2009

I. Reyes Ruiz^a, L. Reyes Gómez^b, M. Fernández del Barrio^a, A. Fernández Rosa^a, A. Flores López^a y S. Corral Rosado^c

^aMédico. ^bEnfermera. ^cEnfermero. *Unidad de Gestión Clínica Madre de Dios. Jerez.*

Objetivos: Analizar las asistencias realizadas durante la feria del caballo de Jerez de la Frontera en el año 2009, en el módulo que el Excmo. Ayuntamiento de Jerez pone a disposición de los ciudadanos atendido por Cruz Roja Española, con una afluencia de aproximadamente unas 700.000 personas.

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo transversal, las variables estuvieron representadas por las asistencias realizadas por el dispositivo sanitario desde la activación del módulo el 10 de mayo al 17 de mayo en que se desactiva.

Resultados: Se realizaron 1.087 asistencias, de las cuales 882 se resolvieron en el módulo asistencial, 60 fueron derivadas al Hospital de Jerez y 145 fueron realizadas en el recinto ferial. Los días de mayores asistencias fueron el viernes y sábado de feria con 226 y 262 respectivamente. Las patologías más habituales son las intoxicaciones etílicas y traumatismos, 17 y 24 el viernes y 4 y 25 el sábado. Por patologías definidas fueron atendidos 152 heridas, 89 intoxicaciones, 89 contusiones, 23 esguinces, 26 quemaduras y un grupo englobados en patologías menores con 623 asistencias. Del 95% de la población la edad estaba comprendida entre 15 y 50 años. En el proyecto "niño perdido" se colocaron 444 pulseras.

Conclusiones: La instalación del módulo minimiza los riesgos de afectación individual, aumenta la eficacia y rapidez de la primera asistencia, favoreciendo las condiciones del paciente al segundo nivel asistencial. Potencia la atención sanitaria que el SSPA ofrece a los ciudadanos. Minimiza la pérdida de menores con el proyecto "niño perdido".

10/16. PLANIFICACIÓN SANITARIA DE GRANDES EVENTOS. RIESGOS PREVISIBLES EN EL GRAN PREMIO DE MOTOCICLISMO DE JEREZ 2009

I. Reyes Ruiz^a, L. Reyes Gómez^b, M. Fernández del Barrio^a, A. Fernández Rosa^a, M. Gallego Cabrera^c y P. Coco Alonso^c

^aMédico. ^bEnfermera. *Unidad de Gestión Clínica Madre de Dios. Jerez;* ^cMédico. *Unidad de Gestión Clínica Madre de San Benito. Jerez.*

Objetivos: Analizar las asistencias realizadas durante el Gran Premio de España de Motociclismo que se celebra en Jerez de la Frontera en el 2.009, y durante el cual se activa el nivel II del PTEAnd. Se estima una afluencia de aproximadamente 250.000 personas.

Metodología: Se realiza descriptivo transversal, las variables estudiadas fueron por las asistencias realizadas por el DCCU móvil de Jerez de la Frontera desde la activación del Plan el 1 de abril a las 00,00 horas al 4 de abril a las 20,00 que se desactiva.

Resultados: Durante este periodo se produjeron 74 asistencias. Predominan de asistencias al sexo masculino, con una edad media de 15 a 65 años, prestándose más incidencia en la banda horaria de 08.00 a 15.00. Un 20% de las asistencias fueron traumatológicas de las cuales un 90% fueron consecuencia de accidentes de tráfico en la ciudad y un 41% fueron derivadas al hospital. No se produjeron toxiinfecciones alimentarias. Población mayoritariamente joven que acuden al evento. 30 incidencias sanitarias desde PMA. Hubo un fallecido relacionado con el evento, accidente de tráfico, colisión frontal coche-moto.

Conclusiones: Una buena planificación sanitaria para un gran evento como este Gran Premio de Jerez minimiza los riesgos de

afectación individual, mejorando la transferencia de los pacientes a 2º nivel, adecuando los recursos a lo establecido en el PTEAnd, con la implicación de todo el Distrito Jerez Costa Noroeste, ya que simultáneamente hay que mantener la asistencia a la población general. Acude al evento población mayoritariamente hombres más del 50%.

10/17. PLANIFICACIÓN SANITARIA DE GRANDES EVENTOS. RIESGOS PREVISIBLES EN LA ROMERÍA DEL ROCÍO. CAMINOS DE CÁDIZ. EVALUACIÓN TRIENIO 2007-2009

I. Reyes Ruiz^a, L. Reyes Gómez^b, M. Fernández del Barrio^a, M. Vázquez Pérez^a, M. Gallego Cabrera^c y P. Coco Alonso^c

^aMédico. ^bEnfermera. *Unidad de Gestión Clínica Madre de Dios. Jerez;* ^cMédico. *Unidad de Gestión Clínica Madre de San Benito. Jerez.*

Objetivos: Analizar las asistencias realizadas los años 2007, 2008 y 2009 en los módulos asistenciales para la atención los peregrinos situados en la playa de Bajo de Guía en Sanlúcar de Barrameda y Palacio de Marismilla en el Coto de Doñana.

Metodología: Se realiza un estudio de carácter descriptivo transversal, las variables estuvieron representadas por las asistencias realizadas durante la activación del Plan Romero a su paso por el río Guadalquivir desde la playa de Bajo de Guía en Sanlúcar de Barrameda a la playa de Malandar en el Coto de Doñana.

Resultados: Durante el periodo evaluado, de aproximadamente 35.000 romeros que atravesaron el río, se produjeron 218 (0,6%) asistencias de las cuales 86 están englobadas en grupo XIX (traumatismos) de codificación CIE-10, 58 en el grupo X (sistema respiratorio), 26 en el grupo XI (aparato digestivo), 12 en el grupo XII (enfermedades de la piel) y el resto 36 otras. Casi un 40% de ellas se concentran el miércoles de ida, día de paso de Sanlúcar y Jerez de la Frontera. Ha habido una disminución en el número de personas, caballo, carretas y vehículos que atraviesan el río. No se produjo toxiinfección alimentaria.

Conclusiones: Una buena planificación sanitaria para un gran evento como la romería del Rocío a su paso por Sanlúcar minimiza los riesgos de accidentes individuales y previene toxiinfecciones alimentarias. Ha habido una disminución en el paso de personas, caballos, carretas y vehículos por la disminución de acreditaciones como prevención medioambiental del Coto y la crisis económica.

10/22. UTILIZACIÓN DE LA SANIDAD PRIVADA POR LAS EMBARAZADAS SEGUIDAS EN UN CENTRO DE SALUD PÚBLICO

M. Sánchez Pérez, F. Paniagua Gómez, S. Mesa González, A. Baca Osorio, J. Retamero Orta y J. Mancera Romero

UGC Ciudad Jardín. Distrito Sanitario Málaga. Málaga.

Objetivos: Nuestro objetivo fue conocer y analizar los motivos que conducen a las embarazadas, con cobertura sanitaria pública y seguidas en nuestro centro de salud, para utilizar además los servicios sanitarios privados durante el embarazo.

Metodología: Estudio cualitativo mediante cuestionario autoadministrado. Ámbito de atención primaria, centro de salud urbano. Embarazadas que parieron durante el año 2005 y que realizaron sesiones de educación maternal con la matrona (veinte grupos). Se utilizaron las respuestas obtenidas de los cuestionarios cumplimentados. La saturación de la información se garantizó con el análisis por separado de los veinte grupos de participantes. Se realizó un análisis de contenido de las diferentes categorías.

Resultados: Se construyeron seis categorías (ecografías, tranquilidad y seguridad, seguimiento por el ginecólogo privado, el trato recibido, la comodidad y aspectos relacionados con el centro de

salud). Los temas relacionados con las ecografías (número y calidad) y con el número de visitas subyacen en la mayoría de las respuestas. Las embarazadas consideran que deben realizarse más ecografías durante el seguimiento del embarazo. La atención recibida en el centro de salud es considerada de manera satisfactoria.

Conclusiones: El número y la calidad de las ecografías son los principales motivos que inducen a las embarazadas a utilizar los servicios sanitarios privados. La seguridad y tranquilidad aparecen como motivos recurrentes. El seguimiento del embarazo por el médico de familia en atención primaria no aparece como motivo para utilizar la sanidad privada.

10/23. ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA OCULTA EN POBLACIÓN DIABÉTICA SEGUIDA EN ATENCIÓN PRIMARIA

F. Paniagua Gómez, J. Mancera Romero, M. Sánchez Pérez, J. Sasporte Genafó, F. Taboada González y M. Miranda Vázquez

UGC Ciudad Jardín. Distrito Sanitario Málaga. Málaga.

Objetivos: El objetivo de nuestro estudio fue estimar la prevalencia de enfermedad arterial periférica (EAP) no diagnosticada, mediante el índice tobillo-brazo (ITB), en pacientes diabéticos tipo 2 de una zona urbana seguidos en Atención Primaria (AP) y los factores asociados a la misma.

Metodología: Estudio descriptivo transversal (de prevalencia). Muestreo aleatorio sistemático de pacientes diabéticos tipo 2, entre 50-80 años, seguidos en AP. Nuestra variable dependiente fue la presencia de EAP diagnosticada mediante un ITB < 0,9. Variables independientes: demográficas, clínicas y de laboratorio. Para determinar las variables asociadas a un ITB patológico se utilizó la regresión logística binaria por pasos hacia adelante.

Resultados: Muestra de 456 pacientes, de los que 243 (53%) eran hombres, con una edad media de 61 ± 6 años. Presentaron ITB < 0,9: 126 pacientes (27,6%), ITB entre 0,9 y 1,3: 310 pacientes (68%) y un ITB > 1,3: 20 pacientes (4,4%). Mediante análisis multivariante las variables relacionadas con un ITB < 0,9 fueron el ser o haber sido fumador, los años de evolución de la diabetes, el número de plaquetas y la hipertrigliceridemia, mientras que con un ITB > 1,3 fueron el perímetro de cintura y las complicaciones microvasculares.

Conclusiones: La prevalencia de enfermedad arterial periférica es elevada, consistente con lo publicado. Esta alta prevalencia de ITB alterado refuerza la recomendación de realizar el índice tobillo-brazo a todos los diabéticos valorados y seguidos en AP. El hábito tabáquico, los años de evolución de la enfermedad, el número de plaquetas y la hipertrigliceridemia se asocian a la presencia de un ITB bajo.

10/25. INCIDENCIA DEL CÁNCER EN NUESTRA ÁREA BÁSICA DE SALUD. COMPARACIÓN DE TASAS BRUTAS CON LOS REGISTROS DE CANARIAS

G. Estrada Bancells^a, M. Gómez López^a, C. Pascual González^a, S. López García^a, R. Valverde Pérez^a y N. Cortés Caminal^b

^aMédico de Medicina Familiar y Comunitaria. ^bDiplomada en Enfermería. ABS Malgrat de Mar.

Objetivos: Conocer la incidencia de las principales neoplasias que se registran en nuestra área básica de salud, que comprende dos poblaciones, Malgrat de mar y Palafolls, con una población de Canarias. Comparar los datos obtenidos con los registros poblacionales existentes de Canarias. Saber si el hecho de vivir en nuestra área básica se asocia, con significancia estadística, con el diagnóstico de alguna neoplasia.

Metodología: Se trata de un estudio de base poblacional (todos los pacientes dados de alta del programa OMI de los dos centros de

nuestra área básica que tienen el médico asignado en el mismo centro, y que están empadronados en Malgrat o en Palafolls).

Resultados: Se han estudiado 376 neoplasias en el período de tiempo 2004-2008, 204 mujeres y 172 hombres. Se presenta la frecuencia relativa de las principales localizaciones tumorales correspondientes a dicho período.

Conclusiones: Los tumores más frecuentes en hombres son: pulmón, vías urinarias, próstata y colon. Los tumores más frecuentes en mujeres son: mama, ginecológicos y colon. Se observa que, en mujeres, la tasa bruta de cáncer de mama es significativamente superior en nuestra zona en comparación con Canarias, algo superior en cáncer ginecológico y sin apenas diferencias en colon. Por lo que a hombres se refiere, en los casos de cáncer de pulmón y próstata, se observa una apreciable menor incidencia en nuestra zona.

10/29. PROYECTO DE GRUPO PSICOEDUCATIVO DIRIGIDO A FAMILIARES Y CUIDADORES DE PACIENTES INCLUIDOS EN EL PROGRAMA ADI (ATENCIÓN DOMICILIARIA)

G. Estrada Bancells^a, M. Furquet Tudela^b, M. Parcerisa Ramírez^c, M. Resina Bastidas^b y R. Vera Barbadillo^b

^aMédico de Familia. ^bEnfermera. ^cTrabajadora Social. ABS Malgrat de Mar.

Objetivos: En nuestra experiencia en atención domiciliaria hemos detectado las necesidades y las posibles dificultades a las que se enfrenta el cuidador, tanto a nivel personal como en relación al cuidado del paciente. El objetivo general es mejorar la atención al paciente. Los objetivos específicos: aumentar conocimientos de los cuidadores y que el cuidador se sienta apoyado.

Metodología: Tanteo de la población diana. El objetivo es conocer el interés de los cuidadores en el proyecto y su posible participación. Las enfermeras de domiciliaria entregan unos folletos informativos directamente a los cuidadores. Posteriormente, y una semana antes de la primera sesión el servicio de administración envía una carta recordando la fecha, contenido y lugar de celebración de la primera sesión. Consta en un primer inicio, de cinco sesiones de una hora de duración cada una, con una periodicidad quincenal.

Resultados: Cuantitativos: en cada sesión hacemos una lista con las personas asistentes y cuantos pertenecen al mismo paciente, identificamos el vínculo que los une al paciente y el diagnóstico del paciente. Cualitativa: proporcionamos un pequeño cuestionario al final de cada sesión. Los resultados que hemos obtenido, por el momento, es una muy aceptable asistencia de los cuidadores y un grado de satisfacción por parte de ellos bueno.

Conclusiones: Confirmamos la necesidad de apoyo y de ayuda que tienen los cuidadores por su participación activa durante las primeras sesiones. Continuidad del proyecto en relación a la demanda hecha por los cuidadores.

10/30. EFECTIVIDAD DE LA TERAPIA NEURAL EN ATENCIÓN PRIMARIA: UNA POSIBILIDAD TERAPÉUTICA A CONSIDERAR

O. Lóriz Peralta, A. Raya Rejón, D. Pérez Morales, A. Girona Amores, Q. Parés Ubach y C. Alós Manrique

EAP Badalona-6 Llefià. Barcelona.

Objetivos: Evaluar la efectividad de la terapia neural (TN) para disminuir el dolor y el consumo de fármacos.

Metodología: Estudio de intervención "antes y después" en centro de atención primaria de barrio de la periferia de Barcelona. Se incluyeron 82 pacientes con edades entre 25 y 85 años. Mediante entrevista personal se recogieron datos antes de la intervención y después a las 2 semanas, 3 meses y 6 meses mediante la escala vi-

sual analógica (EVA) para la valoración de las variaciones del dolor y sobre el consumo de fármacos para el dolor.

Resultados: Edad media: 55 años (DE: 15,29), 19 hombres (23,4%) y 63 mujeres (76,8%). Tiempo de dolor pre-intervención; media: 21,58 meses (DE: 28,64). Fármacos diferentes para el dolor pre-intervención: ninguno en 5 pacientes (6,1%), uno: 40 (48,8%), dos: 24 (29,3%), 3 o más: 13 (15,9%). El total de diagnósticos: 23. Rango de tandas: 1-4. EVA media pre-intervención: 7,94 (DE: 1,68). La EVA había mejorado de media a las 2 semanas 3,30 (DE: 2,50), a los 3 meses 4,19 (DE: 2,89) y a los 6 meses: 4,46 (DE: 3,02) ($p = 0,000$ comparando la media de las 3 EVAs respecto a la inicial, t de Student para datos apareados). Respecto a la reducción del consumo de fármacos: solamente un 25,6%, un 23,2% y un 20% de los pacientes no redujeron dicho consumo a las 2 semanas, 3 meses y 6 meses respectivamente.

Conclusiones: La TN puede ser eficaz en disminuir el dolor frente a múltiples diagnósticos así como el consumo de fármacos. Faltarían ensayos clínicos que lo confirmaran.

10/39. LA ADQUISICIÓN DE NUEVAS HABILIDADES EN ATENCIÓN PRIMARIA MEJORA LA CAPACIDAD RESOLUTIVA

G. Ferriz Villanueva

ABS Sagrada Familia. Barcelona.

Objetivos: Análisis y evaluación de la capacidad resolutive en AP mediante la implementación de la consulta de crioterapia en atención primaria (CCAP).

Metodología: Estudio descriptivo retrospectivo en un área básica de salud urbana con una población asignada de 22.728 en 2006 y 23.656 en 2008. Descripción de la actividad de la CCAP y análisis comparativo de la capacidad resolutive (estimada mediante las derivaciones por 100 habitantes (D100H)) en dermatología (D) antes y después de su implementación en el 2007.

Resultados: Interconsultas D 2006: 1.345. D100H: 5,9. Interconsultas D 2008: 1.098. D100H: 4,6. 249 visitas a CCAP (133 primeras visitas). Se valoraron 369 lesiones, 6 derivadas para valoración por dermatólogo de zona. Se aplicó crioterapia con buena tolerancia en el 98% de los casos y sólo 10 casos presentaron complicaciones en forma de ampolla. Tipo de lesión tratada en CCAP: 56,25% acrocordón; 12,2% verruga vulgar; 9,5% fibroma; 8,6% queratosis seborreica; 4,6% verruga plantar; 4,6% queratosis actínica; 4% lentigo solar; 0,27% otros. Motivos de consulta en derivaciones a dermatología (MCDD) 2006: Lesiones tributarias CCAP (30,8%): 69,6% verruga; 14,3% acrocordones; 8,9% seborreicas; 7,1% actínicas. Lesiones no tributarias CCAP (69,2%): 28,6% dermatitis; 20,6% micosis; 18,2% nevus; 7,9% acné; 3,9% neoplasia; 3,17% condilomas; 17,5% otros. MCDD 2008: Lesiones tributarias CCAP (11,6%): 53,8% verrugas; 38,5% seborreicas; 7,7% acrocordón; Lesiones no tributarias CCAP (88,4%): 27,3% dermatitis; 22,2% nevus; 12,1% neoplasias; 9% micosis; 5,1% condilomas; 5,1% acné; 19,1% otros. Interconsultas lesiones tributarias CCAP 2006: D100H: 1,8. Interconsultas lesiones tributarias CCAP 2008: D100H: 0,5.

Conclusiones: La implementación de la CCAP mejora la capacidad resolutive en AP y puede contribuir a mejorar la accesibilidad de la población a la atención especializada.

10/40. ¿CÓMO PODEMOS MEJORAR EL MANEJO DE LA ANSIEDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA?

M. Rojas Blanc, A. Valsera Robles, G. Ferriz Villanueva, N. Riera Nadal, M. Borrás Alborch y A. Rivero Morcillo

ABS Sagrada Familia. Barcelona.

Objetivos: Descripción, análisis de la eficacia y grado de satisfacción del usuario, de un programa grupal, el Taller de Relajación,

dentro del Programa de Soporte de Salud mental a la Atención Primaria (AP), diseñado para el mejorar el manejo de la ansiedad, basado en la psicoeducación y las técnicas de relajación partiendo de la definición de ansiedad, siguiendo estrategias de afrontamiento y la reestructuración cognitiva.

Metodología: Estudio descriptivo transversal de una muestra compuesta por los pacientes incluidos en los grupos de relajación realizados durante el 2009 en el ABS. Se incluyeron en el programa aquellos usuarios que presentaban clínica de ansiedad y que se consideraron tributarios de beneficiarse de intervención.

Resultados: 100% mujeres. 80% entre 45-60 años. Principales causas de ansiedad: 37,3% crisis madurativas; 34,8% enfermedad propia/familiar; 27,9% conflictos familiares. Visitas médicas totales, de todos los integrantes del grupo, por ansiedad/estrés antes/después (durante un año), de intervención grupal: 34/8. Reducción consumo fármacos ansiolíticos: 89%. Encuesta satisfacción: Interés por actividad 3.7/4; Aportación teórico-práctica 3.5/4. Habilidades aprendidas: 3,9/4; Aplicabilidad: 4/4.

Conclusiones: Los talleres de relajación en AP son una herramienta útil para el manejo de la ansiedad, disminuyendo la demanda de atención médica y el consumo de fármacos ansiolíticos. Existe, además, un alto grado de satisfacción por parte del usuario, permitiéndole optimizar el manejo de la ansiedad en su vida diaria, predominantemente por las habilidades aprendidas y su aplicabilidad.

10/45. ACREDITACIÓN EXTERNA DE LA CALIDAD DE UN CENTRO DE SALUD

F. Antón García y M. Richart Rufino

CS Fuensanta. Valencia.

Objetivos: Describir el proceso de acreditación externa de un Centro de Salud (CS), enumerando las principales ventajas obtenidas.

Metodología: La Dirección del Departamento de Salud propone al CS someterse a un proceso de acreditación de calidad por una Agencia externa. Tras discusión interna se decide aceptar. Inicialmente se realiza una autoevaluación, siguiendo un cuestionario, para conocer la situación de partida, y tras un periodo de un año, en el que el CS intenta solucionar las deficiencias encontradas se somete a la evaluación externa.

Resultados: Han participado todos los estamentos, se ha trabajado por comisiones, presentando los resultados al equipo en sesiones, siendo discutidos. Objetivos prácticos obtenidos: Revisión, actualización, y en su caso elaboración de nuevo, estableciendo la periodicidad de evaluación, de Programas y protocolos clínicos, asignando responsables. Plan estratégico para 5 años. Circuitos internos y externos. Plan logístico. Organigrama CS y Departamento. Sistematización y redacción de todas las actividades. Manual Acogida para trabajadores nuevos. Reglamento Régimen Interior. Guía usuario. Plan Formación continuada. Sistematizar y potenciar las sesiones. Revitalizar Comisión de Calidad interna. Plan Emergencias (realizando ejercicio práctico). Plan Prevención Riesgos laborales, Agresiones? Toda la documentación elaborada y revisada está disponible en la página web del CS, fácilmente accesible para todos los trabajadores del mismo.

Conclusiones: El CS alcanzó la acreditación externa. Ha supuesto un gran esfuerzo por parte del personal del CS que ha trabajado en equipo, pero ha servido para revitalizar, reorganizar el centro y promover la autoevaluación sistemática, buscando la mejora continua de la calidad.

10/46. VALORACIÓN DE LAS AUSENCIAS DE LOS PACIENTES A LAS CONSULTAS EN UN CENTRO DE SALUD

F. Antón García, A. Cubides Núñez, J. Otero García, J. Navarro Marco e I. Tomás Saura

CS Fuensanta. Valencia.

Objetivos: Cuantificar y determinar las características de pacientes citados que no acuden a las consultas en un Centro Salud (CS) para poder plantear acciones de mejora.

Metodología: Nuestro CS dispone diariamente 8 consultas medicina general (MG), 2 pediatría (P), 1 extracciones (E) y 2 semanales del trabajador social (TS). Para determinar el impacto, en la marcha del equipo, de las inasistencias de los pacientes citados, hemos evaluado durante un mes las mismas.

Resultados: MG: citados diarios 33,1 (30,4 demanda, 2,7 programada). Ausencias 2,9 (2,7 demanda, 0,2 programada) 8,5%, sin diferencias de sexo ni de día de la semana pero sí de edad (11,1% en ≤ 65 años, 5% > 65 años). Huecos libres diarios: 2,4. Atendidos sin cita 7,4. P: citados 30,6 (27,4 demanda, 3,2 programada). Ausencias 4,1 (3,6 demanda, 0,5 programada) 13,4% (los lunes 20,3%). Huecos libres 1,8. Pacientes sin cita 3,8. E: Citados diarios 34. Ausencias 4,9 (16% los lunes 27%). No hay diferencias por sexo pero sí por edad (16% en ≤ 65 años, 8% en > 65 años). TS: citados diarios 18. Ausencias 5,8 (36%). Según datos encontrados (ausencias y huecos libres): en MG deberían verse sin cita sólo 3 pacientes/día; en P ninguno.

Conclusiones: El índice de ausencias es alto, sobre todo en extracciones y en la TS. El índice es mayor los lunes. Los pacientes citados a demanda más jóvenes (sin diferencias en el sexo) son los que más faltan. Es preciso plantear acciones de mejora de las inasistencias, ya que éstas alargan la lista espera.

10/48. IMPORTANCIA DE DISPONER EN EL CENTRO DE SALUD DE UNA PÁGINA WEB PROPIA

F. Antón García y J. Soriano Faura

CS Fuensanta. Valencia.

Objetivos: Describir el proceso de elaboración y contenidos de una página web del Centro (CS) enumerando las principales ventajas obtenidas.

Metodología: En una sesión se plantea la posibilidad de elaborar una página web propia, que sea de utilidad fundamentalmente interna. Tras discutirlo se decide elaborarla. Es un proceso en que está involucrado todo el equipo. El diseño se define primero, y cada miembro según su responsabilidad-función elabora el documento necesario para incluir en la futura web. En sesiones el equipo comprueba la utilidad y estructura en la Web. Una vez elaborada, se prueba durante tres meses antes de alojarla en un servidor. El acceso al servidor de Internet permite que el coordinador de la web, persona del centro, mantenga actualizada la misma.

Resultados: En el encabezamiento aparecen los teléfonos más importantes. Apartados de la página: 1. Organización: Todos los procedimientos administrativos del centro, contingencias de atención y organigramas de trabajo y funciones. 2. De interés sanitario: Consejos (dietas, ejercicios rehabilitación...), tests médicos, protocolos del CS, calculadoras sanitarias... 3. Agencia de Salud de la Consejería: Directorios de la red sanitaria del distrito, legislación... 4. Normativa interna del CS: Planes: Emergencias, Logístico, Acogida, Formación continuada, Estratégico. Reglamento Régimen Interno. Manual procedimientos. Comisión de calidad. Actuación ante situaciones conflictivas. Rotación de residentes, estudiantes...

Conclusiones: La página web está siendo de gran utilidad, tanto para el personal que trabaja de forma permanente en el CS, como para las nuevas incorporaciones (residentes, sustitutos...) ya que contiene la información necesaria y actualizada para el trabajo cotidiano.

10/51. ¿PODEMOS MEJORAR LAS UNIDADES ASISTENCIALES EN UN CENTRO DE SALUD?

F. Antón García, I. Tomás Saura, A. Cubides Núñez, E. Correcher Salvador y D. Pruteanu

CS Fuensanta. Valencia.

Objetivos: Describir el proceso de mejora de una Unidad Asistencial (UA) de nuestro centro de salud (CS).

Metodología: La UA (medicina + enfermería) es una forma de trabajo frecuente en Atención Primaria, por lo que es preciso intentar mejorarla de forma progresiva. Nuestra UA ha establecido una serie de estrategias sencillas de forma habitual para alcanzar este objetivo, aunque otras UA del mismo equipo no las realicen. Premisa necesaria: disponibilidad de una UA (1:1) lo más estable posible y voluntad de mejorar.

Resultados: Estrategias desarrolladas: Hacer coincidir franjas horarias en el centro lo más posible y cuando se puede consultas intercomunicadas. Hemos establecido horario fijo semanal (30-40 minutos) para comentar: pacientes, establecer circuitos propios, introducción de nuevas técnicas (MAPA, realización de test sistemáticos (cuidadores de encamados)...), acordar contenidos de la consulta a demanda de enfermería (manejo técnicas inhalación, realización minimal...). La enfermera cita en mi franja de programada (sin presencia del paciente) aquellos que tiene citados próximamente, para valorar necesidad de pruebas complementarias y las solicite u otros aspectos, con el fin de no duplicar consultas innecesarias. Implicación en estudios sencillos que presentamos conjuntamente en sesiones, congresos... (evaluación aspectos de nuestros pacientes, estudio de ausencias de citados...). Visitas conjuntas a nuestros pacientes ingresados en el hospital de referencia (lo tenemos muy cerca)...

Conclusiones: Con estas sencillas medidas, hemos mejorado nuestra satisfacción en el trabajo, crecemos profesionalmente, mejora la relación humana, crece la responsabilidad compartida sobre todos los pacientes asignados (no sólo los enfermos crónicos). Los residentes se han integrado en esta dinámica de trabajo.

10/53. LA GESTIÓN CLÍNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

M. Cerrato Rodríguez, J. Saavedra Miján y J. Pérez Suárez

Gerencia de Atención Primaria Área VI Arriondas. Asturias.

Objetivos: Análisis y valoración de las Unidades de Gestión Clínicas del Principado de Asturias (Real Decreto 66/ 2009 14/julio de 2009), durante el primer año de la implantación del programa piloto.

Metodología: En el Sistema de Información Normalizado para Objetivos de Calidad (SINOC) se define el programa de Acreditación de Unidades Clínicas para Asturias, siendo encuadradas al inicio todas las unidades en el nivel 1A, y los objetivos que deben alcanzar para cumplir con el Acuerdo de Gestión incluyen: 1. Objetivos del Contrato Programa (CP) y Servicios Propios. 2. Objetivos de Calidad. 3. Objetivos de Gestión. 4. Se realización 3 tipos de encuestas: a) Encuesta de satisfacción de usuarios (según el modelo de la Joint Commission). b) Encuesta de liderazgo realizada por el SESPA a los profesionales de estas UGC. c) Encuesta de satisfacción laboral a los profesionales (según el modelo EFQM).

Resultados: Se han alcanzado más del 90% de los objetivos del CP y más del 80% de los de calidad. Asimismo, los objetivos de gestión han sido superados, de forma que el superávit obtenido ha revertido, en parte, en los centros y, en parte, en los profesionales.

Conclusiones: El análisis de los resultados nos puede permitir la planificación de determinadas acciones que minimicen los efectos adversos finales. El modelo de las UGCs contribuye al cumplimiento del contrato-programa, a la mejora de las condiciones de calidad

de los centros y a la contención del gasto farmacéutico. El liderazgo y el alto grado de satisfacción (medido por las encuestas) son claves en la consecución de objetivos.

10/55. REGISTRO DE INCIDENCIA DE CÁNCER TOTAL POR LOCALIZACIONES Y TIEMPO DE DEMORA EN EL DIAGNÓSTICO DEFINITIVO, EN LA ZONA DE SALUD DE EPILA (ZARAGOZA)

L. Royo Goyanes, F. Gómez Bernal y J. Royo Doménech

Médico de Familia. Centro de Salud Epila. Zaragoza.

Objetivos: Conocer la incidencia total de cáncer y por localizaciones en la Zona Salud y el tiempo de demora en el diagnóstico, partiendo de la base de que el menor tiempo empleado en diagnosticar y tratar las enfermedades incide tanto en el bienestar del enfermo como en la calidad asistencial.

Metodología: utilizando el método epidemiológico descriptivo y el análisis estadístico valorando media, mediana y moda para medir las demoras, usando como fuente el registro específico de cáncer ya existente en el que figuran: edad, sexo, localización y fecha de diagnóstico de sospecha y de confirmación.

Resultados: Contrastando los resultados obtenidos con los obrantes en el Registro de Tumores de Zaragoza, conoceremos la incidencia real de cáncer y por localizaciones así como el tiempo de demora, estimando el tiempo transcurrido entre los primeros síntomas y el diagnóstico de certeza.

Conclusiones: Valorar la labor del médico de Atención Primaria detectando los primeros síntomas de alerta y el conocimiento de los factores de riesgo preexistentes, desempeñando un papel fundamental en el diagnóstico precoz. En otro orden de cosas destacar como las peculiaridades del mundo rural y el envejecimiento poblacional puedan justificar las discrepancias existentes entre nuestros datos y los obrantes Registro de Tumores de Zaragoza.

10/74. ¿REALMENTE EXISTE CONTINUIDAD EN LA ASISTENCIA AL PACIENTE TERMINAL?

I. García Barrio^a y M. Cerrato Rodríguez^b

^aGerencia Atención Primaria. Área VIII. Asturias; ^bGerencia Atención Primaria. Área VI. Asturias.

Objetivos: Describir y valorar el trabajo realizado en cuidados paliativos por los Equipos Atención Primaria (EAP) de dos Áreas Sanitarias de Asturias durante los años 2008-2009.

Metodología: La población a estudio fueron todos los pacientes que tuvieran creado el Episodio CIAP "A 99". Los datos se recogieron de dos fuentes: 1) De la Historia clínica de pacientes introducidos en la base de datos del programa informático OMI_AP pertenecientes a los centros de las zonas básicas de las áreas. 2) Encuesta estructurada a profesionales (médicos y enfermeras) que realizaron la actividad.

Resultados: La mitad de los protocolos analizados presentaron deficiencia en el registro tanto en síntomas como en el tratamiento. Se observó retraso en la inclusión de los pacientes en el protocolo ya que un 32% se hizo en los últimos 7 días de vida. Solamente en el 15% de los casos se utilizaron opioides.

Conclusiones: Existe una gran variabilidad de criterios para la captación e inclusión de estos pacientes en el protocolo de atención al paciente terminal. El uso de opioides en nuestros pacientes es inferior al de las recomendaciones internacionales. Las principales dificultades con las que se encuentran nuestros profesionales son falta de experiencia y formación, la elevada carga asistencial y la descoordinación entre Atención Primaria y Atención Especializada, según las encuestas.

10/87. PATOLOGÍA FUNCIONAL TIROIDEA: INCIDENCIA EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA

L. Bautista Galí, E. León Méndez, M. Pozo Montolio, P. Larrosa Sáez, M. Sender Palacios y M. Vernet Vernet

CAP Terrassa Nord. Terrassa.

Objetivos: Conocer la incidencia de patología funcional tiroidea (PFT) en un centro de atención primaria.

Metodología: Diseño: estudio retrospectivo descriptivo. Ámbito: centro de atención primaria urbano. Población estudiada: Población atendida > 14 años. Fuente: Historia clínica y determinaciones analíticas. Variables analizadas: Sociodemográficas (sexo y edad), y analíticas (determinación de tirotrópina, tiroxina libre y anticuerpos antitiroideos).

Resultados: La población susceptible a estudio, en la cual se determinó la función tiroidea, fue de 3.010 pacientes. La función tiroidea estaba alterada en 370, siendo de nuevo diagnóstico 169 (edad media 52 ± 19 años; 84% mujeres). La incidencia acumulada (IC) fue del 5%. Distribución de incidencia: hipotiroidismo clínico 16 (IC: 5%) (edad 59 ± 14 años; 87% mujeres), hipotiroidismo subclínico 90 (IC: 2,9%), (edad 52 ± 20 años, 82% mujeres), hipertiroidismo clínico 10 (IC: 3%) (edad media 50 ± 17 años; 90% mujeres), y hipertiroidismo subclínico 10 (IC: 3%) (edad 44 ± 18 años; 80% mujeres). No se observaron diferencias significativas respecto a edad y sexo, en las distintas patologías. Determinación de anticuerpos antitiroideos: hipertiroidismo 71% (60% positivos); hipotiroidismo 50% (43% positivos). Un 72% de los nuevos casos fueron registrados en la historia clínica.

Conclusiones: La incidencia de PFT fue de 169 casos/año, con un predominio de hipotiroidismo subclínico, sin diferencias significativas en relación a edad y sexo. Se observa un infraregistro de PFT en la historia clínica. Se ampliará el trabajo a 5 años, dados los pocos estudios de incidencia de PFT existentes en la literatura.

10/88. DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN, LA ASISTENCIA, LA FRECUENTACIÓN Y EL TRATAMIENTO EN UNA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

I. Reyes Ruiz^a, L. Reyes Gómez^b, M. Fernández del Barrio^a, A. Fernández Rosa^a, A. Flores López^c y S. Corral Rosado^d

^aMédico. ^bEnfermera. Unidad de Gestión Clínica Madre de Dios. Jerez; ^cMédico. ^dEnfermero. Unidad de Gestión Clínica Madre de Dios. Jerez.

Objetivos: Descripción de las características demográficas, tipos de patologías prevalentes (según CIE-9), frecuentación, verificando las diferencias si existen, en pacientes agudos y crónicos. Así mismo las características de la asistencia y tratamiento dispensado.

Metodología: Estudio descriptivo de los pacientes atendidos en una consulta de atención primaria desde el 1 de febrero al 30 de abril de 2.010 (1.933 pacientes), tomando como variables la edad, el sexo, la patología (según CIE-9), si esta es crónica o aguda, el número de fármacos activos, si se prescribe exploración complementaria, se deriva a hospital o se prescribe a través de receta XXI.

Resultados: El 60% de la población es mujer y el 47% tiene más de 60 años, siendo 2/3 mayor de 45 años. El 78% es consulta de acto único, siendo un 13% la resolución con pruebas complementarias. Capacidad de resolución del 91% de la demanda. El 56% de los usuarios presentan una patología crónica siendo los procesos más prevalentes los traumatológicos (grupo XIX), cardiológico (grupo IX) y respiratorios (grupo X). Al 73% de los pacientes se le prescribió tratamiento farmacológico, de los cuales el 75% con receta XXI. Un bajo porcentaje estaba polimedcado con más de 10 fármacos. La frecuentación es más acentuada en crónicos, un 62% por un 47% en agudos.

Conclusiones: Se atiende a población envejecida, con gran capacidad de resolución en consultas de acto único. La mayoría de los procesos atendidos son crónicos y 2/3 reciben tratamiento farmacológico. Hiperdemanda de pacientes crónicos.

10/94. INSUFICIENCIA RENAL OCULTA EN PATOLOGÍAS CRÓNICAS: HIPERTENSIÓN Y DIABETES

F. Romo Serral, M. Alonso Ródenas, E. Rodríguez Huertas, J. Aguirre Rodríguez, F. Rodríguez Espinosa y M. Jiménez de la Cruz
CS Casería Montijo. Granada.

Objetivos: La enfermedad renal crónica causa una importante morbimortalidad. HTA y DM suponen un grado I de afectación renal. La función renal se suele valorar sólo con cifras de creatinina, pero éstas presentan gran variabilidad según edad, sexo y peso del paciente, siendo posible un grado avanzado de insuficiencia renal (IR) con unas cifras de creatinina “normales”. Objetivo: detectar enfermedad renal “oculta” (IRO) en pacientes que acuden a consulta por cualquier motivo.

Metodología: Seleccionamos de forma aleatoria 340 sujetos (38,2% hombres, 61,8% mujeres), edad media: 56,81 ± 15,61; y calculamos el filtrado glomerular (FG) mediante la fórmula de Cockcroft-Gault.

Resultados: Pacientes con creatinina elevada: 7 (2%). Pacientes con FG sugerente de IR: 73 (21,47%) [Mujeres: 67,26%]. IR Leve: 57 (64,91% Mujeres). IR Moderada-Grave: 16 (75% Mujeres). IR sin FRCV: 11 (15,07%). HTA: 29 (39,72%). DM: 4 (5,48%). T: 1 (1,37%). Dislipemia: 7 (9,59%). Obesidad: 2 (2,74%). HTA+DM: 17 (23,28%). T+HTA: 1 (1,37%). T+DM: 0, T+DM+HTA: 1 (1,37%).

Conclusiones: 1. El cálculo del FG es fácil y tiene importantes implicaciones. 2. La IRO es muy prevalente en la muestra estudiada (1 de cada 5 pacientes). 3. Su asociación más importante es con HTA y con DM+HTA. 4. Un importante número de pacientes sin FRCV presentan IRO (1 de cada 6). 5. El cálculo del FG es más rentable en mujeres y en personas de más edad.

10/95. PREVALENCIA DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN NUESTRA CONSULTA

P. Ballesteros Álvarez, M. Rodríguez Moreno, F. Romo Serral, J. Aguirre Rodríguez, E. Rodríguez Huertas y M. Lozano Valdivieso
CS Casería Montijo. Granada.

Objetivos: Las consultas de AP suelen estar saturadas de pacientes con patología crónica que acuden de forma repetida, sobre todo diabéticos e hipertensos, pero ¿qué ocurre con el resto de FRCV? Objetivo: analizar la prevalencia de los principales FRCV en nuestro Centro de Salud.

Metodología: Estudio observacional, transversal de una población urbana de unos 30.200 habitantes. Muestra accidental de 340 (38,2% hombres, 61,8% mujeres), edad media: 56,81 ± 15,61.

Resultados: Población: < 65 años: 36,17%. > 65 años: 63,82%. Prevalencias: Dislipemia: 45,58%. HTA: 38,53%. Diabetes (DM): 24,41%. Obesidad: 24,11%. Tabaquismo (T): 22,35%. Asociación de FRCV: 0 FRCV: 22,06%. 1 FRCV: 77,94%. 2 FRCV: 67,35%. 3 FRCV: 27,94%. 4 FRCV: 10,88%. 5 FRCV: 0,59%. Framingham > 20: 20,88%. Pacientes tratados: 42,35%. 1 Fármaco: 18,75%. 2 Fármacos: 33,33%. 3 Fármacos: 17,36%. 4 Fármacos: 15,27%. 5 Fármacos: 9,03%. 6 Fármacos: 7,64%.

Conclusiones: 1. Uno de cada 5 pacientes estudiados, presenta un elevado RCV. 2. El FRCV más frecuente fue la dislipemia. 3. La asociación de FRCV es muy frecuente entre la población general. 4. La asociación más frecuente es HTA + Dislipemia (20,88%) seguida de HTA + DM (16,47%). 5. La asociación menos frecuente es DM + T (3,23%). 6. Un elevado número de pacientes con elevado RCV está sin tratar.

10/101. CÓMO ES EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC) Y EL NIVEL DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA (HBA1C) EN NUESTROS DIABÉTICOS

M. Zardoya Zardoya^a, M. Hernández Galindo^b, R. Doiz Arriazu^c y M. Balbuena Rodríguez

^aMédico de Familia. ^dDUE. Jefatura de Enfermería. *CS de Buñuel. Navarra;* ^bSubdirección de AP. *Tudela. Navarra;* ^cDUE. *Hospital de Navarra. Pamplona.*

Objetivos: Conocer el grado de IMC, y el control glucémico (HBA1c) en nuestra población diabética de referencia.

Metodología: Estudio descriptivo y prospectivo. Muestra: todo paciente diagnosticado de Diabetes Mellitus tipo-II (DM-II), en nuestra población de referencia (3.600 habitantes), con medición de IMC (164), más registro de HBA1c (189), en periodo comprendido entre enero 09-enero 10. Valores de referencia ≤ para IMC: valor objetivo 18,5-24,9, sobrepeso 25-30, obesidad > 30. Valores para HBA1c: ≤ 7 buen control, 7-8 aceptable, > 9 mal control.

Resultados: Para el valor IMC obtenemos: en objetivo 17,1%, en sobrepeso 41,5%, obesidad 41,5%. Para el valor HBA1c: buen control: 4,2% del grupo objetivo, 25,3% del grupo sobrepeso, 28,6% grupo obesidad. Control aceptable: 3,08% del grupo objetivo, 19,7% grupo sobrepeso, 15,64% grupo obesidad. Mal control: 0,56% grupo objetivo, 0,68% grupo sobrepeso, 2,04% grupo obesidad. No tenemos registrado el parámetro IMC en un 13,2% de los pacientes.

Conclusiones: Nos llama la atención el buen control en cuanto a cifras de HBA1c, que presentan los pacientes con obesidad y comprobamos mediante grupo de intervención que son los que más cumplimentan el tratamiento. La prevalencia de obesidad en nuestra población presenta cifras similares a las conocidas (25-30%). Según nuestros registros tenemos una baja prevalencia de diabetes. Intensificar la búsqueda oportunista. Mejorar el registro de indicadores antropométricos, de nuestros pacientes incluyendo perímetro cintura, debe ser una constante del equipo médico-enfermero. Intensificar tareas de educación y formación en la lucha contra la obesidad.

10/111. REGISTRO DE EXITUS EN LA HISTORIA CLÍNICA INFORMATIZADA. OPORTUNIDADES DE MEJORA

A. Vigil-Escalera Villaamil^a, M. Campillos Páez^a, Y. Santamaría Calvo^a, M. Garrote Peñuelas^a, J. Sánchez de la Nieta Martín^b y M. Campillos Páez^c

^aMédico de Familia. *CS Potes. Área 11 de Atención Primaria de Madrid;* ^bEnfermero. ^cAuxiliar de Enfermería. *Hospital Universitario La Princesa. Madrid.*

Objetivos: Estudiar registros de exitus en historia clínica informatizada (HCI) en un equipo atención primaria (EAP). Identificar fallos en registro del episodio, implementar protocolos para evitarlos.

Metodología: Diseño: descriptivo transversal. Ámbito: EAP urbano. Sujetos: todos exitus (código CIAP A96), que constan en HCI del EAP, en años 2007, 2008, 2009. Mediciones: del total de exitus creamos base datos: Filiación fallecido. ¿Registro del exitus en HCI o libro mortalidad? Profesional que crea episodio. ¿Consta causa fallecimiento? ¿Consta lugar? ¿Quién firma certificado defunción? ¿Realizamos valoración del duelo en familiares? ¿Realizamos registro correcto del episodio? Cotejamos datos con libro mortalidad, completando ítems no registrados. Paquete estadístico SPSS15.0.

Resultados: 176 defunciones en 2007, 2008, 2009 (135 registros en HCI, 41 en libro mortalidad). No diferencias significativas en cuanto al médico ni turno (ji-cuadrado). En 87,1% casos médico familia crea episodio, resto enfermería. En 87,1% registros se describe alguna de las causas fallecimiento (inmediata, intermedia o inicial), pero en 12,9% restante no consta ninguna. Solemos regis-

trar lugar fallecimiento. En 63,8% son médicos de servicios de urgencias quienes firman certificado defunción, pero hay 12% casos en que desconocemos quién firma. Sólo en 32,9% de casos sanitarios realizan valoración del duelo a familiares y sólo 49,1% de episodios de exitus están bien registrados (completando tres causas de mortalidad), objetivándose importantes déficits en resto. Del total fallecidos, 17 no han cursado baja en seguridad social (HCI sigue activa). Se objetivan mayores deficiencias en unos médicos que en otros (ji-cuadrado).

Conclusiones: Descubrimos área de mejora al constatar un deficitario registro en HCI de exitus acontecidos en EAP. Interesante implementar protocolos de actuación sencillos con los ítems a registrar en caso de fallecimiento (protocolo EXITUS existente en OMI-AP). Recordar periódicamente a profesionales necesidad de registro correcto de exitus, incidiendo en causa inmediata, sin caer en él "tópico" parada cardiorrespiratoria.

10/130. ERVAN: ESTUDIO DEL RIESGO CARDIOVASCULAR DE PACIENTES HIPERTENSOS EN ANDALUCÍA Y MELILLA

J. Vergara Martín^a, L. García Matarín^b, J. Frías Rodríguez^c, M. López Somoza^d y A. López Pineda^c

^aMédico de Familia; CS Huerca. Almería; ^bMédico de Familia. CS Vicar. Almería; ^cMédico de Familia. Servicio Urgencias. Hospital Virgen de las Nieves. Granada; ^dMédico de Familia. CS Albaicín. Granada.

Objetivos: Estimar el nivel de riesgo cardiovascular en pacientes hipertensos en atención primaria.

Metodología: Estudio epidemiológico, transversal, multicéntrico, en condiciones de práctica clínica habitual. Se incluyeron 572 pacientes mayores de 18 años, hipertensos como mínimo 6 meses previos y con consentimiento informado escrito.

Resultados: El 75,5% presentaban algún factor de RCV: dislipemia (53,7%), diabetes mellitus (30,4%), lesión de órgano diana (21,7%). El RCV según SCORE, un 49,7% presentaban un nivel de riesgo inferior al 2%, un 28,8% entre el 2% y 4%, y el 21,5% superior al 5%. Un 63,1% de los pacientes presentaban un riesgo alto o muy alto según ESH/ESC. Las guías utilizadas fueron: la SCORE (52,6%), la ESH/ESC 2007 (43,9%) y la Framingham (33,3%).

Conclusiones: Los pacientes presentaban algún factor de RCV asociado en un 75,5%. El 21,7% presentaban lesión de órgano diana. Los investigadores utilizaban en un 87,7% las tablas de RCV: la SCORE (52,6%) y la ESH/ESC 2007 (43,9%). Al comparar los datos del CRD con la valoración del investigador: Para el SCORE la valoración del riesgo coincidía por parte del investigador con el cálculo real mayoritariamente para el nivel normal-bajo (64,6%), para el ESH/ESC coincidía mayoritariamente para el nivel alto-muy alto (90,4%).

10/144. ESTUDIO DEL CONSUMO DE MEDICAMENTOS EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS POLIMEDICADOS

E. Garrido Garrido^a, I. García Garrido^{a,b}, J. García López-Durán^a, A. González Vilchez^a, J. Espinosa Martínez^a y J. Reyes Pérez^a

^aCS Zaidín Centro. Granada; ^bDepartamento de Estadística. Universidad de Granada.

Objetivos: Describir la frecuencia y características de la población mayor de 65 años polimedica y determinar los medicamentos más prevalentes.

Metodología: Estudio descriptivo transversal. Se realiza un muestreo aleatorio estratificado por sexo, edad y número de medicamentos de la población mayor de 65 años polimedica (que utilizaban 5 o más medicamentos) adscrita al CS Zaidín-Centro de Granada. Población de estudio: 305 pacientes. Entre junio y julio

de 2009 se recogió información sobre sexo, edad, patología y número de medicamentos. Se han realizado análisis de asociación a través del coeficiente de correlación de Pearson, contrastes no paramétricos de homogeneidad (test de Mann-Whitney) y contrastes múltiples de homogeneidad (test de Kruskal-Wallis).

Resultados: En el período de estudio, la población adscrita al CS Zaidín-Centro contaba con 3.509 mayores de 65 años (1.355 hombres y 2.154 mujeres). De éstos, 1.185 (397 hombres y 788 mujeres) eran pacientes polimedica, lo que supone una prevalencia en mayores de 65 años del 33,77%. El número medio de medicamentos utilizados en este grupo de población fue de 8,70 (desviación estándar = 2,50). La prevalencia de polimedica fue mayor en las mujeres, pero las diferencias disminuyen en mayores de 85 años. Los grupos terapéuticos más utilizados fueron los antihipertensivos y antiulcerosos.

Conclusiones: La polimedica afecta a 1 de cada 3 personas mayores. Constituye un problema de enorme magnitud que precisa de un análisis en profundidad que sustente estudios de intervención para fomentar el uso racional del medicamento y disminuir los riesgos de reacciones adversas, interacciones medicamentosas y mal cumplimiento.

10/146. IMPORTANCIA DEL SEGUIMIENTO NUTRICIONAL Y DE LA ACTIVIDAD FÍSICA EN EL CONTROL DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2

J. Cobaleda Polo^a, M. Gragera Vara^a, M. Hernández Rivera^a, R. Luengo Montes^b y T. Garrote Florencio

^aCS Ciudad Jardín. Badajoz; ^bHospital Universitario Infanta Cristina. Badajoz; ^cCS Talavera la Real.

Objetivos: La diabetes tipo 2 es una enfermedad que requiere una gran vigilancia y donde la actuación de los profesionales sanitarios, puede incidir positivamente en su control y evitar así la progresión de la enfermedad vascular. Intentamos valorar la importancia de la labor del seguimiento en pacientes diabéticos tipo dos y si resulta rentable, el seguimiento exhaustivo, sobre dicho control.

Metodología: Seleccionamos de forma aleatoria 240 diabéticos 2, de dos cupos médicos, urbano y otro rural. Se siguen durante seis meses, a la mitad se controlan cada quince días y en cada sesión, debían traer detallados los alimentos consumidos y el ejercicio realizado. La otra mitad también seleccionada al azar, recibirían la atención y controles rutinarios habituales. Los parámetros que servirían de comparación, serían las cifras de hemoglobina glicosilada, al inicio y final del estudio y la media de las glucemias basal y posprandial, tras la comida de mediodía, al inicio y final del estudio.

Resultados: Las cifras medias de hemoglobina glicada al principio y final del estudio, fueron de 7,7 y 7,4. Para el grupo de estudio y 7,6 y 7,5 para el control, pero no resulta estadísticamente significativo, al igual que las comparaciones de las medias de glucemia basal y posprandial entre los dos grupos. El peso disminuyó en el grupo de actuación mientras se mantuvo en el resto.

Conclusiones: En este grupo de pacientes y durante este tiempo, no se han encontrado diferencias entre los atendidos de la forma habitual y los controlados con mayor intensidad

10/147. PRESIÓN ARTERIAL NOCTURNA Y MASA VENTRICULAR IZQUIERDA

S. Cinza Sanjurjo^a, Á. Hermida Ameijeiras^b, J. López Paz^b y C. Calvo Gómez^b

^aCS de Malpica de Bergantiños; ^bUnidad de HTA. Complejo Hospitalario Universitario Santiago de Compostela.

Objetivos: El objetivo principal del presente estudio es evaluar la correlación existente entre la PA nocturna medida por MAPA de

24 h y la masa ventricular izquierda (MVI) medida por ecocardiografía, en una cohorte de pacientes hipertensos.

Metodología: Se incluyeron 405 pacientes (53,8% mujeres) de 55,5 años diagnosticados de HTA esencial, remitidos a la Unidad de HTA y Riesgo Vascular. En todos los casos se realizó una evaluación clínica y biológica (según protocolo estandarizado), estudio ecocardiográfico y MAPA de 24 horas (monitor SpaceLabs 90207), para analizar la relación existente entre MVI y PA ambulatoria (medias, perfil circadiano y profundidad de la PA) y definir cuáles son las variables asociadas a un incremento de la MVI.

Resultados: La MAPA demostró un mal control de la HTA en 320 pacientes (79%); 40 pacientes (9,9%) se diagnosticaron como "hipertensos de bata blanca" y 66 pacientes (16,3%) tenían HTA enmascarada. El descenso medio nocturno (Profundidad) de la PA sistólica fue del $10,6 \pm 0,9\%$. La prevalencia de perfil dipper fue del 43,8%, dipper-extremo 13,4%, no dipper 30,2% y riser 12,6%, con una pérdida de la profundidad mayor en los pacientes hipertensos-diabéticos ($p < 0,0001$) y aquellos con deterioro de la función renal ($p < 0,0001$). Se identificaron 248 pacientes (61,23%) con hipertrofia ventricular izquierda (HVI), la cual fue superior en las mujeres ($p < 0,0001$), en los pacientes con diabetes ($p < 0,0001$) y en hipertensos con tratamiento previo ($p = 0,03$). El aumento de la PA ambulatoria nocturna se asoció con un incremento de la MVI ($p < 0,0001$) y se objetivó una correlación estadísticamente significativa y negativa entre la disminución de la profundidad de la PA y el incremento del IMVI ($p < 0,0001$).

Conclusiones: En población hipertensa, el incremento de la masa ventricular izquierda (HVI) y el consiguiente remodelado cardíaco, están asociados a hipertensión arterial nocturna y a una disminución de la profundidad de la presión arterial, con la consiguiente alteración del perfil circadiano de la PA. Una vez más, se pone de manifiesto la importancia de la MAPA en la evaluación diagnóstica y estratificación del riesgo de los pacientes hipertensos.

10/148. ANÁLISIS DEL GRADO DE CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN UNA COHORTE DE PACIENTES

S. Cinza Sanjurjo y R. Díaz Hoyos

CS de Malpica de Bergantiño.

Objetivos: Conocer el grado de control de la PA y las estrategias terapéuticas.

Metodología: Estudio de cohortes, sobre 229 pacientes consultados a lo largo de 2009. Se registraron las variables: edad, sexo, HTA, diabetes mellitus, lesiones de órganos diana, además de realizar un ECG y análisis de sangre y orina. Las variables cuantitativas se resumen en su media \pm intervalo de confianza al 95% (IC95%). Se evaluó la asociación entre variables cualitativas con el test de la χ^2 y el comportamiento de cada variable cuantitativa mediante la t-Student. Se realizó un análisis multivariante para evaluar el efecto de diferentes variables sobre el mal control de la PA.

Resultados: El 56,77% eran mujeres con una edad media de $70,29 \pm 1,56$ años. El seguimiento medio fue de $19,64 \pm 11,48$ meses. El 41,92% de los pacientes y el 23,61% de los diabéticos presentaban buen control de PA, siendo peor a mayor edad (33,33% en mayores de 85 años), $p = 0,0013$; y mayor RCV (33,33%), $p = 0,004$. Los IECAs y ARA-II fueron los fármacos más empleados en monoterapia (44,19% y 38,98%, respectivamente) y los diuréticos los más empleados en combinaciones (62,96%). El análisis multivariante mostró que el mal control metabólico de DM influía en el mal control de PA ($R = 0,15$; $p = 0,01$).

Conclusiones: El control de las cifras de PA en nuestro centro de AP se alcanza en el 41,92% de los casos y en el 23,61% de los diabéticos. El control de la PAS es peor a mayor edad y mayor RCV. Los IECAs y diuréticos son los fármacos más empleados en el tratamiento de la HTA. El mal control metabólico de la DM es la variable que más influye en el control de la PA.

10/152. RIESGO CARDIOVASCULAR Y GRADO DE CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN MAYORES DE 65 AÑOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

S. Cinza Sanjurjo y R. Díaz Hoyos

CS de Malpica de Bergantiño.

Objetivos: Conocer el grado de control de la Presión Arterial y Riesgo Cardiovascular en pacientes hipertensos mayores de 65 años en el ámbito de la Atención Primaria.

Metodología: Estudio de cohortes que incluyó 200 pacientes mayores de 65 años, consultados a lo largo de 2009. Se registraron las variables: edad, sexo, HTA, diabetes mellitus, lesiones de órganos diana, además de realizar un ECG y análisis de sangre y orina. Las variables cuantitativas se resumen en su media \pm intervalo de confianza al 95% (IC95%). Se evaluó la asociación entre variables cualitativas con el test de la χ^2 y el comportamiento de cada variable cuantitativa mediante la t-Student. Se realizó un análisis multivariante para evaluar el efecto de diferentes variables sobre el mal control de la PA.

Resultados: Se incluyeron un total de 200 pacientes hipertensos, de los que el 56,50% eran mujeres y la edad media de $70,92 \pm 1,54$ años. El control de la PA fue adecuado en el 43% de los pacientes, y en el 24,14% de los diabéticos ($p = 0,0006$). La prevalencia de HTA sistólica aislada en ancianos fue del 51,5% frente al 33,8% de la población menor de 65 años ($p = 0,01$). El grado de control fue similar entre ambos sexos (42,53% vs 43,36%, $p = 0,91$), el IMC tampoco influyó en el grado de control (30,29 kg/m² en pacientes con mal control y 29,91kg/m² en pacientes bien controlados, $p = 0,57$). El 77,78% de los pacientes con mal control metabólico de DM presentaron mal control de PA, frente al 54,95% de los que presentaron buen control metabólico ($p = 0,03$). La presencia de HVI por ECG no mostró relación con el posterior mal control de PA (68,75% vs 55,98%; $p = 0,32$) de forma similar se comportó la presencia de nefropatía subclínica (55,00% vs 57,22%; $p = 0,84$). El 75% de los pacientes ancianos presentaban alto riesgo cardiovascular y además presentaban peor control de la PA (36,04% vs 62,16%; $p < 0,0001$). El 20% de los pacientes no recibían ningún tipo de tratamiento farmacológico, los IECAs fueron los fármacos más empleados en monoterapia (38%) y los diuréticos en combinaciones (82,46%). El análisis multivariante mostró que el mal control metabólico de DM influía en el mal control de PA ($R = 0,15$; $p = 0,01$).

Conclusiones: El grado de control de PA en pacientes ancianos es del 43%, siendo peor en DM (24,14%). El RCV en ancianos es alto (75%) presentando peor control de PA (36,04%). Los IECAs fueron los fármacos más empleados en monoterapia (38%) y los diuréticos en politerapia (82,46%). En el análisis multivariante el mal control metabólico de la DM es la variable que influye en el control de la PA.

10/162. CAMBIOS EN LA DEMANDA DE INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN UN CENTRO DE SALUD

J. Morales Naranjo^a, L. Ginel Mendoza^b, M. Bujalance Zafra^a, C. Gámez Lomeña^c, H. Hurtado Madrona^a y R. Ángel Maqueda^a

^aMédico de Familia. ^bTrabajadora social. *CS Victoria. Málaga;*

^cMédico de Familia. *CS Ciudad Jardín. Málaga.*

Objetivos: Describir los cambios en el perfil de las mujeres que han solicitado una IVE en los últimos 8 años.

Metodología: Estudio descriptivo transversal. Ámbito: centro de salud urbano con necesidades de transformación social. Población diana: mujeres en edad fértil 6.302. Cuestionario individual para demandantes de IVE. Variables estudiadas: edad, nacionalidad, semana de gestación, uso de píldora postcoital, IVE previa, número de hijos, estado civil, nivel de estudios, situación laboral, método anticonceptivo previo y riesgo social. Se analizan los datos desde enero de 2002 a abril 2010. Se establecen 2 periodos de comparación: 1º enero 2002-abril 2007; 2º mayo 2007-abril 2010.

Resultados: Total IVE 348. Resultados 1º y 2º período: Nº IVE: 173/175. IVES/año: 32,43/58,33. Edad igual rango (de 15 a 44 años). Cambio de mediana de 30 a 24 años. Nacionalidad española: 71,34%/53,71%. Semana de gestación de 4 a 12 semanas la mediana pasa de 7 a 6 semanas. Uso de píldora postcoital: 10,98%/25,14%. IVE previa: 28,9%/38,95%. Sin hijos 38,15%/30,85%. Estado civil solteras; 70,93/58,85. Nivel de estudios primarios 68,2%/65,14%. Trabajan: 66,47%/53,14%. Uso de preservativo: 38,59%/40,57%. Ningún método: 37,42%/38,85%. Anticonceptivos orales: 15,2%/15,8%. Riesgo social: 35,26%/64,57%.

Conclusiones: La IVE en nuestro centro de salud ha ido en aumento, disminuyendo la edad de solicitud de las mismas. Se ha duplicado el uso de la píldora postcoital. Aumenta el número de mujeres de nacionalidad extranjera y el riesgo social de las usuarias.

10/172. EL ADOLESCENTE VULNERABLE. FACTORES DE RIESGO EN LA INFANCIA

J. Claramunt Mendoza, M. Ribas Siñol, N. del Prado Sánchez, M. Ibáñez Echeverría, M. Civit Ramírez y O. Canalia Pérez

CE "Els Tilers". Parc Sanitari Sant Joan de Déu. Barcelona.

Objetivos: Identificar factores de riesgo de conducta antisocial en la población ingresada en la Unidad Terapéutica de Justicia Juvenil Els Tilers (UTJJ), Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Serveis de Salut Mental. Especializada en la atención en salud mental y adicciones de adolescentes que se encuentran cumpliendo medidas judiciales de internamiento en centros cerrados.

Metodología: Diseño: estudio descriptivo retrospectivo. Centro: UTJJ. Población: pacientes ingresados en la UTJJ desde enero de 2006 hasta enero de 2009. N = 79. Fuente de información: historia clínica informatizada y entrevistas clínicas. Elaboración de una base de datos sociodemográficos tanto individuales como familiares, diagnóstico médico-psiquiátrico y delitos cometidos.

Resultados: Factores biológicos: 29% retraso mental, 25,4% espectro psicótico, 11% madre retraso mental, 10% madre toxicómana, 3,8% alter. genéticas. Factores psicológicos: 71% maltrato psicológico, 47% maltrato físico, 42% tóxicos, 42% t. de personalidad, 12% abuso sexual. Factores sociales: 52% separación de padres, 37% inmigrantes (24% marroquíes), 25% familia antisocial, 21% muerte de un progenitor. Conducta antisocial: 52% robo con fuerza, 17% maltrato familiar, 11% robo con lesiones, 10% intento homicidio, 6% abuso sexual.

Conclusiones: No existe un único factor de riesgo que condicione la aparición de la conducta antisocial, ésta es el resultado de la combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales. Destaca el alto porcentaje de maltrato sufrido en la infancia en la población atendida, con un 12% de pacientes que han sufrido abuso sexual. La desestructuración del núcleo familiar está presente en un porcentaje muy elevado de la muestra. La prevención de la violencia debe iniciarse a temprana edad, con intervenciones que disminuyan los factores de riesgo hacia el desarrollo de conducta antisocial.

10/177. DIFERENCIAS EN EL GRADO DE CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL Y EN OTRAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES SEGÚN SEAN VISITADOS POR LA MAÑANA O POR LA TARDE. ESTUDIO PRESCAP

J. Llisterri Caro^a, F. Alonso Moreno^b, G. Rodríguez Roca^c, V. Barrios Alonso^d, T. Rama Martínez^e y D. González-Segura^f

^aCS Ingeniero Joaquín Benlloch. Valencia; ^bCS de Sillera. Toledo; ^cCS de La Puebla de Montalbán. Toledo; ^dServicio de Cardiología. Hospital Ramón y Cajal. Madrid; ^eCS El Masnou-Alella. Barcelona; ^fDepartamento Médico Almirall. Barcelona.

Objetivos: Analizar las diferencias en el control de la PA y en otras características clínicas según horario de consulta.

Metodología: Estudio transversal y multicéntrico en población de AP. Se incluyeron pacientes = 18 años hipertensos que recibían tratamiento farmacológico antihipertensivo. La medida de PA se realizó siguiendo normas estandarizadas según el horario de consulta (matutina o vespertina), calculándose la media aritmética de al menos dos tomas sucesivas separadas entre sí dos minutos. Se consideró que existía buen control de la HTA cuando la PA era < 140/90 (< 130/80 mmHg en diabetes y antecedentes de enfermedad cardiovascular).

Resultados: Se incluyó a 10.520 pacientes (53,7% mujeres) con una edad media de 64,6 ± 10,8 años. Un 89,8% (n = 9.448) de las encuestas especificaron la hora de la consulta, observándose que en los pacientes que acudieron a consulta por las mañanas (83,3%) el promedio de PAS/PAD fue de 138,3/80,8 y en los que acudieron por las tardes (16,7%) resultó de 136,0/79,8 mmHg (p < 0,001). Se observó un mejor control por las tardes (48,9%) que por las mañanas (40,5%) (p < 0,0001). Los pacientes que acudieron por la mañana tenían respecto a los que acudían por la tarde, más edad, IMC, perímetro abdominal y mayor proporción de pacientes visitados por la tarde (p < 0,05 en todas). No se encontraron diferencias en otros factores de riesgo o presencia de enfermedad vascular asociada.

Conclusiones: Encontramos diferencias importantes en el control de la PA y en algunos factores de riesgo según horario de consulta.

10/185. INTOXICACIONES AGUDAS POR SOBREDOSIFICACIÓN. VEINTICINCO AÑOS DEL ESTUDIO VEIA (VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA INTOXICACIÓN AGUDA) EN EL SUR DE MADRID

P. Caballero Vallés^a y M. Dorado Pombo^b

^aCS Ángela Uriarte. Madrid; ^bHospital Doce de Octubre. Madrid.

Objetivos: Presentar las características y variaciones epidemiológicas de la IA por sobredosificación (IAS) 1979-2004. Divulgar VEIA y estimular el interés de los médicos de AP por la Toxicología, patología urgente para lo que somos requeridos tanto en primera instancia como en su seguimiento.

Metodología: Denominamos IAS los casos en que tratando de paliar un síntoma los pacientes superan la dosis máxima terapéutica y al sobrevenir un síntoma no esperado demandan asistencia. VEIA es la revisión de todos los pacientes asistidos por IA en los años 1979, 1985, 1990, 1997, 2000 y 2004 en la Urgencia del Hospital 12 de Octubre. Se recoge y valora género, edad, tóxico y vía, distribución semanal, antecedentes y destino posterior. Los resultados de cada año son comparados con los restantes. Se trata de un estudio transversal evolutivo en el que se aplican técnicas básicas de estadística descriptiva.

Resultados: 6.407 IA, de ellas 254 (3%) fueron IAS (14%) (1979: 29; 1985: 10; 1990: 15; 1994: 16; 1997: 37; 2000: 55 y 2004: 92). Mujeres 59%. La edad media 39 años (en 1979, 26) Extremos 15 y 97 años. Tóxicos: ansiolíticos 66%, analgésicos 11%, antidepresivos 7% y varios 16%. Antecedentes: depresión (30%); toxicomanías (11%); demencias y psicopatías (8%) y orgánicas como cáncer, EPOC, gota o hipertiroidismo (12%). 3 pacientes ingresaron en UVI.

Conclusiones: La demografía de las IAS se diferencia tanto de los intentos de suicidio como de las toxicomanías o de las accidentales. La mayoría son enfermos crónicos psiquiátricos o no que abusan puntualmente de ansiolíticos y analgésicos o asocian alcohol.

10/190. INERCIA MÉDICA TERAPÉUTICA ANTE EL PACIENTE HIPERTENSO MAL CONTROLADO SEGÚN ÁMBITO DE ATENCIÓN

J. Llisterri Caro^a, B. Font Ramos^b y G. Muñoz Ortí^b

^aCS Ingeniero Joaquín Benlloch. Valencia; ^bNovartis Farmacéutica S.A. Valencia.

Objetivos: Conocer la inercia terapéutica médica (ITM) durante los últimos 2 años según el ámbito de atención.

Metodología: Estudio transversal realizado en centros de Atención Primaria (AP) y especializada de España. Participaron pacientes hipertensos ≥ 18 años que otorgaron su consentimiento informado. Se recogieron datos en el momento de la visita y retrospectivos (6, 12, 18 y 24 meses previos ± 2 meses) de la HTA. Se consideró ITM la falta de intensificación del tratamiento (aumento de dosis y/o adición de fármacos y/o cambio de tratamiento por falta de efectividad) en los pacientes que presentaban mal control de la PA (≥ 140 y/o 90 mmHg) en alguna evaluación durante los 2 últimos años.

Resultados: Se incluyeron 5.307 pacientes, 54,4% atendidos en AP y 45,6% por especialistas. En ambos grupos, las características biodemográficas de los pacientes fueron similares (hombres 51,1% AP y 57,4% en especialistas y edad media de 64,8 y 65,9 años), observándose menor porcentaje de factores de riesgo cardiovascular y enfermedades asociadas en los pacientes de AP. El 22,3% de los pacientes de AP presentaban buen control de PA, siendo para los de especialistas de 22,7%. El 83,2% de los pacientes atendido por especialistas recibían terapia combinada, mientras que en AP era del 72,1%. La ITM en los pacientes atendidos en AP fue del 86,0% y del 74,5% para los atendidos por los especialistas.

Conclusiones: Los pacientes atendidos en AP presentan menos enfermedades asociadas y una mayor ITM, quizás por una actitud más conservadora.

10/195. ESTIMACIÓN DE LA PREVALENCIA DE LA INCONTINENCIA URINARIA EN ESPAÑA 2010

F. Brenes Bermúdez^{a,b}, A. Díaz Rodríguez^c, M. Cancelo Hidalgo^{a,d}, A. Cuenllas Díaz^{a,e}, J. Salinas Casado^{a,f} y C. Verdejo Bravo^{a,f}

^aObservatorio Nacional de la Incontinencia (ONI); ^bCS Llefià Badalona; ^cCS Bembibre. León; ^dHospital Universitario de Guadalajara; ^eCentro Médico Ballezol. Madrid; ^fHospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivos: Estimar la Prevalencia de la Incontinencia Urinaria (IU) en la población española ≥ 18 años de edad a partir de la revisión bibliográfica.

Metodología: Se elaboró una estrategia de búsqueda en PubMed, EMBASE, Cochrane, metabuscadores y búsqueda manual de estudios de prevalencia publicados en los últimos 10 años en España. Palabras clave: Incontinencia urinaria, prevalencia, epidemiología. Los estudios deberían tener los criterios de definición de IU de la Sociedad Internacional de la Continencia (ICS) y una tasa de respuesta $> 40\%$. Se recopilaron 25 estudios. Se incluyeron 16 estudios referenciados. Los resultados se muestran en porcentajes con IC del 95%.

Resultados: La prevalencia en la mujer es del 24% (21-26), aumentando al 30-40% a mediana edad, y hasta el 50% en ancianas. En el varón es del 7% (3,6-17), alcanzando en > 65 años el 14-29%, llegando a ser $> 50\%$ en mayores de 85 años e institucionalizados. La prevalencia global en > 65 años, se estima en 15-50%. En varones ancianos el 14-30% y en mujeres ancianas el 16,1-51%. Esta prevalencia es mayor en las mujeres a los 65 años y tienden a igualarse con las del varón a partir de los 85 años. Se estima que el 15,8 (12,3-21,5) de la población española presenta IU, afectando a 6,51 (5,62-7,55) millones de personas de nuestro país.

Conclusiones: La IU aumenta con la edad, siendo más frecuente en la mujer. Se estima que el 15,8% de la población española podría padecer IU, afectando aproximadamente a unos 6.510.000 de personas. Estas cifras son más bajas que las de los países de nuestro entorno.

10/196. EPOC LEVE: ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO SEGÚN GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

A. Berengue González^a, A. Rubiales Carrasco^a, A. Altaba Barceló^a, G. Losada Doval^a, N. Montellá^b y E. Borrell^c

^aMédico de Familia. ABS 4 Badalona; ^bTécnico de Salud. SAP Badalona i Sant Adrià; ^cMédica de Familia. ABS 5 Badalona.

Objetivos: Conocer el manejo de la EPOC leve en Atención Primaria (AP) según las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica (GPC) al diagnóstico y en el seguimiento. Valorar el tratamiento de base y en las exacerbaciones.

Metodología: Estudio descriptivo transversal en 12 centros de AP con historia clínica informatizada desde 2003. Inclusión: todos los pacientes de 40-80 años con diagnóstico de EPOC hasta 2008 y espirometría con criterios de obstrucción leve ($FEV1/FVC < 0,70$ y $FEV1 > 80\%$). Exclusión: déficit alfa-1-antitripsina, imposibilidad de realizar la espirometría. Método: revisión de historias clínicas. Cálculo de porcentajes, media aritmética y desviación estándar.

Resultados: Se incluyeron 80 pacientes, el 70% varones. Edad media = $68 \pm 8,4$ años, sin diferencias por sexos. Sin registros en el momento del diagnóstico: 20% (todos con diagnóstico antes del 2003). En el diagnóstico: espirometría = 80%, anamnesis del hábito tabáquico = 92%, consejo antitabaco (CAT) en el 93,8%. Registro de las pruebas recomendadas (radiografía de tórax, analítica) = 19%. Un 51,3% sin ningún tratamiento de base. Al seguimiento: visita anual = 82,3%, espirometría bianual = 71,3%, CAT = 83,8%, vacunación antigripal = 75% y anti-neumocócica = 71,3%, Revisión de ejercicio = 56,3% y técnica de inhaladores = 43,3%. En el 2009 un 42,5% presentaron entre 1 y 4 exacerbaciones: con radiografía de tórax = 32,4%, sin tratamiento = 8,8%; prescripción de antibióticos = 67,6%, corticoides orales = 20,5%, broncodilatadores = 61%. Visita de control (48-72h) en el 8,8%.

Conclusiones: El manejo del EPOC leve es correcto, aunque creemos que existe infradiagnóstico. La anamnesis y consejo antitabaco se realizan en la mayoría de los casos, siendo esta una de las actitudes más relevantes en EPOC leve. Existe hiperprescripción en el tratamiento de base y en las exacerbaciones.

10/209. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL RESISTENTE SEGÚN EL NÚMERO DE FÁRMACOS UTILIZADOS EN SU TRATAMIENTO. ESTUDIO PRESCAP

F. Alonso Moreno^a, J. Llisterri Caro^b, G. Rodríguez Roca^c, V. Barrios Alonso^d, P. Beato Fernández^e y J. Polo García^f

^aMédico de Familia. CS de Silliería. Toledo; ^bMédico de Familia. CS Ingeniero Joaquín Benlloch. Valencia; ^cMédico de Familia. CS de La Puebla de Montalbán. Toledo; ^dCardiólogo. Servicio de Cardiología. Hospital Ramón y Cajal. Madrid; ^eMédico de Familia. CAP Premià de Mar. Barcelona; ^fMédico de Familia. CS Casar de Cáceres. Cáceres.

Objetivos: Analizar las diferencias en el control de la presión arterial (PA) y características clínicas de los pacientes con hipertensión arterial resistente (HTAR) según el número de fármacos antihipertensivos utilizados en su tratamiento.

Metodología: Estudio transversal y multicéntrico en Atención Primaria. Se incluyeron pacientes ≥ 18 años hipertensos que recibían tratamiento farmacológico antihipertensivo con tres (3F) o más fármacos ($> 3F$), siendo al menos uno de ellos un diurético. La medida de PA se realizó siguiendo normas estandarizadas calculándose la media aritmética de dos tomas sucesivas separadas entre sí dos minutos. En el caso de que las diferencias entre las tomas fueran de 5 mmHg o más, se hizo una tercera toma. Se consideró que existía buen control de la HTA cuando la media de PA era $< 140/90$.

Resultados: Se incluyeron 1.229 pacientes (55% mujeres), edad media 68,2 ± 10,3 años en tratamiento con 3F y 229 pacientes (56,2% hombres), edad media 66,8 ± 10,2 años con > 3F, $p < 0,05$. El promedio de PAS/PAD en mmHg fue 141,3/81,3 (> 3F) vs 139,1/80,0 (3F) ($p < 0,05$). El control de la PA fue de 50,2 (3F) vs 45,2 (> 3F), $p = 0,02$ para la PAD. Los pacientes en tratamiento con > 3F con respecto a los tratados con 3F, presentaban mayor IMC y perímetro abdominal, más sedentarismo, mayor presencia de enfermedades cardiovasculares y nefropatía (microalbuminuria y enfermedad renal), $p < 0,05$.

Conclusiones: Los pacientes con HTAR presentaban peor control de la PA y un perfil cardiovascular más desfavorable a medida que necesitaron mayor número de fármacos antihipertensivos en su tratamiento.

10/214. AMIODARONA. ¿PENSAMOS QUE ES UN MEDICAMENTO INAPROPIADO EN > 65 AÑOS?

A. González Gamarra^a, G. Medina Sampedro^b, I. Fernández Gutiérrez^c, B. Fernández Cuartero Rebollar^c, M. Guzón Centeno^c y E. Gálvez Cañamaque^c

^aCS Goya. Madrid; ^bCS Villaviciosa de Odón. Madrid; ^cCS Goya. Madrid.

Objetivos: La amiodarona está incluida dentro de los medicamentos Beers en mayores de 65. En la ficha técnica se incluyen una serie de recomendaciones. El objetivo del presente trabajo es valorar la monitorización de la amiodarona en los mayores de 65 años.

Metodología: Se sacaron los listados de recetas emitidas del programa informático OMI en el centro de Salud de Goya y de Villaviciosa de Odón de los últimos 4 años. Se hizo luego un análisis retrospectivo de las historias clínicas. En Goya se sacó una lista de 221 pacientes de los que se quitaron 46 por menores y 37 por llevar menos de 2 meses de tratamiento o no localizar datos. En Villaviciosa se obtuvieron 45 y 13 no eran válidos.

Resultados: El 47,89% eran varones (edad 75,6 años) y 52,1% eran mujeres (81,8 años). La duración media del tratamiento fue de 34,8 meses. No tenían analítica hepática el 42,85%. Era normal en el 44,53% y alterada en un 12,6%. No tenían perfil tiroideo 57,14%, 27,73% tenían hipotiroidismo, 8,4% hipertiroidismo y el resto estaban con tratamiento sustitutivo. Tenían iones recogidos el 37,6% (potasio). El ECG no aparecía su resultado especificado en la historia tras la instauración del tratamiento en el 62%, aunque la indicación era en el 83,19% por fibrilación auricular. El número medio de fármacos en estos pacientes era de 7,34.

Conclusiones: No tenemos asumido que la amiodarona puede ser inapropiada en pacientes mayores. Es muy frecuente las alteraciones tiroideas, aunque no se realizaron en muchos pacientes. Deberíamos valorar si está justificado el tratamiento o si es mejor otra alternativa y realizar una monitorización adecuada.

10/220. LIRAGLUTIDA FRENTE A GLIMEPIRIDA, AMBAS EN COMBINACIÓN CON METFORMINA, EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2: EXTENSIÓN A 2 AÑOS DEL ESTUDIO LEAD-2

T. Briones^a, F. Tinahones^b, M. Muñoz^c, M. Paja^d, T. Martín^e y M. Nauck

^aNovo Nordisk Pharma, SA; ^bHU Virgen de la Victoria. Málaga; ^cHospital Clínico San Cecilio. Granada; ^dHospital de Basurto. Vizcaya; ^eHospital Universitario de Canarias. Tenerife; ^fDiabeteszentrum. Bad Lauterberg im Harz. Alemania.

Objetivos: Liraglutida es un análogo humano de GLP-1 de administración una vez al día. El ensayo LEAD 2 tiene una duración de

6 meses, aquí se presentan los resultados de la extensión a 2 años.

Metodología: Los pacientes fueron aleatorizados (2:2:2:1:2) a liraglutida una vez al día (0,6, 1,2 o 1,8 mg) + metformina, metformina sola, o metformina + glimepirida (4 mg una vez al día). La dosis de metformina fue de 1,5-2 g al día. Durante los primeros 6 meses el estudio fue doble ciego y doble enmascarado, después fue abierto.

Resultados: El 89% (780 pacientes) de los que completaron los primeros 6 meses de estudio iniciaron la extensión y de éstos el 68% (529 pacientes) completaron los 2 años de estudio. En la población total (ITT, LOCF), la proporción de pacientes que alcanzó una HbA1c < 7,0% después de 2 años fue de 31,1%, 29,9%, 19,7% con liraglutida 1,8, 1,2, 0,6 mg; 23,5% con glimepirida y 10,8% con metformina sola ($p < 0,0001$ liraglutida 1,8 mg vs glimepirida). Liraglutida indujo una pérdida de peso significativa y sostenida (1,8 mg: -2,91 kg; 1,2 mg: -3,03 kg; 0,6 mg: -2,07 kg), mientras que el tratamiento con glimepirida resultó en una ganancia de peso (+0,7 kg, $p < 0,0001$ vs todas las dosis de liraglutida). Con liraglutida la incidencia de hipoglucemia fue similar a metformina sola, y 10 veces menor que con glimepirida.

Conclusiones: Dos años de tratamiento con liraglutida una vez al día indujo una mejoría de la HbA1c comparable a glimepirida, ambas en combinación con metformina, sin embargo con liraglutida se observó menor incidencia de hipoglucemia y una pérdida de peso sostenida.

10/221. DOS AÑOS DE MONOTERAPIA CON LIRAGLUTIDA, UN ANÁLOGO HUMANO DE GLP-1 PARA EL TRATAMIENTO DE LA DIABETES TIPO 2, PROVEE UNA REDUCCIÓN SOSTENIDA DE LA HBA1C Y EL PESO CORPORAL EN COMPARACIÓN CON GLIMEPIRIDA

S. Otal^a, B. Bode^b y A. Garber^c

^aNovo Nordisk Pharma SA; ^bAtlanta Diabetes Associates. Atlanta, GA. EE.UU.; ^cBaylor College of Medicine. Houston, TX. EE.UU.

Objetivos: Se comparó la eficacia y la seguridad de liraglutida (dos dosis diferentes, 1,8 y 1,2 mg ambas una vez al día), en comparación con glimepirida (8 mg una vez al día).

Metodología: Estudio multinacional, multicéntrico y aleatorizado: doble ciego durante 1 año, seguido de un periodo de extensión abierta de un año (2 años de seguimiento en total).

Resultados: El 99% de los sujetos (440 pacientes) que completaron el estudio a un año, iniciaron el periodo de extensión y 321 sujetos (el 73% de éstos), completaron el estudio a 2 años. Características (media) de los sujetos: edad 54 años, IMC 33 kg/m², HbA1c 8,2%; duración media de diabetes 3,3 años; dieta y ejercicio como tratamiento previo (36%); un ADO como tratamiento previo (64%). Dos años de monoterapia con liraglutida (1,8 y 1,2 mg), redujo la HbA1c más que glimepirida, -1,1% y -0,9% vs -0,6% (ANCOVA, $p = 0,0016$ y $p = 0,0376$). Más sujetos alcanzaron una HbA1c < 7,0% tras 2 años con liraglutida 1,8 y 1,2 mg vs glimepirida, 58% y 53% vs 37% ($p = 0,0054$ y $p = 0,0269$). La pérdida de peso corporal con liraglutida y por otro lado, la ganancia de peso con glimepirida, fueron sostenidas a lo largo de los 2 años, -2,7 kg y -2,1 kg vs +1,1 kg ($p < 0,0001$). La hipoglucemia (< 56 mg/dL) fue 6 veces menos frecuente con liraglutida 1,8 y 1,2 mg vs glimepirida ($p = 0,0001$ y $p < 0,0001$).

Conclusiones: Dos años de monoterapia con liraglutida provee de una mejoría significativa y sostenida en el control glucémico y el peso corporal en comparación con glimepirida, con menor riesgo de hipoglucemia.

10/222. EL ANÁLOGO HUMANO DE GLP-1 LIRAGLUTIDA REDUCE LA PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2: METAANÁLISIS DE 6 ENSAYOS CLÍNICOS

F. Varillas^a, J. Plutzky^b y V. Fonseca^c

^aHospital de Fuerteventura. Las Palmas; ^bCardiovascular Division. Brigham and Women's Hospital. Harvard Medical School. Boston, MA. EE.UU.; ^cTulane University. New Orleans, LA. EE.UU.

Objetivos: En estudios previos, liraglutida, un análogo humano de GLP-1 de administración única diaria, redujo la HbA1c en un 1,0-1,5% y el peso corporal alrededor de 2-3 kg. La presión arterial sistólica (PAS) también se redujo entre 2,7 y 6,6 mmHg. El objetivo de este meta-análisis es evaluar el efecto de liraglutida en la PAS de acuerdo al valor de PAS inicial.

Metodología: Meta-análisis de 6 ensayos clínicos de fase 3, evaluando el efecto de liraglutida (1,8 mg n = 1.363, 1,2 mg n = 896 o placebo [PBO] n = 524) en la PAS según el cuartil de PAS inicial. Durante los ensayos, no se dieron instrucciones a los investigadores sobre tratamiento anti-hipertensivo.

Resultados: La presión arterial inicial fue similar en todos los grupos. Utilizando el modelo ANCOVA ajustado al ensayo, a la PAS inicial y al cuartil de PAS inicial, la reducción media global fue de 2,59 mmHg (p = 0,0008) y 2,49 mmHg (p = 0,0030) con liraglutida 1,8 mg y liraglutida 1,2 mg, respectivamente. No se observó un cambio significativo con PBO (0,24 mmHg, p = 0,7828). El efecto asociado al cuartil de PAS inicial fue significativo (p < 0,0001), con la mayor reducción observada en el cuartil de PAS más elevada: -11,4 mmHg de media en sujetos con una PAS inicial > 140 mmHg y 190 mmHg, (tanto con liraglutida 1,2 como con 1,8 mg, ambas una vez al día).

Conclusiones: La presión arterial sistólica se redujo en un periodo de 2 semanas con ambas dosis de liraglutida, precediendo cualquier cambio significativo en el peso, y se mantuvo durante los 6 meses de estudio.

10/227. ¿YO LOS LUNES EL SINTROM NO!

E. Tamayo Aguirre^a, C. Olasagasti Caballero^b, E. Uranga Sáez del Burgo^c y A. Querejeta^b

^aCS Gros. San Sebastián; ^bCS Alza. San Sebastián; ^cCS Pasajes San Juan. Guipúzcoa.

Objetivos: Analizar la influencia del día de la semana y la estación del año en el resultado del INR.

Metodología: Estudio descriptivo retrospectivo de seguimiento durante un año (1/1/2007 hasta 31/12/2007) de las determinaciones de INR efectuados a los pacientes bajo control de TAO en un Centro de Salud urbano (16 cupos), analizando día de la semana en el que es efectuado el control, estación del año, número de controles fuera de rango, actividad generada en el centro y dificultad en la dosificación.

Resultados: Se analizan un total de 7.035 determinaciones (855 en domicilio) estando fuera de rango el 37,9% con IC del 95% (37-39%). En el análisis se objetiva que las determinaciones realizadas el primer día de la semana se encuentran fuera de rango en el 42,36% de los casos con un IC del 95%(39-45%) y el resto de días de la semana 37,15% con un IC del 95% (35-38%) siendo la diferencia estadísticamente significativa con p < 0,001. Según la estación del año, en invierno se encuentran fuera de rango el 37,9% y en verano 38%, no existiendo diferencias significativas.

Conclusiones: Son múltiples los factores que pueden influir en el control del INR, uno de ellos es el hecho de que se realice el primer día de la semana, pudiendo estar relacionado con las transgresiones dietéticas durante el fin de semana, problemas relacionados

con la precisión de los aparatos o ajustes semanales de dosificación por el programa informático.

10/231. ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR: ¿MÁS RIESGO Y/O MÁS CONTROL EN LOS DIABÉTICOS?

T. Rama Martínez^a, P. Beato Fernández^b, G. Pizarro Romero^c, R. Alcolea García^d, V. López-Marina^e y E. López Martí^a

^aEAP El Masnou-Alella. Barcelona; ^bCAP Premià de Mar. Barcelona; ^cCAP Llívia-Badalona. Barcelona; ^dCAP Besòs. Barcelona; ^eCAP Píera. Barcelona.

Objetivos: Conocer la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y su grado de control en pacientes con enfermedad cerebrovascular (ECV) según sean diabéticos o no. Diferencias según sexo.

Metodología: Estudio descriptivo transversal. Ámbito: 3 centros de Atención Primaria semiurbanos. Sujetos: Todos los pacientes diagnosticados de ECV. Variables: Edad, sexo, presión arterial (PA), diabetes (DM), LDL-colesterol, IMC, hábito tabáquico. Fuente de datos: Historia clínica informatizada. Criterios de buen control: PA < 130/80 mmHg, HbA1c < 7% (si DM), LDL-colesterol < 100 mg/dl, IMC < 30, no tabaquismo.

Resultados: 269 pacientes con ECV (54,5% hombres). Edad media: 73,8 años (DE ± 11,5). Diabéticos: 30,1% (58% hombres), edad media: 74 años. FRCV: 87,6% hipertensos (88,2% de las mujeres), 42% dislipémicos (52,9% de las mujeres), 27,2% obesos (29,4% de las mujeres), 13,6% fumadores. No diabéticos: 66,9% (51,6% hombres), edad media: 72,9 años. FRCV: 66,5% hipertensos (69,1% de los hombres), 35,6% dislipémicos (37,4% de las mujeres), 18,6% obesos (23,1% de las mujeres), 10,7% fumadores (15,5% de los hombres). Buen control en diabéticos: PA: 19,7% (26,5% de las mujeres), HbA1c: 65,4% (73,5% de las mujeres), LDL-colesterol: 42% (44,7% de los hombres), IMC < 30: 53% (58,8% de las mujeres), no tabaquismo: 66,7% (76,5% de las mujeres). Buen control en no diabéticos: PA: 23,4% (26,4% de las mujeres), LDL-colesterol: 19% (19,6% de los hombres), IMC < 30: 59% (70% de los hombres), no tabaquismo: 72,9% (73,6% de las mujeres).

Conclusiones: La prevalencia de FRCV es superior en los pacientes diabéticos, especialmente en las mujeres. Sólo el tabaquismo es superior en hombres. Los diabéticos presentan peor control de la hipertensión y del IMC y mejor del LDL-colesterol.

10/237. RIESGO CARDIOVASCULAR EN EL PACIENTE DIABÉTICO MEDIDO POR ESCALA UKPDS RISK ENGINE

F. López Simarro^a, C. Cols Sagarra^b, S. Miravet Jiménez^a, A. Castellote Petit^c, J. Fortea López^d y M. Claramunt Pérez^e

^aMédico de Familia. ABS Martorell. ICS. Unidad Docente Costa de Ponent; ^bMédico de Familia. ABS Martorell Rural. ICS; ^cResidente MFyC. ABS Martorell. ICS. Unidad Docente Costa de Ponent; ^dDiplomado en Enfermería. ABS Martorell. ICS; ^eGIS. ABS Martorell. ICS.

Objetivos: Valorar Riesgo Cardiovascular (RCV) por escala específica para diabéticos UKPDS Risk Engine.

Metodología: Estudio descriptivo, transversal. Municipio urbano: 26.446 habitantes. Sujetos: Pacientes Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) sin eventos cardiovasculares, obtenidos por muestreo aleatorio simple. N: 116. Mediciones: variables demográficas, etnia, años evolución DM2, cifras Hb glicosilada (HbA1c), presencia Fibrilación Auricular (ACxFA), Presión Arterial Sistólica (PAS), Colesterol Total, Colesterol-HDL, tabaquismo. RCV (escala UKPDS risk engine). Análisis estadístico: media y dispersión en cuantitativas, proporció-

nes en cualitativas. Intervalos de confianza al 95%. Comparaciones: chi cuadrado proporciones, t Student para medias, no paramétricas si no criterios aplicación. Nivel significación 0,05.

Resultados: 56,9% mujeres, edad: 67,3 (DE 9,91), Años evolución DM2: 9,65 (DE 5,74) HbA1c: 6,78% (DE 1,3). Colesterol total: 188,47 mg/dl (DE 36,59). Colesterol-HDL: 50,88 mg/dl (DE 11,33). PAS: 136,56 (DE 13,48). Tabaquismo: 12,1%. ACxFA: 3,4%. RCV: 20,2% (DE 13,22). Diferencias estadísticamente significativas: más años de evolución DM2, mayores cifras de colesterol total y HDL en mujeres; mayor tabaquismo y RCV en varones. El 38,79% tienen RCV \leq 15% (RCV bajo), incluyendo al 54,5% de las mujeres. El 37,93% tiene RCV \geq 20% (RCV alto), incluyendo al 56% de los varones y al 24,3% de las mujeres.

Conclusiones: El RCV no es el mismo para todos los pacientes DM2, por lo que se recomienda el cálculo del mismo. Las tablas UKPDS Risk Engine, a pesar de no estar validadas para población española, son útiles por tener en cuenta HbA1c y años de evolución DM2. Los varones tienen RCV más elevado que las mujeres, aún teniendo menos años de evolución de DM2.

10/239. INERCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES DIABÉTICOS ATENDIDOS EN ATENCIÓN PRIMARIA. CARACTERÍSTICAS DE LOS PROFESIONALES Y RAZONES QUE ARGUMENTAN PARA NO MODIFICAR TRATAMIENTOS (ESTUDIO INDIMAP)

F. López Simarro^{a,b}, J. Mediavilla Bravo^{a,c}, F. Alonso Moreno^{a,d}, A. Barquilla García^{a,e}, J. Comas Samper^{a,f} y J. Aguirre Rodríguez^{a,g}

^aGrupo Diabetes Semergen; ^bABS Martorell; ^cCS Pampliega. Burgos; ^dCS Sillería. Toledo; ^eCS Trujillo. Cáceres; ^fCS La Puebla de Montalbán. Toledo; ^gCS Santa Fe. Granada.

Objetivos: Evaluar inercia terapéutica (IT) en pacientes diabéticos tipo 2 en consultas de Atención Primaria (AP). Analizar características personales del profesional que incurre en IT, y grado de conocimiento y adherencia a las Guías de Práctica Clínica (GPC).

Metodología: Estudio epidemiológico multicéntrico transversal. Emplazamiento: Centros de AP y Consultas Privadas del territorio nacional. Mediciones: Variables demográficas del profesional, centro de trabajo (público o privado), situación del centro (urbano, semiurbano, rural), años de ejercicio profesional, tutor docente. Conocimiento GPC. Buen control: HbA1c \leq 7%. Análisis estadístico: medidas de centralización y dispersión en variables cuantitativas, proporciones con IC95% en cualitativas. Comparaciones: chi cuadrado proporciones, t Student para medias, no paramétricas si no criterios aplicación. Nivel significación 0,05.

Resultados: N: 352 médicos. Edad: 48,77 (DE 7,64). Hombres: 75%. Trabajaban en un solo centro 82,9% (77,3% AP). Situación: 58,8% urbanos, 23,2% semiurbano y 16,3% rural. Años ejercicio profesional: 63,9% (\geq 20 años), 33,7% (5-20 años). Tutores docentes: 15,7%. HbA1c \geq 7%: 41,5% de pacientes. Motivos para no modificar tratamientos: control glucémico aceptable: 37,3% (IC95%: 32,3-42,3); esperar para cumplir objetivos: 8,5%; no lo considera necesario: 8,6%; incumplimiento terapéutico paciente: 3,4%; pacientes frágiles: 3,8%. Menos cambios realizados en consultas privadas ($p < 0,0001$). No había diferencias significativas según ubicación del centro. Médicos con ejercicio profesional \geq 20 años modificaron menos tratamientos ($p = 0,001$). Las GPC fueron consideradas útiles: 89,8% (IC95%: 86,6-93,0). No siguen su propio criterio de buen control para modificaciones: 30,5% de profesionales.

Conclusiones: Los profesionales argumentan razones "blandas" para no modificar tratamientos. Más años de ejercicio profesional y trabajar en consulta privada presentan mayor riesgo de IT.

10/243. VARIABLES DE LOS PACIENTES AFECTOS DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 RELACIONADAS CON INERCIA TERAPÉUTICA EN CONSULTAS DE ATENCIÓN PRIMARIA (ESTUDIO INDIMAP)

F. López Simarro^{a,b}, F. Alonso Moreno^c, J. Mediavilla Bravo^{a,d}, J. Escribano Serrano^{a,e}, F. Carramiñana Barrera^{a,f} y M. Seguí Díaz^{a,g}

^aGrupo Diabetes Semergen; ^bABS Martorell. Barcelona; ^cCS Sillería. Toledo. Grupo HTA Semergen; ^dCS Pampliega. Burgos; ^eCS Junquillo. La Línea de la Concepción. Cádiz; ^fCS San Roque. Badajoz; ^gCS Es Castell. Menorca.

Objetivos: Analizar las características de pacientes afectados de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2). Evaluar la Inercia Terapéutica en estos pacientes en consultas de Atención Primaria (AP).

Metodología: Estudio epidemiológico multicéntrico transversal con muestreo consecutivo de los cinco primeros pacientes con DM2 que acuden a consultas de AP del territorio nacional. Visita única. Mediciones: variables demográficas, IMC, Perímetro abdominal, Antecedentes familiares de DM2, años evolución, FRCV asociados. Se consideró buen control HbA1c \leq 7%. Análisis estadístico: medidas de centralización y dispersión en variables cuantitativas, proporciones en cualitativas. IC95%. Comparaciones: chi cuadrado en proporciones, t Student para medias, no paramétricas si no criterios aplicación. Nivel significación 0,05.

Resultados: Se incluyeron 1.756 pacientes con edad 65,1 (DE 10,8). Hombres: 50,8%. IMC \geq 30 kg/m²: 38%. Obesidad abdominal: 61,32%. Antecedentes familiares DM2: 54,8%. Años evolución: 10,9 (DE 6,1). FRCV asociados: tabaco: 14,3%, HTA: 67%, dislipemia: 62,6%, afectación renal: 21,7% (microalbuminuria: 79,6%, macroalbuminuria: 4,7%, i. renal: 14%). Patologías asociadas: cardiopatía isquémica: 15,5%, e. cerebrovascular: 7,6%, a. periférica: 10,4%, retinopatía: 13,3%. HbA1c: 7,3 (DE 1,2); HbA1c \geq 7: 41,5%, HbA1c \geq 8: 15,1%. No modificaron tratamiento: HbA1c 7-8: 31,5% (IC95%: 29,3-33,7), HbA1c \geq 8: 18,6% (IC95%: 16,8-20,4) ($p < 0,0001$). Cuando existían antecedentes familiares DM2 había más modificaciones de tratamiento ($p = 0,0006$). No hubo diferencia significativa para modificar tratamiento en función de edad, sexo o presencia de FRCV asociados del paciente.

Conclusiones: Los pacientes presentaban alta prevalencia de FRCV asociados. Existe un alto porcentaje de pacientes con HbA1c por encima del objetivo de buen control. Se modifican más tratamientos cuando la HbA1c es más elevada y si existen antecedentes familiares de DM2.

10/263. GOTA. MODELO DE SÍNDROME METABÓLICO

M. Herranz Fernández^a, J. Carmona Segado^b, E. Pablos Herrero^c, E. Romero Arasanz^a y F. Jiménez Paredes^a

^aMFyC. ABS Santa Perpetua de Mogoda. Barcelona; ^bMFyC. ABS Castellar del Vallés-Sant Llorenç Savall; ^cMFyC. ABS Sant Oleguer. Sabadell.

Objetivos: Conocer cómo expresan los pacientes gotosos el síndrome metabólico.

Metodología: Estudiamos todos los pacientes con gota diagnosticados en los últimos 10 años en una población semiurbana de 22.500 habitantes de la provincia de Barcelona. Diagnosticamos 64 gotosos, la mayoría varones: 78%. Edad media 66 años. Aplicamos la definición de síndrome metabólico, para lo cual medimos cintura, tensión arterial, glucemia, triglicéridos y HDL colesterol.

Resultados: El 80% de los gotosos presentan síndrome metabólico. El componente hipertensivo es el más frecuente: 84%. Obesidad abdominal: 77%. Hipertrigliceridemia: 69%. Hiperglucemia: 62%. Descenso HDL-colesterol: 41%.

Conclusiones: La gota expresa muy bien el síndrome metabólico, sobre todo, en forma de cintura hipertensiva hipertriglicerid-

mica e hiperglucémica. En mayores de 80 años se identifica insuficiencia renal en un 50%. En jóvenes menores de 50 años identifica sexo varón e hipertrigliceridemia en un 100%.

10/265. INFARTO Y ANGINA DE PECHO EN UN ÁREA SEMIURBANA

M. Herranz Fernández^a, E. Pablos Herrero^b, E. Romero Arazanz^a, J. Carmona Segado^c, M. Tomás Lachos^a y N. Perallón Solans^a

^aMFyC. ABS Santa Perpetua de Mogoda. Barcelona; ^bMFyC. ABS Sant Oleguer. Sabadell; ^cMFyC. ABS Castellar del Vallès-Sant Llorenç Savall.

Objetivos: Analizar si se realiza una adecuada prevención secundaria de la cardiopatía isquémica en un Centro de Salud semiurbano de 22 500 habitantes en el año 2009.

Metodología: Se analizaron el total de los pacientes de nuestro Centro de Salud con el diagnóstico de cardiopatía isquémica (n 325). Se realiza una revisión retrospectiva de las historias clínicas. Los criterios evaluados: antiagregantes, betabloqueantes, estatinas, IECAS, ARAI, tabaquismo, cifras tensionales, perfil lipídico y hemoglobina glicosilada A1c en diabéticos.

Resultados: (% cumplimentación): 89,5% no fuman; 83,7% antiagregantes; 46,8% betabloqueantes; 66,8% estatinas; 24,6% IECAS; 15,4% ARAI; 38,5% TAS < 130,5%; 5% TAD < 80; 36,3% LDL < 100; 26,2% HbA1c < 7.

Conclusiones: Existe una manifiesta capacidad de mejora de todos los criterios, si bien en antiagregación se observa un importante cumplimiento. Del mismo modo, existe también un alto porcentaje de pacientes no fumadores, sin embargo debemos seguir insistiendo en la mejora de dicho parámetro puesto que el objetivo que tenemos que alcanzar es del 100%. Hay una clara infratilización de los betabloqueantes. Se objetiva un mal control de las cifras de TA Y LDL en la mayoría de nuestros pacientes siendo aún peor en aquellos que tiene mayor riesgo, como en el caso de los pacientes diabéticos.

10/286. RESULTADOS A CORTO Y LARGO PLAZO DE LA INTERVENCIÓN EN TABAQUISMO EN ATENCIÓN PRIMARIA MEDIANTE EL CONSEJO SANITARIO

M. Torrecilla García^a, D. Plaza Martín^b, B. Valladares Lobera^c, R. Herrero Antón^c, M. Tabera Hernández^d y F. Mamini^c

^aMédico de Familia. CS San Juan. Salamanca; ^bPediatra. CS Sisinio de Castro. Salamanca; ^cResidente de Medicina de Familia. CS San Juan. Salamanca; ^dMédico de Familia. Segovia.

Objetivos: Valorar la eficacia del consejo sanitario en función de la predisposición al abandono del tabaco.

Metodología: Estudio prospectivo. Se determinaron las fases del proceso del abandono del tabaco según el esquema de Prochaska y DiClemente, valorándose la abstinencia tabáquica a los 2, 6 y 12 meses y a los 5 años del inicio de la intervención, aplicándose el test de Chi cuadrado.

Resultados: De los 228 sujetos sobre los que se realizó la intervención, 86 [37,7% (31,4%-44,4%)] estaban en fase de precontemplación, 73 [32,0% (26,0%-38,5%)] en fase de contemplación y 69 [30,3% (24,4%-36,7%)] en fase de preparación. Entre los que lograron la abstinencia a los 2 meses la abstinencia mantenida observada a los 6, 12 meses y 5 años fue respectivamente del 18,3% (9,5%-30,4%), 21,7% (12,1%-34,2%) y 21,1% (6,1%-45,6%) entre los fumadores que se encontraban en fase de precontemplación al inicio del estudio (p > 0,05); del 40,0% (27,6%-53,5%), 38,3% (26,1%-51,8%) y 42,1% (20,3%-66,5%) entre los que se encontraban en fase de contemplación (p > 0,05); y del 41,7% (29,1%-55,1%), 40,0% (27,6%-53,5%) y 36,8% (16,3%-61,6%) entre los que estaban en fase de preparación (p > 0,05). La abstinencia puntual a los 2, 6, 12 y 60

meses y según la fase de precontemplación, contemplación o preparación fue del: 20,0% (12,1%-30,1%), 40,3% (28,9%-52,5%) y 50,8% (38,1%-63,4%) (p < 0,05); 22,6% (14,2%-33,0%), 40,8% (29,3%-53,2%) y 43,3% (30,6%-56,8%) (p < 0,05); 29,4% (20,0%-40,3%), 49,3% (37,2%-61,4%) y 40,3% (28,1%-53,6%) (p < 0,05); 15,9% (6,6%-30,1%), 30,8% (17,0%-47,6%) y 26,5% (12,9%-44,4%) (p > 0,05); respectivamente.

Conclusiones: El consejo sanitario se debe ofrecer a todo sujeto fumador, independientemente de la fase en la que se encuentre ya que es eficaz a corto y largo plazo.

10/287. PREGUNTADO SOBRE TABAQUISMO EN LA CONSULTA DE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA

D. Plaza Martín^a, M. Torrecilla García^b, R. Herrero Antón^c, B. Valladares Lobera^c, M. Tabera Hernández^d y F. Mamini^c

^aPediatra. CS Sisinio de Castro. Salamanca; ^bMédico de Familia. CS San Juan. Salamanca; ^cResidente de Medicina de Familia. CS San Juan. Salamanca; ^dMédico de Familia. Segovia.

Objetivos: Valorar las consideraciones que sobre el tabaquismo presentan los padres de los niños adscritos a las consultas de pediatría para ver en qué medida se puede influir desde la consulta de pediatría de atención primaria.

Metodología: Estudio descriptivo transversal multicéntrico realizado sobre 1013 padres/madres. Las variables analizadas fueron: sexo, edad, condición de fumador de los tutores, factores de inicio, conocimientos sobre el tabaquismo y sus consecuencias. Se aplicó el test de chi cuadrado. Significación del 5%.

Resultados: Eran fumadores el 42,9% (37,7%-48,1%) de los padres y el 30,9% (27,4%-34,7%) de las madres (p < 0,001). Entre los no fumadores el 15,8% (13,2%-18,9%) consideraba al humo del tabaco menos perjudicial que el inhalado, el 82,5% (79,3%-85,3%) tan peligroso o más y el 1,7% (0,9%-3,1%) no peligroso. Entre los fumadores los porcentajes respectivos fueron 26,8% (22,3%-31,7%), 70,1% (65%-74,8%) y 3,1% (1,6%-5,6%) (p < 0,0001). El 87,6% (83,6%-90,7%) de los fumadores consideraban al tabaco como droga respecto al 92,8% (90,5%-94,6%) de los no fumadores (p < 0,01). El 96,8% lo considera el origen de múltiples enfermedades sin diferencias entre fumadores y no fumadores. Entre los fumadores el 94,1% (91%-96,2%) lo consideraba muy perjudicial para la salud, el 1,4% (0,5%-3,4%) poco perjudicial. Los porcentajes respectivos entre los no fumadores fueron del 97,9% (96,4%-98,8%) y 0,8% (0,3%-1,9%) (p < 0,01). El 73,2% (68,3%-77,7%) de los fumadores pensaba que el ser fumador podría influir en el inicio al tabaco de los hijos, respecto al 80,6% (77,4%-83,6%) de los no fumadores (p < 0,01).

Conclusiones: La información que los padres tienen sobre el tabaquismo es susceptible de mejora, por lo que el pediatra tiene un papel importante en la prevención del tabaquismo.

10/299. VISITAS ESPONTÁNEAS EN UN CENTRO DE SALUD: ¿PODEMOS RELACIONARLAS CON LA LISTA DE ESPERA PARA CITA PREVIA?

V. Bou Barba, M. Tierno Ortega, A. Gómez Lumbreras, I. Mestre Llop, J. Santanach Soler y M. Prieto Martínez

ABS Sanllehy. Barcelona.

Objetivos: Conocer el impacto sobre las consultas de medicina del actual sistema de reparto de visitas espontáneas, cuyo diseño pretende una distribución equitativa de éstas. Valorar si la lista de espera influye en su generación.

Metodología: Estudio: descriptivo, retrospectivo y transversal. Emplazamiento: ABS urbana con 15 consultas de medicina general. Población: visitas espontáneas realizadas en dichas consultas. Variables: número de visitas espontáneas en 4 periodos de 2008: que visita cada médico procedente del propio cupo; que visita cada médico

procedente de otros cupos del centro; que genera cada cupo, visita por los otros médicos; lista de espera en días para cada cupo.

Resultados: En enero-febrero de 2008 el número de visitas espontáneas realizadas procedente de otros cupos osciló entre 58-210 en las distintas consultas. El número de visitas espontáneas generadas por dichos cupos osciló entre 83-211. Se observó una variación de entre 1 y 6 días de lista de espera para los distintos cupos, casi constante en todo el año. Tanto consultas con mayor espera como las que no la tenían generaron de 120-140 visitas espontáneas. A lo largo del año se mantuvieron todos éstos comportamientos con las variaciones estacionales esperadas.

Conclusiones: Se observó una amplia variación de resultados en la distribución de visitas espontáneas realizadas entre los diferentes médicos: es preciso corregir su mecanismo de asignación. La lista de espera para los diferentes médicos no implicó necesariamente mayor generación de visitas espontáneas. Deben considerarse sus distintos estilos de visita en la misma.

10/300. SAOS, UNA CONSPIRACIÓN EN LA SOMBRA

L. Roig Fernández^a, C. Calzado Sánchez-Elvira^b, C. Pardo Tomás^b, A. Gómez Gras^c, L. Ortiz de Saracho y Sueiro^a y A. Candela Blanes^d

^aCS Parc lo Morant. Alicante; ^bCS San Juan de Alicante. Alicante;

^cCS San Vicente del Raspeig. Alicante; ^dServicio de Neumología. HGUA.

Objetivos: Analizar la situación clínica de pacientes que acuden a la consulta por presentar ronquidos nocturnos con fragmentación del sueño, somnolencia diurna y cambios de carácter, los primeros señalados por el acompañante y los segundos por el paciente, además de la asociación con FRCV.

Metodología: Diseño: estudio descriptivo-transversal. Ámbito: datos informatizados de la H⁸ C^a de pacientes entre 40-80a. que presentaban las alteraciones señaladas. (CS Parc Lo Morant-Alicante). Periodo: 1-07-09 hasta 1-04-10. Sujetos: 54 p. entre los 40-80 a. V: 37 (68,52%). M: 17 (31,48%). Variables: edad, sexo, IMC, pausas, somnolencia, ronquidos, índ. de Epw, SaO₂, IAH, FRCV asociados (obes, HTA, EPOC, cardiopatía y DM), hipotir., tabaco, alt. ORL y óseas. Análisis de datos: mediante el programa estadístico SPSS 15.0 y se expresan como porcentajes, medias, DE o medianas indicando el intervalo de confianza del 95%.

Resultados: 54 pac. V 37: 13 (40-55a), 19 (56-70a), 5 > 70a) M 17: 5 (40-55a), 10 (56 y 70a), 2 (> 70). IMC: 37 ± 8. 5 obesidad mórbida. I. de Epworth: 36 ± 10. PAM: 140/80 ± 3. IAH: de 12-44 h.-SaO₂ M: 85 ± 7%. Apneas y ronquidos 100%. Somnolencia 48 (81%). Hipot.: 5 (9,2%). Tabaco 13 (24%). Alt. ORL 4 (7,4%). Alt. t. óseo 2 (3,7%). FRCV: obes.: 47 (88%). EPOC: 13 (24%). Card: 11 (20,37%). DM 7 (12,9%). HTA: 27 (50%).

Conclusiones: A todos los pacientes se les ha realizado ECG, Rx de T, y polisomnografía siendo diagnosticados 49 pacientes de SAOS. Llama la atención la gran prevalencia de la obesidad (68,5%), HTA (50%) y tabaco (24%). Su asociación con la obesidad y la HTA, además de otros factores añadidos agudiza, aún más, el problema de salud con niveles altos de morbimortalidad. Como tratamiento fundamentalmente el empleo de CEPAP y la pérdida de peso, asociado a la regulación del resto de factores asociados.

10/313. ANTICOAGULACIÓN Y FA-FRCV ASOCIADOS

C. Pardo Tomás^a, L. Roig Fernández^b, C. Calzado Sánchez-Elvira^a, A. Gómez Gras^c, L. Ortiz de Saracho y Sueiro^b y N. Antón Tavira^a

^aCS San Juan de Alicante. Alicante; ^bCS Parc Lo Morant. Alicante;

^cCS San Vicente del Raspeig.

Objetivos: Control evolutivo de pacientes con FA y FRCV asociados así como intervenciones realizadas para mantener el INR entre 2-3, y la presentación de complicaciones.

Metodología: Diseño: estudio descriptivo-transversal. Ámbito: datos informatizados en nuestras consultas de AP. Sujetos: pacientes (45-75a) diagnosticados en la consulta. Periodo: 11-05-09 al 1-04-10. Criterios: inclusión: diagn. ECC de FA; exclusión: FA de < 6 meses. Variables: edad, sexo tratamiento farmacológico, patología asociada a > riesgo tromboembólico, tratamiento preventivo antitrombótico (periodos de control y grado de cumplimiento) y complicaciones. Análisis de datos: programa estadístico SPSS 15.0, y se expresan como porcentajes, mediadas, DE o medianas indicando el IC del 95%.

Resultados: Pac: 54. V: 37 (68,5%); 13 (40-55a); 19 (56-70); 5 (> 71a). M: 17 (31,4%); 5 (45-55a); 10 (56-70); 2 (> 71). IMCM: 37 ± 8. PAM: 140/80 ± 3. Apneas y ronquidos: 54 (100%). Somnolencia 48 (81%). SaO₂ M: 85 ± 7. Í. de Epworth: 36 ± 10. Hipot: 5 (9,2%). Tabaco: 13 (24%). Alt. ORL 4 (7,4%). Alt TO: 2 (3,7%). FRCV: obes: 47 (86,8%). HTA: 27 (50%). EPOC: 13 (24%). Cardiop: 11 (20,3%). DM: 7 (12,9%).

Conclusiones: A todos los pacientes se les ha realizado ECG, Rx T, polisomnografía. 49 han sido diagnosticados de SAOS. Llama la atención la elevada prevalencia de la obesidad (86,8%), HTAA (50%) y el tabaco (24%). Su asociación con la obesidad y la HTA, además de otros factores añadidos agudiza aun más el problema de salud con niveles altos de morbimortalidad. Como tratamiento fundamentalmente el empleo de la CEPAP y la pérdida de peso asociado a la regulación del resto de factores asociados.

10/322. ¿TENEMOS A NUESTROS PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA BIEN CONTROLADOS?

M. Ramos Pacho^a, C. Fraga González^b, M. Blanco Iglesias^c y M. Fernández Domínguez^d

^aCS Cenlle. Ourense; ^bCS Valle Inclán. Ourense; ^cCS Toen. Ourense;

^dUnidad de Docencia e Investigación. XAP Ourense.

Objetivos: Evaluar el grado de control de los factores de riesgo de los pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) en los centros de salud de atención primaria según las guías de práctica clínica (GPC).

Metodología: Diseño: estudio observacional retrospectivo multicéntrico. Ámbito: 3 centros de salud (2 rurales y 1 urbano) del área de salud de Ourense. Sujetos: todos los pacientes con ERC (según criterios de las GPC). Total: 226 pacientes. Variables: profesional, edad, sexo, tabaco, MDRD, creatinina, microalbuminuria, microalbuminuria/creatinina, TAS, TAD, CT, LDL, TG, DB, HbA1C en los últimos 3 meses, valor de Hb1C, IMC, HB, AAS.

Resultados: La mediana de edad fue de 77,47 años (DT = 10,97 años). El 65,9% eran mujeres. No fumadores un 86,6% y presentaban un IMC de 28,90 (28,27-29,54). El 27,4% eran diabéticos, tenían hba1c (3 últimos meses) el 42,6% con mediana de 6,3. La mediana de MDRD fue de 50,27 (DT = 9,7) y de hb de 13,4 mg/dl (DT = 8,59). Estaban con AAS el 28,8% presentaban un estadio 3 el 94,6%. El 35,5% y el 53,7% tenían buen control de TAS Y TAD respectivamente, el 79,3% del cociente albúmina/creatinina. Encontramos buen control de LDL y CT en el 30,7% y 60,1% respectivamente y el 15,2% de IMC. En el análisis bivalente hallamos significación estadística de MDRD con control de LDL (p = 0,005). Observamos correlación negativa significativa de la edad con el MDRD (p = 0,000).

Conclusiones: Las mujeres no fumadoras y con sobrepeso conforman el perfil de nuestros pacientes con ERC. Es necesario la implementación de la utilización de las GPC entre los profesionales de AP.

10/330. ANÁLOGOS BASALES DE INSULINA Y RIESGO DE CÁNCER

F. Martínez Martín

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín.

Objetivos: Conocimiento de la evidencia disponible sobre la posibilidad de aumento del riesgo de cáncer asociado al uso de análogos basales de insulina.

Metodología: Revisión bibliográfica de la literatura disponible sobre la cuestión.

Resultados: La insulina tiene acción mitogénica, mediada por estímulo de receptores de IGF-1. El hiperinsulinismo se asocia a riesgo elevado de neoplasias (mama, colon, etc.) y en los pacientes diabéticos la insulino terapia se asocia a mortalidad por cáncer aumentada en comparación con metformina. Entre los análogos aprobados para uso clínico, Glargina tiene una actividad mitogénica superior a la de la insulina humana, y un mayor efecto proliferativo in vitro sobre líneas celulares de adenocarcinoma mamario. En septiembre de 2009 se publicaron en "Diabetologia" tres estudios basados en registros epidemiológicos (uno alemán, uno sueco y uno escocés) que sugirieron una asociación entre el uso de glargina en monoterapia y el riesgo aumentado de carcinoma de mama en mujeres postmenopáusicas; un cuarto registro (británico) mostró carcinocinesis aumentada asociado al uso de insulina y sulfonilureas en comparación con metformina o dieta sola. Tres meses después se publicaron dos metaanálisis de estudios aleatorizados: con glargina vs NPH no se encontró diferencia significativa en la incidencia de cáncer aunque el estudio no excluía un aumento de riesgo de hasta el 36%; con detemir vs NPH se observaba una reducción significativa en la incidencia de cáncer.

Conclusiones: El riesgo de carcinocinesis aumentada asociado a glargina no está confirmado pero tampoco se ha podido descartar; detemir reduce el riesgo de carcinocinesis.

10/336. TERAPIA GRUPAL POR RIESGO CARDIOVASCULAR TOTAL. EFICIENCIA DEMOSTRADA

N. Puig Girbau, M. Lladó Blanch, G. Pera Blanco y R. Riera Torres
Servicio AP Badalona-San Adrián.

Objetivos: Evaluar si la atención grupal es igual o mejor que la atención individual en el abordaje de los pacientes con riesgo cardiovascular; en términos de cumplimiento terapéutico, grado de control metabólico, recursos utilizados, grado de satisfacción de pacientes y profesionales.

Metodología: Diseño: estudio multicéntrico de intervención en dos ramas, estratificados por grupos de riesgo. Grupo intervención- atención grupal, sesiones conducidas por sus enfermeras referentes. Por cada paciente del grupo-intervención se asignó un paciente al grupo-control, que seguía en consulta individual. El ensayo duró un año. Sujetos: 2.127 pacientes incluidos en el protocolo de patologías crónicas de 7 equipos de Atención Primaria de Badalona-Sant Adrià. Recogida de información: de las variables cardiovasculares, del grado de control y uso de recursos sanitarios, de las historias informatizadas. Encuesta de satisfacción a pacientes-intervención en cada taller y a profesionales al final.

Resultados: Comparativa entre 528 pacientes-intervención y 824 controles. Al año de seguimiento no habían diferencias significativas, excepto en el gasto farmacéutico y número de medidas de las variables. Se realizaron 197 talleres, repartidos en 4 sesiones de 48,75 minutos, asistencia media 10,40 pacientes. Dedicación anual enfermera por paciente/año fue de 39,59 minutos, ahorrando 20,41 minutos por enfermera/paciente/año. Satisfacción pacientes-intervención 4,5/5. Las 17 enfermeras que dirigieron los talleres opinan que esta intervención mejora la autoestima e independencia de los pacientes y debe tener continuidad.

Conclusiones: Considerar un perfil de paciente candidato a recibir educación grupal, por el ahorro de tiempo y la reducción de carga asistencial de enfermería, que redundaría en un aumento de la eficiencia al sustituir la consulta individual.

10/344. EL BLOG DE DOCENCIA. UNA NUEVA EXPERIENCIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

J. Ródenas Aguilar, P. Tejero López, A. Díaz Barroso, A. Antoja Rovira, M. Pérez Pérez y A. Girona Amores

EAP Badalona 6. Llefià.

Objetivos: Diseñar e implementar un blog dedicado a docencia en un centro de salud docente. Pensamos que nuestro blog facilitará la formación de profesionales y residentes.

Metodología: Experiencia realizada en un centro de salud docente de ámbito urbano. Hemos creado un blog alojado en Internet, servidor gratuito, acceso limitado a personal del centro. Los profesionales tienen libertad total de publicación de entradas y comentarios. No hemos habilitado la función de moderación de comentarios previos a su publicación. Existen accesos directos a sesiones, enlaces a herramientas de tutorización de residentes, ayuda en consulta, búsqueda bibliográfica, guías clínicas y feeds a las principales revistas de AP. Se revisa y actualiza periódicamente.

Resultados: Nuestro blog ha tenido una gran aceptación en su presentación. Encuesta online: 94,2% de usuarios opinaron que les resulta útil. En los dos primeros meses se han publicado 31 entradas: información (blog, congresos, actividades docentes) 10 (32,2%), casos clínicos 5 (16%), propuestas organizativas 5 (16%), actividades del centro 5 (16%), protocolos de temas clínicos 3 (9,6%), enlaces webs docentes 3 (9,6%). Se han realizado 94 comentarios a estas entradas, el tema que más interés despierta son los casos clínicos. Los temas médicos tratados más frecuentemente han sido reumatología y cardiovascular.

Conclusiones: La acogida de nuestro blog en el centro ha sido excelente: La participación hasta el momento ha sido elevada. Los temas preferidos por los participantes son los casos clínicos. Creemos que un blog docente es una herramienta muy útil para profesionales y residentes. Es necesario continuar animando la participación y la actualización de contenidos.

10/350. ENFERMEDAD RENAL OCULTA EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2

L. Ginel Mendoza^a, J. Morales Naranjo^b, S. Mesa Sánchez^a, M. Izquierdo Martínez^a, J. Sasporte Jenafo^a y A. Milán Fernández^a

^aMédico de Familia. CS Ciudad Jardín. Málaga; ^bMédico de Familia. CS Victoria. Málaga.

Objetivos: Analizar las características de pacientes diabéticos con enfermedad renal oculta (ERO), definida como coexistencia de cifras de creatinina sérica normales (menor de 1,3 mg/dl) con aclaramiento inferior a 60 ml/min/1,73 m².

Metodología: Estudio descriptivo transversal. En mayo de 2010. Centro de salud urbano. Muestreo aleatorio por conglomerados (cupos). Variables a estudio: Sexo, edad, años de evolución de la diabetes, hemoglobina glicosilada (HBA1c), índice de masa muscular (IMC), creatinina, filtrado glomerular realizado por la fórmula MDRD-4, factores de riesgo asociados y número total de fármacos utilizados.

Resultados: Pacientes atendidos en centro de salud 37.600, en programa de diabetes 2.230 (5,93%). Pacientes estudiados 166. Mujeres 55,4%. Edad media 67,7. Años de evolución de diabetes media 8,73. HBA1c 6,9%, IMC 30,42 kg/m². Promedios de creatinina 1,0, MDRD 72,24 ml/min/1,73 m². ERO 24,28%. (18,91% en hombres y 34,78% en mujeres). Hipertensión arterial 69,87%, dislipemia 50,8%, fumadores 13,25%. Media de fármacos utilizados 7,02.

Conclusiones: En nuestro centro de Salud uno de cada cuatro diabéticos tipo 2 presenta ERO, siendo más frecuente en mujeres.

10/354. HYGIA EN IANUS

E. Sineiro Galiñanes^a, P. Giráldez Martínez^b, G. Moares de Pasos^b, L. Fontenla Devesa^c y R. Martínez Madagan^c

^aMédico de Familia; ^bMIR Medicina de Familia; ^cEnfermería Atención Primaria.

Objetivos: Introducir el proyecto Hygia en la historia clínica electrónica de pacientes con sospecha o diagnóstico de hipertensión arterial en un centro de salud urbano.

Metodología: Ianus es un sistema de historia clínica electrónica desarrollado por la Consellería de Sanidad Gallega, que integra en un único sistema de información, toda la documentación generada en los diferentes niveles de prestación a lo largo de todo el proceso asistencial del paciente. El Proyecto Hygia se ha diseñado como un estudio paralelo a la labor asistencial, que permite la utilización de un informe estandarizado para los pacientes, basado en herramientas de probada sensibilidad diagnóstica, a partir de valores de presión arterial obtenidos mediante la medida ambulatoria de presión arterial (MAPA). El objetivo fundamental se centra en extender la utilización de dicha prueba en atención primaria para el diagnóstico de hipertensión, valoración de la eficacia terapéutica, y la evaluación del riesgo cardiovascular global. Para ello se realizarán la determinación del patrón circadiano de variación de la presión arterial obtenido mediante MAPA y otras pruebas complementarias.

Resultados: El 100% de los pacientes hipertensos incluidos en el proyecto Hygia, presentan en su historia clínica, un informe con los resultados de la MAPA y el riesgo cardiovascular global. El número total de pacientes asciende a 150.

Conclusiones: En la historia electrónica del paciente permanecerán los resultados de las MAPA realizadas, que con la implantación del sistema Ianus, podrán ser visualizadas por otros profesionales de Atención Primaria o Especializada, pudiéndose garantizar así la accesibilidad, coordinación y continuidad asistencial.

10/356. RELACIÓN ENTRE ASISTENCIA A GUARDERÍA DE NIÑOS DE 0-24 MESES E HIPERFRECUENTACIÓN A CONSULTAS DE PEDIATRÍA Y PERCENTILES PONDERALES

A. Borrás Calvo^a, R. Mourelle Varela^b, E. Martín Correa^b, C. Molina Guasch^b y E. Ramírez Moreno^b

^aSVS-Osakidetza; ^bICS.

Objetivos: Determinar la diferencia de frecuentación a consultas de pediatría, así como de ganancia ponderal de niños entre 0-24 meses, en función de su asistencia o no a guardería durante el último año.

Metodología: Diseño del estudio: Estudio observacional transversal de prevalencia. Emplazamiento: Centro de atención primaria de la periferia de Madrid con una población asignada de 3.000 pacientes. Participantes: Niños entre 0-24 meses que han acudido a consultas de pediatría en el último año.

Resultados: Se midieron las variables frecuentación y percentiles de peso, accedimos a las revisiones del programa del niño sano con edades comprendidas entre 0-24 meses, dividimos la muestra en tres grupos de edad, la primera entre 0-8 meses, la segunda entre 9-17 meses y la tercera entre 18-24 meses. Dentro de cada grupo obtuvimos 75 niños que habían asistido a la guardería y 75 que no habían asistido a guardería. Comparamos las variables frecuentación y percentiles de peso de cada niño.

Conclusiones: Se observa una diferencia estadísticamente significativa $p = 0,011$ en la relación entre frecuentación y asistencia a guardería y no significativa $p = 0,08$ entre percentiles de peso y asistencia a guardería en donde sería recomendable aumentar la muestra para conseguir una diferencia significativa. En el grupo de 0-8 meses es donde se observa la mayor diferencia.

10/357. PROYECTO DE GESTIÓN AUTÓNOMA PROFESIONAL INCENTIVADA (GAPI) EN ATENCIÓN PRIMARIA

S. Sitjar Martínez de Sas, J. Ortiz Molina, A. Anguita Guimet, I. Menacho Pascual, X. Otero Serra y D. Martí Grau

CAP Les Corts. Barcelona.

Objetivos: Analizar las mejoras de la autogestión de profesionales en Atención primaria (AP) respecto al modelo habitual (equipo dirigido por coordinador médico). Mejorar la calidad asistencial, la satisfacción de pacientes y profesionales. Potenciar la investigación e integrar a médicos residentes en el proyecto.

Metodología: En febrero de 2009 se constituyó el grupo GAPI (Gestión Autónoma Profesional Incentivada) con 6 médicos de familia (MF) y 4 administrativos organizados autónomamente para atender a 10.281 usuarios de 32.318 asignados a un CAP urbano. Se ha incidido en: gestión de la demanda, autocobertura de profesionales, incremento de consultas telefónicas y mediante nuevas tecnologías (e-mail, SMS), desburocratización de la consulta, mejora de prescripción farmacéutica, disminución de productos intermedios y participación en investigación, formación y docencia.

Resultados: Resultados asistenciales a diciembre de 2009 respecto al mismo periodo de 2008: incremento 0,43% población atendida, disminución 13,8% de visitas, aumento 391% de atención no presencial, reducción de demora de visita (5,8 a 1,4 días), reducción 20% de analíticas y 21% pruebas de imagen solicitadas, disminución 17% prescripción novedades terapéuticas, aumento 5% utilización de medicamentos genéricos (total 40,3%). Ha mejorado la satisfacción de los profesionales (cuestionario CVP-35) y ha existido una participación activa en la tutorización de residentes (5 MF son tutores) y en proyectos de investigación.

Conclusiones: En este periodo piloto el modelo GAPI ha mejorado la eficiencia, innovación, y atención al paciente, ha dotado la consulta de mayor profesionalidad y ha incrementado la satisfacción del profesional y probablemente también la del usuario.

10/369. PREVALENCIA DE ESTADOS DE ANSIEDAD/DEPRESIÓN DE POBLACIÓN INMIGRANTE LATINOAMERICANA EN CANARIAS Y FACTORES RELACIONADOS

V. Rodríguez Navarro^a, J. Ruiz Perera^b, M. Suárez Hernández^c, M. Tejera Ramírez^d, R. Manzanera Escartí^e y R. Artilles Pérez^f

^aCS Barrio del Atlántico. Gran Canaria; ^bUnidad del Dolor. Hospital Universitario Ntra. Sra. de la Candelaria. Tenerife; ^cCS Añaza. Tenerife; ^dCS Barrio de la Salud. Tenerife; ^eFaculty of Medicine Imperial College. Londres; ^fCS Gladiolos. Tenerife.

Objetivos: Estimar prevalencia de ansiedad-depresión en inmigrantes-latinoamericanos residentes en Canarias y factores relacionados.

Metodología: Estudio descriptivo-transversal cualicuantitativo entre marzo-agosto 2009. Entrevista clínica abordando variables demográficas y médico-sociales. Valoración ansiedad-depresión: Escala de Goldberg. Análisis univariado: porcentajes de variables cuantitativas. Medidas de tendencia central, dispersión y rangos para cualitativas. Bivariado: variables categóricas: Chi-cuadrado-Pearson y Prueba exacta de Fisher. Variables cuantitativas: t-Student. Multivariado: modelo de regresión logística múltiple. Herramienta: SPSS-17.0.

Resultados: 125 pacientes. 73,6% mujeres. Edad media 38,9 años (DT 12,07). 42,4% casados. 77,6% trabaja en España. Prevalencia de ansiedad: 44% (IC95%: 0,527-0,353) y depresión: 63,2% (IC95%: 0,714-0,546). Un 13,6% refieren haber sufrido malos tratos. Un 19,2% presentó síntomas psicopatológicos en infancia. Un 30,4% tiene antecedentes de salud mental y un 34,2% es patología ansio-

sa-depresiva. Relación entre sexo femenino y depresión ($p = 0,041$). Asociación significativa con depresión: estado civil ($p = 0,012$), situación familiar ($p < 0,0001$), tiempo en España ($5,75$ años $\pm 3,88$ vs $7,50$ años $\pm 7,39$; $p = 0,002$) y motivo de inmigración ($p = 0,050$). Con ansiedad: edad ($41,18$ años $\pm 12,51$ vs $37,24$ años $\pm 11,5$; $p = 0,070$) y no trabajar actualmente ($p = 0,014$). Se relacionan con ansiedad-depresión: malos tratos ($76,5\%$ vs $23,5\%$; $p = 0,004$), (100% vs 0% ; $p = 0,001$) respectivamente, síntomas psicopatológicos en infancia ($62,5\%$ vs $37,5\%$; $p = 0,042$), ($83,3\%$ vs $16,7\%$; $p = 0,023$) y antecedentes de enfermedades mentales ($68,4\%$ vs $31,6\%$; $p < 0,001$), ($84,2\%$ vs $15,8\%$; $p = 0,001$). Asociación independiente con ansiedad antecedentes de salud mental, sufrir malos tratos y no tener trabajo comportándose como factor de riesgo. Variables asociadas con depresión: situación familiar como factor protector y como factor de riesgo antecedentes de salud mental y síntomas psicopatológicos en infancia. Análisis cualitativo: relaciones sociales, visión de la sociedad e ilusión/esperanza por volver al país. La mayoría se sienten integrados, muchos añoran apoyo de familia/amigos. Laboralmente refieren necesidad de mayor integración. La mayoría tienen visión positiva de la sociedad española y manifiestan deseo de quedarse.

Conclusiones: Prevalencia de ansiedad en nuestro estudio no difiere de la de población general. La cifra en depresión es más alta. Debe hacer reflexionar acerca del posible sesgo de complacencia que la entrevista fuera administrada por el médico. Sería interesante acceder a esta población valorando trastornos adaptativos secundarios al estrés del fenómeno migratorio.

10/370. LA VIOLENCIA DE GÉNERO Y SU IMPACTO EN LA SALUD FÍSICA Y PSÍQUICA

M. Bozhenko Kozhushko^a, M. Parra Rivera^b, M. Álamo Martell^c y D. Yera Pilar^a

^aCS San Gregorio. Las Palmas; ^bCS Doctoral. Las Palmas; ^cCS Maspalomas. Las Palmas.

Objetivos: Evaluar el impacto en la salud física y psíquica de la violencia de género (VG).

Metodología: Estudio descriptivo transversal, multicéntrico, en 3 centros de salud. Se entrevistaron 601 mujeres mayores de 18 años, con pareja y sin enfermedad que le impidiera comprender y responder coherentemente. Dos no quisieron participar. Se estudiaron sus datos sociodemográficos, patologías por enfermedades y clasificadas según CIAP-2, indicadores de sospecha, tipo y características de la violencia.

Resultados: La frecuencia de VG fue del 8,2%. Las mujeres víctimas de maltrato presentaron significativamente mayor riesgo de padecer hipertensión arterial (Odds ratio de prevalencia (OR) = 2,1; Intervalo de confianza del 95% (IC95%): 1,12-3,7), diabetes (OR = 2,6; IC95%: 1,3-5,1), dolores osteomusculares (OR = 2,6; IC95%: 1,4-4,7), enfermedades genitales (OR = 3,8; IC95%: 1,3-10,8), depresión (OR = 5,2; IC95%: 2,8-9,7) y ansiedad (OR = 2,5; IC95%: 1,3-4,6). Tras clasificar los problemas según la CIAP-2 se asoció a problemas del aparato cardiovascular (OR = 1,9; IC95%: 1,03-3,4), locomotor (OR = 2,2; IC95%: 1,2-4), psicológico (OR = 5,5; IC95%: 2,8-10,6), urinario (OR = 3,1; IC95%: 1,3-7,5) y genital (OR = 4,1; IC95%: 1,6-10,9). Las mujeres con VG acudieron un 57% de veces más a consulta durante los 12 meses previos que aquellas sin VG (13,1 vs 8,3 veces; $p < 0,05$).

Conclusiones: Los resultados del presente trabajo muestran que la VG se asocia con una peor salud física y psíquica, y que aquellas mujeres que la sufren consultan en más ocasiones a su médico. Los profesionales de Atención Primaria se encuentran en una situación privilegiada para detectar este problema.

10/372. DETECCIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO. INFLUENCIA DE LOS INDICADORES DE SOSPECHA

D. Yera Pilar^a, M. Álamo Martell^b, M. Parra Rivera^c y M. Bozhenko Kozhushko^a

^aCS San Gregorio. Las Palmas; ^bCS Maspalomas. Las Palmas; ^cCS Doctoral. Las Palmas.

Objetivos: Determinar la prevalencia de la violencia de género (VG) mediante detección dirigida u oportunista según presente o no indicadores de sospecha, y la asociación de dichos indicadores con la existencia del maltrato.

Metodología: Estudio de casos-control, multicéntrico, en 3 centros de salud. Se entrevistaron 601 mujeres mayores de 18 años, con pareja y sin enfermedad que le impidiera comprender y responder coherentemente. Dos no quisieron participar. Se estudiaron sus datos sociodemográficos, patologías, indicadores de sospecha, tipo y características de la violencia.

Resultados: Se detectaron 49 (8,2%) casos de VG (14,6% entre las que presentaban algún indicador de sospecha y 1,7% entre las que no los tenían). Predominaba la VG psíquica: 6,8%, seguida de la física: 2,2% y sexual: 0,3%. El tiempo medio de duración de la VG fue 19,7 años. La VG se asoció a mayor edad, estar casada, menor nivel de estudios y social. En el análisis multivariante la VG se asoció de forma independiente a la actitud de la mujer durante la entrevista (Odds Ratio (OR): 27,9; Intervalo de confianza 95% (IC95%): 9,1-85,8), depresión (OR: 8,29; IC95%: 3,8-18,1), abuso de alcohol (OR: 7,76; IC95%: 1,3-47,6), dispareunia (OR: 5,71; IC95%: 0,6-64,1), mal uso de servicios sanitarios (OR: 5,38; IC95%: 2,4-12) y ver o sufrir malos tratos en la infancia (OR: 3,61; IC95%: 1,2-7,2).

Conclusiones: La prevalencia de VG es del 8,2%. La existencia de indicadores de sospecha y la actitud de la mujer implica investigar si sufre VG. La presencia de VG sin indicadores, la buena aceptabilidad del cribado y el escaso tiempo que lleva aconseja realizarlo también de forma oportuna.

10/393. EL ENLACE, UN VALOR AÑADIDO AL PREALT

N. Puig Girbau y M. Lladó Blanch

Servicio AP Badalona-San Adrián.

Objetivos: Implementar el protocolo de actuación ENLACE-PREALT para garantizar continuidad asistencial a los pacientes que post-alta hospitalaria requieran continuidad de cuidados. Conocer el número de pacientes que se han beneficiado de esta diferenciación, grado de dependencia y satisfacción. Dar bidireccionalidad al programa.

Metodología: Estudio multicéntrico, descriptivo, observacional, transversal. Ámbito: Atención Primaria (AP). Población estudio: pacientes adscritos a las 15 Zonas de Salud del Institut Català de la Salut de Badalona-Sant Adrià y Sta. Coloma de Gramenet, ingresados en el hospital Germans Trias i Pujol incluidos durante 2007-2009 en el programa. Variables: edad, sexo, visitas enfermera de enlace, tipo de visita y Barthel al alta hospitalaria, encuesta de opinión de los pacientes. Fuentes información: base de datos del programa de enlace y entrevista telefónica.

Resultados: Entre 2007-2009 las enfermeras de enlace de AP valoraron 2.231 pacientes que representaron 7.015 visitas. Excluidos 737. Peticiones de profesionales de AP 117. Índice de Barthel: autónomos/dependencia leve 1.298, moderada 137, severa/total 103. Del total de pacientes 447 precisaron PREALT (atención domiciliar en 24-48h por atención primaria) y 1.045 ENLACE (visita a domicilio o en el centro de atención primaria en menos de 5 días naturales), de estos 186 precisaron visita a domicilio y 859 en el CAP. Encuestadas 202 personas, 91,1% de los pacientes habían estado hospitalizados anteriormente. Valoran con una media de 9,3 (DE $\pm 1,24$) este proyecto de coordinación.

Conclusiones: Con este protocolo de actuación ENLACE-PREALT, se han podido beneficiar 1.045 pacientes que habrían sido excluidos con el programa PREALT. Teniendo en cuenta la alta valoración de los pacientes, vale la pena unir esfuerzos y extrapolarlo para ser implementado en otros territorios.

10/395. GESTIÓN INTELIGENTE, GASTO SOSTENIBLE

N. Puig Girbau^a, R. Riera Torres^b, M. Lladó Blanch^a, M. Ferriz Díaz^c, M. Toribio Toribio^b y M. Ulldemolins Papasseit^a

^aServicio AP Badalona-San Adrián; ^bABS Badalona 6; ^cDirección de AP Metropolitana Nord i Maresme.

Objetivos: Calcular el consumo de apósitos de los Centros de Salud (CS) de una Área de Gestión por compra directa durante 2006-2008. Saber el número de apósitos dispensados por receta médica, de proveedores y principios activos utilizados en cada CS. Comparar los PVP de los apósitos con los precios de los mismos apósitos negociados directamente con los proveedores del Servicio de Atención Primaria (SAP).

Metodología: Ámbito: Atención Primaria, 8 CS de una Región Sanitaria de Cataluña. Método: a partir de los datos facilitados por la Unidad de Farmacia del SAP y de los PVP a farmacia, se ha hecho un análisis de la cantidad y variedad de apósitos que se utilizan en estos CS y del gasto en euros que ha supuesto para el Institut Català de la Salut (ICS) durante 2006-2008. Se han comparado los 21 apósitos que facilita el SAP a todos los equipos por compra directa.

Resultados: Desde los CS se han dispensado en tres años 64.594 recetas de apósitos, con una media de 10 proveedores, utilizado 34 marcas comerciales y 110 medidas y presentaciones, sólo 15 principios activos. Esta dispensación ha supuesto 1.150.973,41 €. El gasto para el ICS de los 21 apósitos comparables con los servidos por el SAP durante los tres años ha sido de 382.794,03 €. Si todos los apósitos hubieran sido gestionados por el SAP su precio hubiera sido de 73.906,71 € lo que habría supuesto un ahorro de 308.887,32 €.

Conclusiones: Falta uniformidad en la prescripción de los CAP. La compra centralizada abarata los costes. Gestionar directamente consigue reducir hasta el 81% sobre el precio farmacia.

10/398. ¿CONSTITUYE UN PROBLEMA PARA EL MÉDICO DE PRIMARIA EL PACIENTE POLIMEDICADO?

J. Balbo Gómez y J. Velasco Villalba

Médico. SAS.

Objetivos: Conocer perfil farmacológico de pacientes mayores de 65 años polimedificados. Detectar riesgos por polimedicación. Revisar si se ha realizado analítica de sangre y calculado índice aclaramiento de creatinina, si existen derivaciones a especializada, y si consta en documento de derivación el tratamiento del paciente.

Metodología: Estudio observacional retrospectivo de historias informatizadas. Se realiza corte transversal de pacientes mayores de 65 años polimedificados. Se revisan historias para estudio de perfiles de prescripción, existencia de interacciones medicamentosas y resto de objetivos.

Resultados: Los mayores de 65 años representan el 20,54% de nuestros pacientes, el 60,29% consumen más de seis principios activos al día y el 5,6% más de 10. Los historiales de prescripción ponen de manifiesto un promedio de tres posibles causas que pueden implicar riesgo en el tratamiento del paciente. El 95% tienen analítica y al 5% se les ha calculado índice de aclaramiento de creatinina. Un 90% han sido enviados a especializada pero en el 90% de las derivaciones no consta tratamiento completo.

Conclusiones: Los polimedificados mayores de 65 años, representan un grupo de riesgo que debe de ser valorado por su médico de

forma periódica. Al participar en la polimedicación diversos profesionales se les debe de hacer coparticipes de los tratamientos facilitando en las hojas de derivación el tratamiento completo que toma el paciente para evitar duplicidades e interacciones medicamentosas.

10/400. EL PACIENTE DIABÉTICO Y LA CARTERA DE SERVICIOS: ¿COMPATIBLES?

N. Martínez Martínez, A. Ballesteros Pérez, G. Díaz, A. Gracia Tirado, R. Martín Tamayo y A. Martínez Roca

CS Los Dolores-Cartagena. Murcia.

Objetivos: Conocer el grado de buen control de los pacientes diabéticos (DM) tipo 2 de una zona básica de salud (ZBS).

Metodología: Diseño: estudio descriptivo transversal. Sujetos: población del estudio (N): Total de DM > 18 años incluidos en programa de DM: 2278. Población muestral: 329, obtenida mediante prevalencia (p) 50%, precisión (e) 5%, intervalo confianza (IC)95%. Los datos se obtendrán de H^a-OMI, recogiendo variables: sociodemográficas, patologías crónicas asociadas, antecedentes personales y familiares, tratamiento, complicaciones micro o macrovasculares, análisis: perfil glucémico y dislipémico. Criterios exclusión: paciente terminal; no incluido o estar < 6 meses en programa; no querer ser incluido en el estudio; diabetes gestacional. Análisis estadístico: descripción y distribución frecuencias, ji-cuadrado, t-Test, ANOVA.

Resultados: 51,4% (IC95%: 43-59%) mujeres. Edad: 66,8 (IC95%: 65,1-68,5) años. 33,7% (IC95%: 27-41%) con antecedentes familiares de DM (AFDM). Fuma el 15,4% (IC95%: 10-20%), preferentemente hombres (p = 0,000) jóvenes (p = 0,0001) al igual que el consumo de alcohol (p = 0,001). 72,1% (IC95%: 67-77%) hipertenso (HTA), especialmente mujeres (p = 0,005) y obesos (p = 0,019) Tensión arterial media: 132/74 mm. 51,8% (IC95%: 49-55%) obesos (IMC: 31,4; IC95%: 29,3-33,5). Glucemia: 138,7 (IC95%: 133-144,4) mg/dl, hemoglobina glicosilada: 7,11%, más alta en no obesos (8,11; p = 0,001). Colesterol: 201,3 mg/dl (LDL: 124,6), siendo más alto en mujeres (p = 0,002) y obesos (p = 0,003). 11,8% (IC95%: 8,3-19,8%) complicaciones microvasculares sin diferencia sexo; si macrovasculares especialmente en hombre (p = 0,004) y con antecedentes vasculares (p = 0,004). 2,4% pulsos anormales y pie diabético. 40,4% sin controles periódicos. 72,5% (IC95%: 72,4-72,6%) toma antidiabéticos orales (ADO) y el 18,9% (IC95%: 18,8-20%) insulina. 86,8% (IC95%: 86,7-86,85%) tiene otros factores de riesgo cardiovascular. Resto sin diferencias significativas.

Conclusiones: 1º.- Buen control del paciente diabético que acude a los controles. 2º.- El personal sanitario no realiza de forma adecuada el protocolo. 3º.- Casi la mitad tiene AFDM. 4º.- Bajo porcentaje de patología micro/macrovascular.

10/408. INTERVENCIÓN GRUPAL MULTIDISCIPLINAR EN LA FIBROMIALGIA

R. Sequera Requero, A. Girona Amores, R. Cabello, C. González Berbería, N. Pérez León y J. Mármol Puy

Ambulatorio de Llefià. Badalona.

Objetivos: Investigar aspectos socio-demográfico-vitales de estas pacientes. Valorar eficacia de la intervención grupal multidisciplinar sobre la calidad de vida, frecuentación y duración visitas médicas de estos pacientes.

Metodología: ABS urbana de 50.000 habitantes (Llefià). Muestra: 60 pacientes con fibromialgia, seleccionadas por cada uno de los 20 médicos, por la mayor repercusión en el momento del estudio. Encuestas: SF-36 de calidad de vida, impacto-fibromialgia, socio-demográfica-vital. 12 sesiones grupales (terapia grupal multidisciplinar).

Resultados: Edad media 44 años, antecedente traumático-emocional en infancia 70,6%, cuidadoras de familiares. Sueño no reparador (menos de 6h, frecuentes despertares-pesadillas). Con la enfermedad su relación de pareja empeoró significativamente. 66,6% de las pacientes activas estaban de baja o con invalidez. La visita por reumatólogo fue valorada por una media de 4,3/10. La SF-36 mostró mejoras significativas en vitalidad, función social y rol emocional; mejoras no significativas en la esfera de salud física y en el impacto de fibromialgia. Disminuyó significativamente la frecuentación y el tiempo medio de visita, datos que además fueron constatados por sus médicos.

Conclusiones: Se constató acontecimiento vital estresante previo a la aparición de la sintomatología en el 88,2% de las pacientes. La terapia grupal se relacionó a una mejora clínica en las pacientes, objetivada en las encuestas, disminuyó la frecuentación al centro y duración de las visitas, siendo valorado muy positivamente por los médicos de las pacientes.

10/410. ERGONOMÍA, FUNCIONALIDAD Y DISEÑO DE UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE NUEVA CONSTRUCCIÓN

E. Esteban Redondo^a, R. López Tornero^a, J. Bobadilla Paredes^b, E. Oria López^b y J. Flores Torrecillas^c

^aEspecialista en Medicina del Trabajo. Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del SMS; ^bTécnico en Prevención de Riesgos Laborales. Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del SMS; ^cMédico de Familia. CS Cartagena Casco Antiguo. Cartagena.

Objetivos: Conocer las condiciones ergonómicas para el trabajo, en el nuevo Centro de Salud Cartagena Casco Antiguo, mención Especial en los Premios de Arquitectura de la Región de Murcia.

Metodología: Tras la comunicación del fin de la dotación del centro, se procedió a la visita por parte del Equipo de Prevención de Riesgos (EPR) del Área II, para evaluar el cumplimiento de las condiciones de seguridad y ergonomía. Se realiza la medición de los niveles de iluminación, y fotografías interiores y exteriores del centro, así como de los accesos.

Resultados: En las salas de trabajo de facultativos y de enfermería, las paredes y techo están pintadas en color verde oscuro, con una luminaria de 52 vatios sobre la mesa de trabajo y niveles de iluminación en la mesa entre 222 a 507 Lux, siendo lo recomendado 500 Lux. Falta la señalización de salidas de emergencias y de los mecanismos antipánico en las mencionadas puertas. En cuanto a los accesos, se observa que los pacientes deben acceder por una rampa que supera el 8% de desnivel.

Conclusiones: Los diseños realizados para obtener premios, deben tener en cuenta también los requerimientos de ergonomía y funcionalidad. Al realizar el diseño de los Centros de Salud, se ha de tener en cuenta para qué y por quién van a ser utilizados. Los EPR son asesores de las Gerencias en asuntos de prevención y pueden ayudar a reducir costes.

10/417. ¿QUÉ PASA CON LOS DOLORS TORÁCICOS ATENDIDOS EN PRIMARIA?

A. González Gamarra^a, M. Medina Sampedro^b, J. Campos Rodríguez^c, I. Fernández Gutiérrez^a, M. Martínez Grandmontaigne^a y A. García Garrigues^a

^aCS Goya. Madrid; ^bCS Villaviciosa de Odón. Madrid; ^cCS Castelló. Madrid.

Objetivos: Valorar la concordancia diagnóstica y la evolución de los pacientes atendidos por dolor torácico con sospecha de origen cardiovascular en Atención Primaria.

Metodología: Se analizó los pacientes atendidos con el diagnóstico de dolor torácico debido a probable cardiopatía en el año 2007 y se vio la evolución hasta el momento actual (abril 2010). Para ello se sacó el listado de pacientes correspondientes a los códigos de OMI: K01, K03 y K74 del 2007. El análisis se realizó en 2 Centros de Salud diferentes.

Resultados: Se obtuvieron 341 pacientes (247 de Goya y 94 Villaviciosa), pero se eliminaron 157 por haber acudido antes al hospital (123 y 34 respectivamente), 17 por estar mal codificados y 33 por datos insuficientes. Evaluamos los 134 restantes en los que se sospechó angor en el 56,71%, dolor torácico atípico 38,05% y síndrome coronario agudo 5,22%. El 52,23% eran varones (edad media 62,27) y el 47,76% mujeres (68,86). Fumaban 23,13%, Ex-fumadores 23,88%, 44,76% no fumadores. Antecedentes familiares 12,68%. Antecedentes cardiopatía 22,38%. Diabetes 22,38%. Hipertensión 35,82. Dislipemia 38,05%. Electrocardiograma informado en 92,53%. Se derivó a urgencias 31,34% y a cardiología 41,04%. La concordancia diagnóstica para angor fue del 52,63% Para dolor torácico atípico 39,21% y para síndrome coronario agudo 85,71%.

Conclusiones: En el centro de salud periférico acuden más que en el urbano, que van directamente al hospital. Aunque había personas con el antecedente de cardiopatía isquémica acudían por otras patologías de nuevo. La mayoría tenían ecg inespecíficos. La concordancia fue mayor cuando se tipificó de síndrome coronario agudo.

10/425. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y CONTROL DE PRESIÓN ARTERIAL DE LOS HIPERTENSOS DIAGNOSTICADOS DE NEFROPATÍA. ESTUDIO PRESCAP

G. Rodríguez Roca^a, J. Llisterri Caro^b, F. Alonso Moreno^c, V. Barrios Alonso^d, E. Carrasco Carrasco^e y J. Gorriiz Teruel^f

^aCS de La Puebla de Montalbán. Toledo; ^bCS Ingeniero Joaquín Benlloch. Valencia; ^cCS Sillera. Toledo; ^dHospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid; ^eCS de Abarán. Murcia; ^fHospital Universitario Dr. Peset. Valencia.

Objetivos: Analizar las características clínicas y el control de PA de los hipertensos incluidos en el estudio PRESCAP 2006 que padecían nefropatía.

Metodología: Estudio transversal y multicéntrico realizado en AP. Se incluyeron a hipertensos ≥ 18 años que recibían tratamiento farmacológico antihipertensivo. Se consideró que existía nefropatía cuando figuraba registrado en la historia clínica del paciente el antecedente de microalbuminuria (30-300 mg/24h), proteinuria (albuminuria > 300 mg/24h) o creatininemia 1,2/1,3 mg/dL en mujeres/hombres. La PA se midió siguiendo normas estandarizadas, calculándose la media aritmética de al menos dos tomas sucesivas separadas entre sí dos minutos; se consideró que existía buen control de PA cuando el promedio era $< 140/90$ mmHg.

Resultados: De los 9.928 hipertensos analizados 951 [9,6% (IC95%: 9,0-10,2)] padecían nefropatía (edad media $68,1 \pm 10,9$ años, 51,7% varones). En pacientes con/sin nefropatía la PAS media fue $141,6 \pm 16,5/137,5 \pm 14,3$ ($p < 0,0001$) y la PAD media $81,2 \pm 10,8/80,6 \pm 9,1$ mmHg ($p < 0,005$). Se halló peor control de la PAS y PAD ($p < 0,0001$) en pacientes con nefropatía (44,0 vs 54,0%). Los pacientes con nefropatía presentaron respecto a los que no padecían la enfermedad mayor edad, IMC, perímetro de cintura y antigüedad de la HTA, así como superiores prevalencias de diabetes mellitus, dislipemia, sedentarismo, antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular y enfermedad cardiovascular ($p < 0,0001$ en todas).

Conclusiones: Los pacientes con nefropatía tienen más edad, suelen ser varones y presentan mayor agregación de factores de riesgo cardiovascular. Tan sólo cuatro de cada 10 de estos pacientes muestra buen control de la HTA.

10/432. POLIMEDICACIÓN EN ENFERMOS CARDIOVASCULARES

J. Arenas Alcaraz, D. Pacheco Acuña, M. Ahmad, C. Paniagua Merchán, H. Held y M. Alba Torné

CS La Unión. Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

Objetivos: Descripción de la cantidad de polifarmacia que toman los pacientes que han sufrido un evento cardiovascular.

Metodología: Para lo cual se obtuvo la población de pacientes diagnosticados de enfermedad cardiovascular, por el registro de éstas en el sistema de historia clínica informatizada en el programa OMI-AP, del que disponemos en nuestras consultas, se excluyeron las consultas pediátricas y las de los consultorios periféricos de nuestra Zona Básica de Salud, estas últimas por su reciente informatización. Obteniendo así el día 19 de marzo de 2010 una muestra de 296 pacientes con una potencia del 90% y un intervalo de confianza del 90%, considerando una ampliación para sustituir las pérdidas.

Resultados: El análisis estadístico realizado nos ofrece que la media de edad de la muestra es de 56,18 años de edad, con pacientes entre 14 y 99 años de edad, de los cuales el 45,6% son hombres y el 54,1% son mujeres. Estos pacientes tiene que tomar 2,95 fármacos de media, un 25% de estos pacientes toman más de 5 fármacos, habiendo un paciente que tiene indicados 15 fármacos.

Conclusiones: Siendo el siguiente paso la optimización de estos tratamientos para que conservando la eficacia se mejore la calidad de vida de los paciente respecto a la toma de la medicación que precisan.

10/443. EFICIENCIA Y EFECTIVIDAD DEMOSTRADAS CON TERAPIA GRUPAL POR RCV TOTAL

N. Puig Girbau^a, M. Lladó Blanch^a, G. Pera Blanco^b, R. Riera Torres^a, M. Medina Peralta^a y Grupo de Trabajo RCV^c

^aEAP Badalona 6 Llefià; ^bUSR Mataró; ^cBadalona San Adrián.

Objetivos: Evaluar si la atención grupal es igual o mejor que la atención individual en el abordaje de los pacientes con riesgo cardiovascular; en términos de cumplimiento terapéutico, grado de control metabólico, recursos utilizados, grado de satisfacción de pacientes y profesionales.

Metodología: Diseño: estudio multicéntrico de intervención en dos ramas, estratificados por grupos de riesgo. Grupo intervención-atención grupal, sesiones conducidas por sus enfermeras referentes. Por cada paciente del grupo-intervención se asignó un paciente al grupo-control, que seguía en consulta individual. El ensayo duró un año. Sujetos: 2.127 pacientes incluidos en el protocolo de patologías crónicas de 7 equipos de Atención Primaria de Badalona-Sant Adrià. Recogida de información: de las variables cardiovasculares, del grado de control y uso de recursos sanitarios, de las historias informatizadas. Encuesta de satisfacción a pacientes-intervención en cada taller y a profesionales al final.

Resultados: Comparativa entre 528 pacientes-intervención y 824 controles. Al año de seguimiento no habían diferencias significativas, excepto en el gasto farmacéutico y número de medidas de las variables. Se realizaron 197 talleres, repartidos en 4 sesiones de 48,75 minutos, asistencia media 10,40 pacientes. Dedicación anual enfermera por paciente/año fue de 39,59 minutos, ahorrando 20,41 minutos por enfermera/paciente/año. Satisfacción pacientes-intervención 4,5/5. Las 17 enfermeras que dirigieron los talleres opinan que esta intervención mejora la autoestima e independencia de los pacientes y debe tener continuidad.

Conclusiones: Considerar un perfil de paciente candidato a recibir educación grupal, por el ahorro de tiempo y la reducción de carga asistencial de enfermería, que redundaría en un aumento de la eficiencia al sustituir la consulta individual.

10/445. ¡LÁZARO! LEVÁNTATE Y ANDA

I. García Barrio, A. Fernández Fernández, M. Menéndez Piquero, M. Vázquez Huerga y J. Matos Marcos

Gerencia Atención Primaria Área VIII. Asturias.

Objetivos: Describir y valorar el trabajo realizado en la Unidad de Apoyo Fisioterapéutica de Atención Primaria del Área VIII de Asturias desde abril del 2009 hasta abril del 2010.

Metodología: Población a estudio: toda la población del área que fueron derivados a la unidad de fisioterapia a través de la herramienta informática Lázaro. La fuente de datos: se utilizó la herramienta informática Lázaro que es una aplicación web. Todos los usuarios acceden a través de la red al servidor donde se almacenan los datos.

Resultados: Nº de pacientes derivados a unidad: 5.571 (7%). Nº de consultas generadas: 49.362. Nº de patologías más prevalentes derivadas a la unidad: C. cervical: 1.318; Hombro: 870; C. lumbar: 717. Nº de tratamientos más prevalentes realizados en la unidad: Termoterapia: 51.727; Electroterapia: 38.837; Cinesiterapia: 5.655.

Conclusiones: Gran variabilidad en los tratamientos realizados según los fisioterapeutas. Gran variabilidad en cuanto al número de usuarios derivados por profesionales. Las patologías más demandantes son: c. cervical, hombro y c. lumbar. Las listas de esperas condicionadas por los distintos tipos de tratamientos.

10/453. RESONANCIA MAGNÉTICA (RNM) EN ATENCIÓN PRIMARIA

B. Iraola Sierra^a y M. Gutiérrez Angulo^b

^aCS Gros. San Sebastián. Guipúzcoa; ^bCS de Beraun. Rentería. Guipúzcoa.

Objetivos: Analizar el motivo de petición de RNM en patología de columna, solicitada desde Atención Primaria (AP).

Metodología: Estudio observacional descriptivo retrospectivo. Población a estudio: Se revisa la solicitud de RNM y datos del informe radiológico recogidos en la historia informatizada, por un periodo de 12 meses, de pacientes de 8 centros de salud, que cubren una población de 76.651 personas mayores de 14 años. Se registran variables demográficas, solicitudes por centro, motivo de la solicitud y manejo posterior.

Resultados: El análisis tuvo lugar sobre 78 solicitudes de un total de 81 (3 excluidos). Edad media: 53 años (mínima 38, máxima 82) el 64% mayores de 50 años, 51% hombres. En el 99% de las solicitudes la evolución de los síntomas fue superior a 6 semanas. Los motivos de petición fueron: dolor radicular en extremidades (71%), sospecha de patología espinal (15%) y dolor común (14%). El 40% de pacientes fue tratado en AP y un 60% derivado a especializada, por dolor radicular (72%), sospecha de patología espinal (15%) y por dolor común (13%).

Conclusiones: El dolor radicular crónico fue el principal motivo de petición de la RNM así como el de derivación. La variabilidad en el porcentaje de peticiones por centros fue alta. Los porcentajes de derivación por centro fueron semejantes en todos los centros. Un tercio de los pacientes no requirió derivación.

10/457. GRADO DE CONOCIMIENTO DE LAS GUÍAS RESPECTO A LOS OBJETIVOS DE CONTROL Y RECOMENDACIONES DE TRATAMIENTO EN ATENCIÓN PRIMARIA DE ESPAÑA. ESTUDIO EN-USO

J. Llisterri Caro^a, R. Lluch Martínez^b, S. Vera García^c, F. Sánchez Díez^a, M. Pérez Adelantado^c y A. Ruiz García^c

^aCS Ingeniero Joaquín Benlloch. Valencia; ^bDepartamento Médico Rottapharm-Madaus. Barcelona; ^cResidente de Medicina de Familia. CS Joaquín Benlloch. Valencia.

Objetivos: Obtener información sobre la realidad de la práctica clínica en cuanto al conocimiento de los objetivos de PA y recomen-

dación de tratamiento antihipertensivo en distintas situaciones clínicas.

Metodología: Estudio naturalístico observacional transversal mediante encuesta epidemiológica, realizada entre el 1/11/2009 y 31/12/2009 en 1.000 médicos de AP seleccionados mediante muestreo no probabilístico y distribuidos por todo el ámbito nacional de forma proporcional al número de médicos de cada Comunidad. El cuestionario recoge variables sociodemográficas, de conocimiento, práctica clínica y opinión. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS v17.

Resultados: Se incluyeron 947 formularios válidos para el análisis (75% varones), edad media \pm DT 51,1 \pm 6,6 años. El 45% de los encuestados refiere medir la PA en consulta, utilizando mayoritariamente aparatos automáticos (43%). El 82% manifiesta seguir recomendaciones de alguna guía, siendo la más conocida la de SEHLELHA (55,2%). El 47% estima correctamente el porcentaje de control actual de HTA (40%) y el 61% y 55% contesta adecuadamente a los objetivos de control a conseguir en población general hipertensa (< 140/90) y diabetes (< 130/80), respectivamente. El 87% identifica correctamente las situaciones recomendadas por las guías para el inicio del tratamiento combinado. El 47% de los médicos opinan que la principal causa de no conseguir el control es el incumplimiento terapéutico.

Conclusiones: La magnitud del problema de la HTA y su impacto sobre la morbimortalidad cardiovascular, determina, según nuestros resultados, la necesidad de mejorar el conocimiento y las actitudes en el manejo del paciente hipertenso en la AP de nuestro país.

10/465. ESTUDIO COMPARATIVO DE LA CALIDAD DEL ROTATIVO MIR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL RAFAEL MÉNDEZ DEL ÁREA III DEL SERVICIO MURCIANO DE SALUD

J. Jiménez González^a, L. Escobar Álvaro^b, J. Linares Figallo^a, I. Sánchez Pérez^b, M. Navarro Perán^a y M. Úbeda Fernández^c

^aHospital Universitario Rafael Méndez. Lorca. Murcia; ^bHospital de Torrecárdenas. Almería; ^cÁrea III. Servicio Murciano de Salud. Lorca. Murcia.

Objetivos: Analizar la percepción del valor real por parte de los residentes y adjuntos del rotativo MIR, dentro del Servicio de Urgencias del Hospital Rafael Méndez del Área III del Servicio Murciano de Salud.

Metodología: Para nuestro estudio hemos pasado encuestas a todos los residentes familia de primer año de nuestro hospital en 2008, un total de 15 comparándolo con los residentes de 2010, un total de 20, a su vez hemos realizado la misma encuesta a los adjuntos en 2010 de urgencias, un total de 25, que realizaron su residencia en el hospital y rotaron en el mismo servicio, para conocer la valoración que hacen de su rotación en urgencias, con el análisis de ítems como: satisfacción con el servicio, organización y utilidad de las mismas.

Resultados: Debido a las características de hospital comarcal de segundo nivel, hemos concluido con los resultados de que los residentes MIR demandan más organización en su rotativo en un 45%, así como algo a destacar, más apoyo formativo en un 56%.

Conclusiones: De todo lo expuesto esperamos que con la futura transformación de nuestro centro a Hospital Universitario, albergando un Campus de Ciencias de la Salud, la perspectiva de formación y prácticas mejore en nuestro centro, algo que dará pie para nuevos estudios.

10/466. LA EUTANASIA: UNA VISIÓN SOCIAL, LEGAL, SANITARIA DENTRO DEL ÁREA III DEL SERVICIO MURCIANO DE SALUD

M. Navarro Perán, J. Jiménez González y L. Escobar Álvaro

Hospital Universitario Rafael Méndez. Lorca. Murcia.

Objetivos: Dar una visión general y amplia de la dimensión de la eutanasia en las distintas parcelas sociales que la rodean.

Metodología: Trabajo descriptivo, en donde ofrecemos un recorrido histórico de la eutanasia desde su perspectiva social, legal, sanitaria dentro del Área III de Salud del Servicio Murciano de Salud, hasta la actualidad. Todo ello nace de la inquietud que como miembros del Comité de Ética Asistencial del Área III de Salud nos surge en nuestra actividad asistencial diaria.

Resultados: El hombre enfermo es un ser necesitado de ayudas de muy diverso tipo a causa de una diversidad de sus necesidades: biológicas, psicológicas, sociales y espirituales. Su situación reclama lo que hoy se llama atención integral para poder restablecer o para asumir sanamente su enfermedad para luchar contra la muerte o para aceptarla y vivirla con dignidad cuando llega.

Conclusiones: Se reconoce como un derecho del paciente no tan sólo a vivir el proceso de muerte con dignidad, sino a acceder al mejor tratamiento paliativo, de acuerdo a la propia autonomía y capacidad de decisión del paciente, esto es también conocido como trato humano hacia el paciente, algo que dentro de nuestra actividad asistencial es fundamental.

10/468. ACEPTACIÓN EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO DE LA VACUNA CONTRA LA GRIPE A/H1N1

F. Martín Cabrera, C. Gironés Bredy, M. Benito Lozano y M. Expósito Rodríguez

Hospital Universitario de Canarias. La Laguna. Santa Cruz de Tenerife.

Objetivos: Conocer la aceptación de la vacuna contra la gripe A/H1N1 (VcGAH1N1) entre el personal sanitario que trabaja en un Servicio de Urgencias Hospitalario (SUH). Compararla con el grado previo de administración de la vacuna contra la gripe estacional de la campaña 2009/2010 (VcGE2009/2010). En el caso de existir rechazo de la VcGAH1N1, averiguar la causa del mismo.

Metodología: Estudio descriptivo transversal, realizado mediante encuesta entre el personal sanitario de un SUH, el día anterior al inicio de la administración de la VcGAH1N1.

Resultados: De las 40 encuestas contestadas: 9 (22,5%) habían recibido la VcGE2009/2010; 4 (10%) pensaban recibir la VcGAH1N1. Entre los motivos para rechazar la VcGAH1N1 destacan: 16, "nunca me vacuno contra la gripe"; 8, "no confío en la seguridad de esta vacuna, temo sus efectos secundarios"; 5, "la gripe A/H1N1 es una enfermedad leve, no es necesario vacunarse". No existe diferencia con significación estadística al comparar el número de los que tenían intención de recibir la VcGAH1N1 con los que habían recibido la VcGE2009/2010, ($p > 0,05$).

Conclusiones: 1) El nivel de aceptación encontrado de la VcGAH1N1 es bajo. 2) La aceptación de la VcGAH1N1 es similar al grado de administración previo de la VcGE2009/2010. 3) El 30% de los encuestados manifiestan desconfianza hacia la VcGAH1N1, su capacidad de protección, seguridad o efectos secundarios.

10/469. FACTORES RELACIONADOS CON EL INGRESO HOSPITALARIO DE PACIENTES REMITIDOS DE ATENCIÓN PRIMARIA CON SOSPECHA DE GRIPE A/H1N1

F. Martín Cabrera, C. Gironés Bredy, M. Benito Lozano, M. Expósito Rodríguez y J. Alonso Lasheras

Hospital Universitario de Canarias. La Laguna. Santa Cruz de Tenerife.

Objetivos: Conocer los factores asociados al Ingreso Hospitalario (IH) de pacientes remitidos de Atención Primaria (AP) con clínica sugestiva de gripe A/H1N1 (GAH1N1).

Metodología: Estudio descriptivo transversal mediante revisión de historias clínicas, de los pacientes mayores de 14 años, remitidos de AP, con clínica sugestiva de GAH1N1, a un Servicio de Urgencias Hospitalario. El periodo de estudio fue del 16 de agosto al 15 de noviembre de 2009. Las variables fueron: sexo, edad, tratamiento previo con oseltamivir, PCR positiva para GAH1N1, antecedentes de: diabetes mellitus, cardiopatía, EPOC, nefropatía, obesidad, patología oncológica, asma, embarazo y VIH.

Resultados: Se remitieron 122 pacientes, de los que ingresaron 20. Se encontró relación estadísticamente significativa entre el IH y las siguientes variables: edad mayor de 50 años ($p < 0,05$), tratamiento previo con oseltamivir ($p < 0,01$), antecedentes de nefropatía ($p < 0,05$) y la presencia de dos o más antecedentes clínicos ($p < 0,01$). No hay relación con significación estadística del IH con el resto de variables estudiadas de forma individual.

Conclusiones: 1) Tener una edad mayor de 50 años, el tratamiento previo con oseltamivir y los antecedentes de nefropatía están asociados a mayor probabilidad de IH en la población del estudio. 2) La presencia de dos o más antecedentes clínicos se correlaciona con un mayor índice de IH.

10/470. LAS NUEVAS FORMAS DE ATENCIÓN A > 80 AÑOS EN LA ZBS "LA LAGUNA", CÁDIZ

J. Benítez Rivero, F. Bonet Linero, M. Luque Barea y J. Caparrós

CS La Laguna-SAS Cádiz.

Objetivos: La UGC La Laguna, dentro del Contrato Programa del pasado año decidió introducir como objetivo prioritario la realización de un plan integral de atención a los mayores de 80 años de la laguna -PIAMLA'80-. 1.- Elaboración del PIAMLA'80 para aquellos mayores de 80 años que vivan solos y/o con familiar de similar edad, sin apoyo familiar y/o formal. -Valoración Geriátrica integral. -Detección de polimedicados, análisis de caídas, malnutrición y gestión de la Ley de Dependencia. -Coordinación con los Servicios Sociales Comunitarios.

Metodología: De la Base de Datos de Usuarios (BDU) listamos a los > 80, por clave médica para proceder a la detección de la situación según los criterios de inclusión. Formación a la plantilla en VGI y al proceso de informatización de la historia en la aplicación informática del SAS Diraya.

Resultados: Se han valorado a los ancianos > 80, por parte de cada médico, habiéndose detectado de una población de 984, a 324 mayores de 80 años que viven solos. Siendo las mujeres mayoritarias con un 73%.

Conclusiones: Para una población de nivel sociocultural alto, hemos encontrado más > 80 años solo de lo esperado. En este año realizamos Valoración Geriátrica Integral (VGI) a todos y consecución de los objetivos secundarios, estando a final del primer cuatrimestre en el 28%. Es posible trabajar conjuntamente médicos-enfermeros-trabajador social en Atención Primaria. Encontramos más de lo esperado, pero creemos que es debido al alto nivel socioeconómico de nuestra zona.

10/473. CONTROL TRATAMIENTO CONTINUADO EN LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL A 2 AÑOS

E. Navalón García

EAP de Montcada i Reixac. Clínica de Mataró.

Objetivos: Evaluar la efectividad del tratamiento continuado con sildenafil en pacientes con disfunción eréctil (DE), para mantener relaciones normales a voluntad, sustituyendo tratamientos a demanda.

Metodología: Estudio de intervención, sin grupo control, en pacientes con DE y un seguimiento de un año. Muestra: pacientes que acuden a la consulta por DE durante 2009/2010. Exclusión: drogadicción, cardiopatía severa, HTA incontrolada y administración de nitritos. Intervención: sildenafil. 2 veces por semana, jueves y sábados. Seguimiento mensual. Medidas: cuestionario corto disfunción eréctil (squad: rango posible de 0 a 15, peor a mejor), efectos secundarios, patología concomitante, mejoría en fuerza de micción.

Resultados: 25 pacientes, media de edad 56,2 años (DE: 5,9). Un 19,8% presentaban dislipemia, y 16,3% HTA. Inicialmente el 67% de las disfunciones eran leves, y 33% moderadas, con media del test squad de 7,3. A partir del primer control, el 100% de los pacientes pasaron a tener un valor del test squad de 15, mantenido durante todo el seguimiento. El 98,1% refieren también mejoría en la fuerza del chorro miccional. El 48% no presentaron efectos secundarios, un 27,6% dolores musculares leves, 13,8% dispepsia, y 10,3% rubefacción. No hubo casos de priapismo.

Conclusiones: El tratamiento con sildenafil administrado dos veces por semana resulta muy efectivo para mantener relaciones sexuales normales a voluntad, en pacientes con pareja estable. La presencia de enfermedades concomitantes como la HTA o dislipemia no afectó el tratamiento con sildenafil, ni éste interfirió con las referidas patologías. Los efectos secundarios, aunque poco frecuentes, no precisaron tratamiento y desaparecieron con el tiempo. La baja de precio del fármaco hace posible que sea más accesible la adquisición a pacientes que tenían limitada su economía.

10/476. EL LIDERAZGO: FUNDAMENTAL PARA EL DESARROLLO DE PROCESOS CLÍNICOS DE CALIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA

S. Pérez López^a, D. Baulenas Perellada^b, F. Gabilán Martínez^c, X. Frías Garrido, J. Luque González^e y J. Cruz Doménech^f

^aMédico de Familia. ABS Nova Lloreda; ^bCAP Servei Atenció Primària; ^cABS Riera; ^dMédico de Familia. ABS Martí Julià; ^eMédico de Familia. ABS Morera.

Objetivos: En los últimos años todas las organizaciones sanitarias han desarrollado diferentes estrategias por tal de mejorar tanto la calidad asistencial de sus procesos clínicos asistenciales como la capacidad resolutoria de los profesionales que intervienen en estos procesos. Con esta finalidad y mediante el liderazgo de profesionales de diferentes niveles asistenciales (Atención Primaria, Especializada, UCIEs, socio-sanitario, Unidad de calidad) hemos desarrollado diferentes procesos entre ellos: vías clínicas para diferentes patologías crónicas; telemedicina (desarrollo de la tele dermatología) y un cambio de modelo asistencial (modelo proactivo basado en la estratificación del riesgo según la comorbilidad-complejidad y fragilidad de nuestros pacientes).

Metodología: Ámbito de actuación: profesionales y población de 7 ABS urbanas, 1 Hospital de referencia, 1 centro socio-sanitario y un PASSIR (asistencia salud sexual y reproductiva). Para el éxito de la elaboración, difusión e implantación de los diferentes procesos han estado decisivos diferentes factores: 1. La formación de todos los líderes desde el responsable de la unidad de calidad, el responsable de procesos de mejora clínica de atención primaria (RPM-AP)

y todos los profesionales sanitarios implicados. 2. La creación de grupos multidisciplinares de todos los ámbitos asistenciales con un cronograma definido de estas reuniones que en algunos casos eran de forma quincenal y en otras cada 2 meses con una duración de 5-6 horas y dentro de la jornada laboral de los profesionales. En cuanto a la tele dermatología también ha sido un trabajo en red y multidisciplinar con la colaboración del servicio de dermatología y de informática. Se realizó formación en fotografía digital a todos los profesionales médicos + dermatólogos y posteriormente sesiones clínicas para explicar el funcionamiento del software (MIO) Y de la plataforma MEDTING para el envío de las telederivaciones. Finalmente en cuanto al cambio de modelo asistencial participan desde el responsable de atención primaria, de la oficina de innovación, médicos internistas, médicos de AP y el responsable de la atención a la comunidad.

Resultados: Presente: en estos momentos (año 2010) dentro de nuestra organización está implantada la vía clínica del AVC (accidente vascular cerebral) y desde hace 1 año la vía clínica del EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica) en las 7 ABS en coordinación con el servicio de neumología del hospital de agudos con indicadores cualitativos y cuantitativos. La vía clínica de insuficiencia cardíaca está en fase de difusión en toda la organización en su elaboración han intervenido profesionales de todos los ámbitos asistenciales y se ha realizado mediante un formato innovador (Software Qualigram) esto permite una rápida gestión y publicación del entorno web, de los diseños gráficos de circuitos y procedimientos. En 2-3 meses empezaremos con su implantación con indicadores en cada nivel asistencial. También se están elaborando 5 vías clínicas más (DM, HTA, dislipemia, obesidad y demencias). La tele dermatología está implantada en las 7ABS esto permite una respuesta por parte de Dermatología en 24-48h con disminución de las listas de espera. Futuro: año 2011 (implantación progresiva del resto de vías clínicas; tele dermatología en centro-socio-sanitario; cambio de modelo asistencial para estratificación del riesgo poblacional teniendo en cuenta la fragilidad y complejidad de los pacientes, actualmente en fase de elaboración).

Conclusiones: El liderazgo bien ejercido nos ha permitido desarrollar un proyecto que en enero de 2008 era impensable; los líderes pueden estar en cualquier nivel asistencial y a veces no necesariamente son directivos sino personal asistencial (se han de saber buscar). El trabajo en red y los grupos multidisciplinares son vitales para desarrollar procesos clínicos de calidad; sin el soporte de los responsables y directivos de la organización hubiese sido muy difícil poder implantar el proyecto; el hecho de que la implantación de las vías forme parte de la dirección por objetivos (DPOs) de los profesionales mejora no sólo el registro sino también los resultados. Se han de crear espacios dentro del horario laboral de los profesionales para desarrollar proyectos si queremos calidad.

10/485. CONCORDANCIA DE 2 ESCALAS PSICOMÉTRICAS PARA EL DIAGNÓSTICO DE LOS TRASTORNOS POR CONSUMO DE ALCOHOL

G. Pizarro Romero^a, M. Valle Calvet^b, N. Montellá Jordana^c, V. López-Marin^a, R. Alcolea García^e y T. Rama Martínez^f

^aMédico de Familia. CAP L'lefià. Badalona; ^bResidente (R4). Medicina de Familia. CAP L'lefià. Badalona; ^cTécnica de Salud Pública. CAP Dr. Robert. SAP Badalona/Sant Adrià de Besòs; ^dMédico de Familia. CAP Piera. Barcelona; ^eMédico de Familia. CAP Besòs. Barcelona; ^fMédico de Familia. CAP Premià de Mar. Barcelona.

Objetivos: Evaluar la concordancia de las escalas AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) y MALT-S (Münchener Alcoholismus Test Subjektiv) para el diagnóstico de los trastornos por consumo de alcohol (TCA).

Metodología: Diseño: estudio descriptivo de concordancia en 3 consultas de Atención Primaria. Sujetos: pacientes ≥ 18 años aleatorizados que acuden a consulta de enero-abril 2010. Variables: socio-demográficas, consumo de tabaco, de alcohol y tipo (abstinencia, de bajo riesgo, de riesgo/perjudicial y dependencia). Mediciones: test AUDIT si consumo de alcohol; test MALT-S si consumo de riesgo/perjudicial según AUDIT. Análisis descriptivo y cálculo del índice kappa.

Resultados: Participaron 260 pacientes, edad media = 54,4 años (DE $\pm 13,98$), el 56,5% hombres. El 30,8% fumadores y el 57,3% (n = 149) consumían alcohol (75,2% hombres). De los consumidores de alcohol, 146 respondieron el AUDIT: consumo normal = 67,8% (IC95%: 60,2-75,4), consumo de riesgo/ perjudicial = 17,8% (n = 26; IC95%: 11,6-24) y posible dependencia = 14,4% (n = 21; IC95%: 8,7-20,1). Prevalencia de TCA = 18,1% (IC95%: 13,4-22,8). De éstos, según el test de MALT-S el 14,9% fueron clasificados de consumo normal, 40,4% de posible dependencia y 42,6% dependientes (no respuestas = 2,1%). El índice de kappa fue de 0,88 y de 0,69 en >65 años.

Conclusiones: La concordancia entre el test AUDIT y el test MALT-S para el diagnóstico de TCA es muy buena, si bien el test AUDIT tiende a sobrestimar la dependencia alcohólica en ancianos. El cuestionario AUDIT incrementa la detección del consumo excesivo de alcohol en atención primaria, pero con una significativa carga de trabajo en su aplicación y en la valoración de los casos positivos.

10/486. PERFIL LIPÍDICO EN > 65 AÑOS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL + DIABETES MELLITUS

J. Benítez Rivero y N. Perejón Díaz

CS "La Laguna" SAS. Cádiz.

Objetivos: Cuando las Guías de Práctica Médica sugieren acciones específicas en el control de los FRCV, se pone de manifiesto la necesidad de controlar estos factores en los > 65 años, en los que la HTA + DM aumenta el riesgo de mortalidad cardiovascular. Conocer el grado de control desde el punto de vista del perfil lipídico en > 65 años con HTA en la ZBS La Laguna de Cádiz.

Metodología: Estudio retrospectivo transversal de una muestra significativa de > 65 años con diagnóstico de HTA y DM, para una protección de error 0,05 y una sensibilidad del 5% de 285 pacientes, realizado durante el segundo semestre de 2009 en la UGC "La Laguna" de Cádiz.

Resultados: Con una edad entre 65,32 y 95,93 años con una media de 76,96 años, hombres 44,21% y mujeres el 55,78% y un perfil de colesterol medio de 211 mg/dl (50-348) siendo en hombres de 198 mg/dl (50-348) y en mujeres de 220 mg/dl (100-292). Triglicéridos de 140 mg/dl y oscilando entre 35-1.078, para hombres de 142 mg/dl (35-1.078), para mujeres de media 139 (35-380). HDL-colesterol de media 57 mg/dl (25-105), para hombres de 54 mg/dl (26-105) y en mujeres 59 mg/dl (25-96). LDL-colesterol en 130 mg/dl (37-235) en hombres 122 (37-235) y en mujeres con 137 (48-198).

Conclusiones: Nos llama la atención el intervalo tan amplio para triglicéridos en hombres, que no encontramos en otros estudios. El resto de parámetros del perfil lipídico: colesterol HDL y LDL se encuentran en niveles óptimos para este sector de población y con HTA + DM.

10/488. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES CON ANTECEDENTE DE EVENTO ISQUÉMICO PREVIO QUE PRESENTAN UN NUEVO EPISODIO ISQUÉMICO

A. Altés Boronat, C. Casals Beistegui, E. Manzano Prado, M. Minguez Lázaro, V. Rodríguez Aguilera y M. Calvo Rosa

Médico de Familia. CS Sants. Barcelona.

Objetivos: Determinar las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con antecedente de un episodio isquémico

previo y que presentan un nuevo episodio isquémico coronario (EC) o cerebrovascular (ECV).

Metodología: Tipo de estudio: estudio descriptivo transversal retrospectivo. Ámbito: CS urbano. Sujetos: pacientes diagnosticados de episodio isquémico coronario (EC) o cerebrovascular (ECV) durante los años 2008 y 2009 que presentaban el antecedente de evento isquémico previo al dicho episodio. Mediciones: edad, sexo, tipo de evento (coronario o cerebrovascular), antecedente isquémico previo, control por el C.S. y/o cardiólogo/neurólogo, número de visitas al médico de familia y enfermera en los 12 meses previos al nuevo evento, existencia de tabaquismo activo, presencia de obesidad (IMC > 30 kg/m²), último registro previo de: tensión arterial sistólica (TAs), tensión arterial diastólica (TAd), colesterol LDL y glicemia. Existencia de fibrilación auricular (ACxFA). Uso de IECA/ARA II, estatina, aspirina, sintrom y betabloqueante.

Resultados: De los 177 pacientes con EC o ECV, 37 (21%) habían tenido evento previo. De estos nuevos casos, el 73% correspondía a EC y el 27% a ECV. El 70% eran hombres, y la edad media fue de 74 años (el 58% tenía > 75 años). El 86% se controlaba en el centro de salud (media de 7 visita al médico de familia y 5 a la enfermera en los últimos 12 meses) y el 40% seguía controles por cardiólogo/neurólogo. El 8% era fumador activo, el 40,5% era obeso y el 27% tenía ACxFA. Tenía registro de TA el 86%, de estos el 60% tenía TAs > 130 mmHg y el 25% TAd > 80 mmHg. Tenía registro de glicemia el 84%, siendo > 110 mg/dl en el 66% de pacientes y > 120 mg/dl en el 25%. Tenía registro de LDL el 75% de pacientes, siendo > 100 mg/dl en el 80% de casos y > 130 mg/dl en el 40%. De los pacientes con ACxFA el 60% tomaba sintrom y el 30% aspirina. Tomaban estatina el 57% de pacientes, IECA/ARA II el 65%, aspirina el 62% y betabloqueante el 46%.

Conclusiones: Los factores de riesgo más prevalentes fueron HTA, sexo masculino, edad > 75 años, dislipemia y obesidad. La mayoría seguían controles en el centro de salud con una alta frecuentación. A pesar de ello, existe un bajo registro, control y idoneidad de tratamiento de los factores de riesgo cardiovascular, sobre todo de tensión arterial y LDL.

10/491. GRADO DE CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR ANTERIOR A UN EVENTO ISQUÉMICO

A. Altés Boronat, C. Casals Beistegui, V. Rodríguez Aguilera, M. Sánchez Serna, M. Martínez Vicente y C. Vila Carbonell

Médico de Familia. CS Sants. Barcelona.

Objetivos: Determinar el grado de control de los factores de riesgo cardiovascular previo, tanto cuantitativo como cualitativo, en los pacientes afectados de un evento isquémico coronario (EC) o cerebrovascular (ECV).

Metodología: Tipo de estudio: estudio descriptivo transversal retrospectivo. Ámbito: CS urbano. Sujetos: pacientes diagnosticados de EC o ECV durante los años 2008 y 2009. Mediciones: edad, sexo, tipo de evento (coronario o cerebrovascular), tabaquismo activo y último registro de tensión arterial sistólica (TAs), tensión arterial diastólica (TAd), glicemia, colesterol total (CT), HDL y LDL y índice de masa corporal (IMC) previo al evento isquémico. Riesgo cardiovascular previo calculado por la escala de Framingham y existencia de evento isquémico previo.

Resultados: Se recogieron 177 pacientes, 58% hombres, con una edad media de 72 años (51% eran mayores de 75 años). El 58% había tenido EC y el 42% ECV). Existía registro de tabaquismo en el 50% de pacientes, de TAs y TAd en el 80%, de glicemia en el 74%, de CT en el 77%, de HDL y LDL en el 63%, y de IMC en el 60%. Tenía consumo activo de tabaco el 13,56% (14% en EC y 13% en ECV), TAs > 140

mmHg en el 31% (31% en EC y 24% en ECV), TAd > 90 mmHg en el 7% (12% en EC y 8% en ECV), glicemia > 110 mg/dl en el 49% y mayor de 120 mg/dl en el 35% (23 y 41% en EC y 48 y 24% en ECV), CT > 240 mg/dl en el 23% (25% en EC y 22% en ECV), HDL < 40 mg/dl en el 17% (24% en EC y 11% en ECV), LDL > 160 mg/dl en el 22% y mayor de 130 mg/dl en el 50% (23 y 50% en EC y 20 y 54% en ECV), presentaban un IMC > 30 kg/m² el 32,2% (31,4% en EC y 33,3% en ECV). El riesgo cardiovascular era no calculable en el 75% de casos (56% por ser mayores de 75 años y 19% por falta de datos), de los calculables el 20% tenía un riesgo elevado. El 22% tenía el antecedente de EC o ECV previo.

Conclusiones: A pesar de tratarse de pacientes de alto o muy alto riesgo cardiovascular, existe un déficit importante, tanto de cribaje (sobre todo de tabaquismo, HDL y LDL), como de control (sobre todo de TAs, obesidad y colesterol LDL) de los factores de riesgo cardiovascular de los pacientes previo a un evento isquémico.

10/492. GRADO DE CONTROL CUANTITATIVO Y CUALITATIVO EN EL CENTRO DE SALUD PREVIO AL EVENTO EN LOS PACIENTES AFECTOS DE EPISODIO ISQUÉMICO

A. Altés Boronat, C. Casals Beistegui, E. Manzano Prado, M. Mayorgas Mayorgas, B. Sarasá Solá y M. Soler Durán

Médico de Familia. CS Sants. Barcelona.

Objetivos: Determinar, en los pacientes afectados de eventos isquémicos coronarios (EC) o cerebrovasculares (ECV), el grado de vinculación previo al centro de salud y el grado de control cuantitativo y cualitativo de los factores de riesgo cardiovascular.

Metodología: Tipo de estudio: estudio descriptivo transversal retrospectivo. Ámbito: Centro de Salud urbano. Sujetos: pacientes diagnosticados EC o ECV en los años 2008 y 2009. Mediciones: edad, sexo, tipo de evento (coronario o cerebrovascular), existencia de control previo al evento en el centro de salud, número de visitas al médico de familia y enfermera en los 12 meses previos al evento, último registro de los factores de riesgo cardiovascular previo al evento (tabaquismo, tensión arterial sistólica (TAs), tensión arterial diastólica (TAd), glicemia, colesterol total (CT), HDL y LDL), tiempo entre el último control del factor y el evento; riesgo cardiovascular calculado previo según tabla Framingham y antecedente de evento isquémico previo.

Resultados: Se recogieron 177 pacientes, 58% hombres, edad media 72 años. El 85% seguía controles previos en el centro de salud, con una media de visitas en el año previo de 8 al médico de familia y 6 a la enfermera. Había registro de tabaquismo en el 60%, TAs y TAd 84%, glicemia en el 80%, CT en el 82%, HDL y LDL en el 32%. En los pacientes con registro tenían mal control: de tabaquismo (consumo activo) el 12%, de TAs (> 140 mmHg) el 31%, de TAd (> 90 mmHg) el 8%, de glicemia el 40% era > 110 mg/dl y 32% > 120 mg/dl, de CT (> 240 mg/dl) el 23%, de HDL (< 40 mg/dl) el 16%, y de LDL el 21% tenía > 160 mg/dl y el 50% > 130 mg/dl. El riesgo cardiovascular era no calculable en el 75% de casos (56% por ser mayores de 75 años y 19% por falta de datos), de los calculables el 20% tenía un riesgo elevado. El 22% tenía el antecedente de EC o ECV previo. El último control anterior al evento era mayor a un año en el 20% de registros de tabaquismo, 23% de TAs y TAd, 21% de glicemia, 20% de CT, 29% de HDL y 25% de LDL.

Conclusiones: La mayoría de pacientes con un evento isquémico seguían controles previos en el centro de salud con una frecuentación elevada. El antecedente de evento previo o riesgo cardiovascular elevado era frecuente. A pesar de ello hay un notable déficit de registro y control de los factores de riesgo cardiovascular.

10/494. ¿DIAGNOSTICAMOS Y TRATAMOS AL INICIO ADECUADAMENTE A NUESTROS PACIENTES CON HIPERCOLESTEROLEMIA?

F. Escobedo Espinosa, M. García Panyella, M. Tejero López, A. Díaz Barroso, T. Giménez Bayá y C. Marconcini

CS Llefia. Badalona.

Objetivos: Analizar si seguimos las recomendaciones de las guías de práctica clínica en atención primaria para el diagnóstico y tratamiento inicial de la hipercolesterolemia.

Metodología: Estudio descriptivo transversal en atención primaria, centro urbano (36.000 habitantes). Sujetos de estudio: todos los pacientes diagnosticados de hipercolesterolemia en el 2008 entre 40 y 65 años (n = 321) a los que se pudo calcular el Riesgo Cardiovascular (RCV). Variables: edad, sexo, enfermedad cardiovascular (ECV) previa, tabaco, diabetes, obesidad, tensión arterial (TA), colesterol total, HDL y LDL. Riesgo cardiovascular RCV: consta (sí/no), determinación según SCORE. Diagnóstico correcto: tener 2 determinaciones de colesterol superiores a 200 mg/dl; Adecuación del tratamiento a la Guía Europea de prevención Cardiovascular en Atención Primaria, Adaptación Española que considera: Riesgo especial elevado (REE): ECV, diabetes o dislipemia severa > 320 mg/dl; RCV alto si SCORE > 5% y RCV bajo si SCORE < 5% en 10 años. Análisis estadístico: SPSS 12.0. Determinación de medias y proporciones de las variables.

Resultados: Edad: 52,3 años (DE 7), Mujeres: 62,3%, ECV previa: 3,1%, Diabetes: 12,1%, HTA: 21,8%, Tabaco: 28,3%, Obesidad: 33%, Colesterol total: 254 (DE: 39,3), Col HDL: 60 (DE: 17,8), LDL: 164,2 (DE: 41,3), hipercolesterolemia severa: 5,3%. El 48% de pacientes no tenían ningún otro FRCV. Tratamiento farmacológico inicial con estatinas: 22%. Consta RCV en historia clínica: 60%. RCV calculado según SCORE: RCV bajo: 77,3%; RCV alto: 4,4%; REE: 18,4%. Diagnóstico correcto: 70%. Tratamiento inicial adecuado a su RCV: 83,5%. Tratamiento inicial adecuado en RCV bajo: 89,9%, en RCV moderado: 57,1%; en RCV alto: 62,7%.

Conclusiones: Los pacientes que inicialmente diagnosticamos de hipercolesterolemia son de edad media (52 años) y un RCV bajo. Una minoría está tratada farmacológicamente. En su mayoría están correctamente diagnosticados y tratados, aunque casi la mitad no tienen calculado el RCV.

10/503. SALUD DEL VIAJERO EN LAS CONSULTAS DE ATENCIÓN PRIMARIA

M. Linares Rufo e I. Hernández Beltrán

CS Pavones. Madrid. Fundación io.

Objetivos: Estudiar si los profesionales de atención primaria proporcionan un correcto consejo al paciente viajero en sus consultas. Conocer las fuentes de información y consulta, así como la formación específica recibida en estos campos.

Metodología: Estudio descriptivo de corte transversal en profesionales de atención primaria (médicos y DUEs) del Área 1 de Madrid mediante la elaboración de un cuestionario multirrespuesta anónimo validado compuesto por 21 preguntas: a) Filiación (7), b) Consejo y manejo del paciente viajero y de la patología tropical (10), c) Formación y fuentes de información complementaria (4). Muestra seleccionada en diferentes centros de salud de la zona básica (rural y urbana). Se recogieron 180 cuestionarios. Se aplicó un análisis estadístico mediante SPSS 16.

Resultados: Existe una frecuencia de consulta elevada (media de 3,6 pacientes/profesional/mes). Existe un claro déficit en el consejo en materia de: seguro de viaje, infecciones de transmisión sexual, riesgos asociados al viaje, manejo de medicación preventiva, proporcionar información médica para el viaje. La edad del profesional (40-50 años) se asocia a dar un consejo más completo. El hecho de que el profesional haya viajado en el último año, tenga formación en medi-

cina tropical o cooperación sanitaria o maneje información específica se asocia a dar un consejo más completo. No se encontraron diferencias significativas entre las distintas áreas socio-económicas estudiadas, pero sí en la frecuencia mayor de consulta en áreas urbanas y menor en la zona rural. Casi el 50% de los profesionales no sabe dónde derivar un paciente con problemas a la vuelta de un viaje. La fuente de información más común es internet (buscadores generales).

Conclusiones: El consejo proporcionado se puede calificar en general de incompleto y muchas veces erróneo. Sólo 1 de cada 10 profesionales proporcionaría un consejo adecuado. Existe poca formación de los facultativos. Es necesario trabajar habilidades así como disponer de actividades formativas suplementarias. El trabajo en equipo y coordinación multidisciplinar (médicos, enfermeras y especialistas) tiene un papel fundamental. La medicina del viajero debería tener una importancia incuestionable en Atención Primaria. La información publicada en nuestro país sobre estos temas es escasa, siendo prácticamente nula en el campo de la enfermería. Los datos obtenidos en el estudio parecen indicar que estamos aún lejos del lograr un nivel adecuado.

10/508. ¿CUMPLEN ADECUADAMENTE LOS TRATAMIENTOS CRÓNICOS PRESCRITOS POR UN MÉDICO LOS PACIENTES INMOVILIZADOS POLIMEDICADOS?

F. Alcázar Manzanera, A. Palacios Colom, M. López Díaz, A. Benítez Nieblas, C. Ariza Copado y J. Borrachero Guijarro

CS Barrio Peral. Cartagena.

Objetivos: Detectar incumplimiento terapéutico en pacientes inmovilizados-polimedcados y posible autoconsumo de medicamentos.

Metodología: Estudio descriptivo y trasversal, evaluación inicial, dentro de un ciclo completo de mejora de calidad asistencial. Sujetos: pacientes inmovilizados-polimedcados (> 5 fármacos), con carnet de largo tratamiento (CLT); muestra: toda la población (120 sujetos). Emplazamiento: zona de salud urbana. Periodo de estudio: septiembre 2009-abril 2010. Se realizan 2 visitas domiciliarias separadas por 3 semanas, para registrar variables referentes a características de pacientes, medicamentos y criterios de calidad previamente definidos: C1-Concordancia del listado de fármacos que refiere tomar el paciente con los indicados en el CLT, C2-Concordancia de la posología en ambos registros, C3-Grado de Cumplimiento autocomunicado (Haynes-Sackett) > 80%, C4-Grado de cumplimiento por recuento de comprimidos: 90-100% y C5-Ausencia de medicamentos sin prescripción médica en botiquín domiciliario (autoconsumo). Análisis estadístico descriptivo univariante.

Resultados: 31 sujetos (25,83%) son varones y 90 (74,17%) mujeres; edad media 81,24 años; consumo de fármacos/sujeto: 5-9 en 85 casos (70,83%) y ≥ 10 en 36 (29,179%), administrados por cuidador (70,25%), mayoritariamente comprimidos (82,50%), a dosis media 1,36 tomas/fármaco y con acumulo de envases en domicilio (44 sujetos: 36,36%). Cumplimiento de criterios de calidad: C1- 88 pacientes (72,73%), C2- 79 (65,29%), C3- 95 (78,51%), C4- 32 (30,76%), C5-112 (92,56%).

Conclusiones: Más de 3/4 partes de los inmovilizados refiere cumplir aceptablemente su tratamiento crónico, pero tras recuento de comprimidos sólo cumplen aproximadamente 1 de cada 3 pacientes. Se inicia un ciclo de mejora de calidad para aumentar el cumplimiento terapéutico.

10/513. ANÁLISIS DE CUMPLIMENTACIÓN EN DIABÉTICOS

M. Palomino Medina^a, P. Tarraga López^b, J. Ocaña López^b, M. Cerdán Oliver^c, J. Solera Alberó^d y A. Celada Rodríguez^e

^aCS Zona 5. Albacete; ^bCS Alcaraz. Albacete; ^cCS Zona 4. Albacete; ^dZona 7. Albacete; ^eCS Madrigueras. Albacete.

Objetivos: Analizar la cumplimentación en diabéticos con riesgo cardiovascular alto de un Área de Salud.

Metodología: Durante 2 años se realiza estudio multicéntrico en Atención Primaria de Albacete y Cardenete (Cuenca). Se incluyen 152 diabéticos tipo 2 en dos grupos; estudio: 79 y control: 73. Se aplica prueba paramétrica T de Student para datos apareados e independientes de variables cuantitativas. Regla "Last-Observation-Carried-Forward" (La última observación llevada hasta el final). Test de Morinsky-Green: Permite valorar el grado de cumplimiento terapéutico del paciente a partir de 4 preguntas dicotómicas. Cumplidor: es aquel hipertenso que responde de forma correcta a las siguientes preguntas: ¿Se olvida tomar alguna vez los medicamentos para su HTA? ¿Los toma a la hora indicada? Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar su medicación? Si alguna vez le sientan mal ¿deja usted de tomarlas?

Resultados: La edad media es $68,9 \pm 8,0$ años. 56,3% son mujeres y 43,7% varones. 58,9% tienen estudios primarios seguidos de sin estudios el 33%. Grupo estudio: porcentaje de no cumplidores aumentan a lo largo de las visitas mientras que los cumplidores disminuyen. Grupo control: porcentaje de los no cumplidores y los cumplidores se mantienen a lo largo de las visitas.

Conclusiones: El grado de cumplimentación aumenta significativamente en el grupo estudio respecto al de control que se mantiene.

10/514. CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO EN HIPERTENSOS

P. Tarraga López^a, M. Palomino Medina^b, J. Ocaña López^a, M. Cerdán Oliver^c, J. Solera Albero^d y A. Celada Rodríguez^e

^aCS Alcaraz. Albacete; ^bCS Campillo de Alto Buey; ^cCS Zona 4. Albacete; ^dZona 7. Albacete; ^eCS Madrigueras. Albacete.

Objetivos: Analizar el grado de cumplimiento terapéutico en hipertensos con alto riesgo cardiovascular.

Metodología: Estudio multicéntrico de ámbito provincial, descriptivo, corte transversal durante 3 meses en mayores de 18 años, se seleccionan aleatoriamente en el contexto de la práctica y actuación médica habitual en consultas de AP. Test de Morinsky-Green: permite valorar el grado de cumplimiento terapéutico del paciente a partir de 4 preguntas dicotómicas. Cumplidor: es aquel hipertenso que responde de forma correcta a las 4 preguntas anteriores.

Resultados: 68,1% mujeres y 31,9% varones, de una muestra de 94 pacientes. TAS > 140: 68,1%. TAD > 90: 37%. Glucemia > 105: 43,6%. Colesterol total > 220: 51,1%. LDL > 100: 80%. HDL < 34: 34%. Triglicéridos > 200: 18%. PCR alterada: 10%. ¿Se olvida tomar alguna vez los medicamentos? No olvido: 18,4%. < 5%: 37,2%. Entre 5-20%: 23,4%. Entre 20-50%: 16%. > 50%: 5%. ¿Los toma a la hora indicada? 85% no sigue ningún horario de toma. Cuando se encuentra bien ¿deja de tomar su medicación? 86,2% continúa con el tratamiento aunque se encuentre bien. Si alguna vez le sienta mal ¿deja usted de tomarla? 53% toma la medicación aunque le sienta mal.

Conclusiones: Según el test de Morinsky-Green, estos pacientes presentan alto porcentaje de incumplimiento terapéutico, a pesar de la importancia de los tratamientos antihipertensivos.

10/515. EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE ESTUDIOS DE CONTACTOS DE CASOS DE TUBERCULOSIS

A. González Torga^a, P. García Shimizu^b, R. Camargo Ángeles^b, H. Martínez^b, C. Villanueva^b y A. Hernández de Antonio^c

^aJefe de Sección. Medicina Preventiva. Hospital General Universitario de Alicante; ^bMédico Residente. Medicina Preventiva. HGU Alicante; ^cEnfermera. CS Los Angeles. Alicante.

Objetivos: Evaluar el grado de cumplimiento (GC) de las recomendaciones y sus determinantes de un programa de estudios de contactos de enfermos con Tuberculosis (Tbc).

Metodología: Se han incluido 1.519 contactos correspondientes al periodo 1998-2008. La variable de resultado tiene dos categorías (finalización del estudio o abandono). Las variables explicativas son edad, sexo, país origen, exposición familiar previa, exposición laboral previa, convivencia en el mismo domicilio, tabaquismo, patología asociada, grado de exposición y tipo de recomendación realizada. Para el estudio de asociación de las variables se ha utilizado la χ^2 y para cuantificar la magnitud de esta se ha calculado el Riesgo Relativo (RR) con intervalos de confianza al 95%; posteriormente con las variables estadísticamente significativas se realizó un análisis de Regresión Logística.

Resultados: El GC global de las recomendaciones fue del 66,6%. Cuando la recomendación fue realizar una pauta de quimioprofilaxis primaria el GC fue del 67% y el GC para la quimioprofilaxis secundaria fue del 60% ($p < 0,05$). En el análisis multivariante las variables que se asociaron significativamente con el abandono del estudio fueron: contacto inmigrante RR: 3,0 (2,1-3,9), tabaquismo RR: 1,8 (1,4-2,3), edad menor de 35 años RR: 1,5 (1,2-1,9) y no tener enfermedades concomitantes RR: 1,3 (1,1-1,8).

Conclusiones: Teniendo en cuenta los resultados obtenidos es necesario desarrollar estrategias para mejorar el GC de las recomendaciones en los contactos. Estas irán fundamentalmente dirigidas a contactos de casos de Tbc de origen inmigrante, fumadores, menores de 35 años y sin otras patologías asociadas.

10/520. ESTUDIO SOBRE LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES EN EL CENTRO DE SALUD PLAZA DE TOROS DE ALMERÍA

S. Pérez Martínez, M. Ges Velázquez de Castro, M. Cabrerizo Egea y S. Puertas Molina

CS Plaza de Toros. Almería.

Objetivos: Mejorar conocimiento en relación con la seguridad del paciente, mediante aproximación a la magnitud, trascendencia e impacto de Efectos Adversos (EA), y análisis de las características de pacientes y de asistencia que se asocian a la aparición de EA evitables. Incrementar masa crítica de profesionales involucrados en seguridad del paciente. Incorporar a la agenda de Atención Primaria (AP) objetivos y actividades encaminadas a mejora de seguridad del paciente.

Metodología: Sujetos estudio: todos los pacientes que consultan, por cualquier causa. Estudio observacional transversal con componentes analíticos. Efecto adverso: accidente imprevisto e inesperado identificado en el momento de consulta, causando lesión y/o incapacidad, que deriva de la asistencia sanitaria y no de la enfermedad de base del paciente.

Resultados: Colaboraron 21 profesionales sanitarios, 5.623 pacientes asistieron a una consulta (AP) de Centro de Salud, efectuaron 60 notificaciones. 65,8% de consultas atendidas por médicos de familia, 20,1% enfermeros, 14,1% pediatras. 42,3% de pacientes del estudio hombres, 57,7% mujeres, los enfermeros alcanzan mayor prevalencia de EA que el resto de profesionales. 45,2% de casos los factores causales del EA estaban relacionados con medicación, 38,7% con cuidados, 32,3% con comunicación, 9,7% con diagnóstico, 35,5% otras causas, 51,6% (16 EA) leves, 45,2% (14) moderados, 3,2% (1) graves.

Conclusiones: Considerando la totalidad de EA, 71,4% de EA relacionados con un procedimiento, 80,0% relacionados con infección nosocomial, 40,0% relacionados con cuidados, 50,0% relacionados con medicación y 50,0% con peor curso evolutivo de la enfermedad de base del paciente se consideraron evitables.

10/529. PREVENCIÓN DEL EMBARAZO NO DESEADO E INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) EN ADOLESCENTES. EVALUACIÓN DE UNA ACTIVIDAD EDUCATIVA EN INSTITUTOS

D. de Diego Sierra^a, M. Fernández Cañaveras^a, A. Rodríguez Romero^a, C. Izquierdo del Reino^a, I. Martínez González^b y A. Jurado Toro^c

^aCS Manzanares I. Ciudad Real; ^bHospital General de Ciudad Real; ^cCS Corral de Calatrava. Ciudad Real.

Objetivos: Evaluar la efectividad de una actividad educativo-preventiva diseñada para aumentar los conocimientos de los adolescentes sobre salud sexual.

Metodología: Estudio antes-después de una actividad de educación sexual, sin grupo control. Se realizaron charlas-coloquio de 45 minutos de duración y entrega de material didáctico, dirigidas a alumnos de 4º curso de ESO, de tres institutos. Se entregó, con la colaboración de los profesores, un cuestionario anónimo tipo test con 10 preguntas de respuesta múltiple, antes y después de la actividad.

Resultados: Se recogieron 147 cuestionarios previos a la actividad y 136 en la fase posterior. El rango de edad de los participantes fue de 15-17 años. Después de la intervención mejoró el número de respuestas correctas en 9 de las 10 preguntas, siendo la diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$), en tan sólo 5 de las 9 preguntas. No hubo diferencias por sexos ni por edad.

Conclusiones: Las charlas-coloquio, parecen ser un buen instrumento para mejorar el nivel de conocimientos de los adolescentes sobre métodos anticonceptivos e ITS. Deberíamos desde Atención Primaria intentar acercar a los adolescentes este tipo de actividades, aunque es preciso realizar una reflexión adicional dirigida a evaluar las actividades que realizamos, pues quizás se puedan mejorar metodológicamente y de este modo ser más efectivas para conseguir la finalidad para la que fueron diseñadas: mejorar los conocimientos respecto a la salud sexual y reproductiva de los adolescentes y de este modo conseguir de manera más eficaz que disminuyan las prácticas de riesgo entre este colectivo especialmente vulnerable.

10/534. CONCORDANCIA ENTRE LAS ESCALAS SCORE Y REGICOR EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE HIPERCOLESTEROLEMIA

P. Tejero López, F. Escobedo Espinosa, A. Díaz Barroso, M. García Panyella, T. Giménez Bayá y C. Marconcini

ABS L'lefià. Badalona.

Objetivos: Valorar la concordancia entre el riesgo cardiovascular (RCV) calculado con la tabla SCORE y REGICOR en nuestra población al inicio del diagnóstico de hipercolesterolemia.

Metodología: Estudio descriptivo transversal en atención primaria, centro de salud urbano (36.000 habitantes). Sujetos de estudio: todos los pacientes diagnosticados de hipercolesterolemia en el año 2008 de 40-65 años ($N = 302$). Variables del estudio: edad, sexo, colesterol total, HDL-colesterol, LDL-colesterol, tabaquismo, HTA, obesidad, diabetes mellitus, enfermedad cardiovascular (ECV). Cálculo de RCV según SCORE y REGICOR. Análisis estadístico: SPSS 12.0. Índice Kappa para valorar la concordancia entre tablas. Consideramos RCV alto si: -Sistema REGICOR: prevención secundaria, colesterol total > 300 mg/dl, LDL-colesterol > 240 mg/dl o RCV REGICOR $> 10\%$ en 10 años. -Sistema SCORE: prevención secundaria, colesterol total > 320 mg/dl, LDL-colesterol > 240 mg/dl, diabetes o RCV score $> 5\%$ en 10 años.

Resultados: 302 pacientes. Edad media: 52,3 años (DE 7). Rango 39-67. El 62,6% mujeres. FRCV: 36,8% obesidad, 27,2% tabaquismo, 21,9% HTA, 5% hipercolesterolemia severa (> 320 mg/dl), 11,6%

diabéticos, y 3,3% ECV. Pacientes con RCV alto según SCORE 21,5%. REGICOR: 18,2%. El 88% de los pacientes son clasificados igual por ambas escalas: El 74,1% (224) de los pacientes analizados son considerados de riesgo bajo y el 13,9% (42) de riesgo alto. Índice Kappa: 0,62. $p = 0,000$. Por tanto buena concordancia entre ambas escalas. El 75% de los pacientes que presentan RCV-SCORE alto y RCV-REGICOR bajo son diabéticos.

Conclusiones: En nuestra población la mayoría de pacientes al inicio del diagnóstico de hipercolesterolemia tienen un riesgo cardiovascular bajo según las escalas REGICOR y SCORE. Existe una buena concordancia entre ambas tablas en nuestra población salvo en pacientes diabéticos.

10/535. EL IDIOMA COMO BARRERA ASISTENCIAL Y DE SEGURIDAD

M. Jiménez Castillo^a, S. Casquero Romero^a, M. López Aguilera^b, F. Montosa Martín^c, G. Ruiz Mata^d y J. Polo Chicano^e

^aÁrea de Gestión Sanitaria Este de Málaga. Axarquía; ^bCS de Algarrobo Costa. Málaga; ^cCS de Nerja. Málaga; ^dCS de La Viñuela. Málaga; ^eCS de Caleta de Vélez. Málaga.

Objetivos: Conocer si la diferencia idiomática es una barrera de comunicación asistencial y de seguridad del paciente, no hispanoparlante, atendido en consultas de atención primaria (AP).

Metodología: Estudio descriptivo utilizando encuestas anónimas, de 29 preguntas cerradas, en alemán, inglés y francés, a usuarios no hispanoparlantes, realizadas durante 20 días de abril, en el Área de Gestión Sanitaria Este de Málaga -Axarquía.

Resultados: Generales: 190 encuestas, con distribución al 50% varones/mujeres. 48% ingleses, 84% > 60 años. Tiempo de estancia en España < 5 años, 28,42%. Entienden castellano 64,21%, lo hablan 55,26% y lo utilizan 32,63%. Entorno de habla española en 74,21%. Del Centro Asistencial: 53,16% no tiene intérpretes. 74,74% desconocen los traductores telefónicos y 66,32% no solicita profesionales que hablen su idioma. 25,26% acuden sin otra ayuda. El 85,75% considera fácil la accesibilidad al Centro. De consulta: 21,05% percibe inseguridad del profesional y 11,05% que se emplea más tiempo asistencial. Desconocen los programas de salud 62,11%. Para el 82,11% se comprende su motivo de consulta, y el idioma puede motivar errores diagnósticos (44,41%) y terapéuticos (46,32%), aunque 44,47% no aportan información traducida, ni considera mayor la frecuentación el 70,53%. Al 47,37% se le facilita información terapéutica traducida, y otro tipo de información al 17,89%. Refieren más barreras idiomáticas en hospitales un 36,84%. El 88,95% confía en sus profesionales de referencia.

Conclusiones: El idioma no es una barrera comunicacional para la mayoría de las cuestiones evaluadas. Los extranjeros confían en sus profesionales aunque admiten que pueden surgir errores diagnóstico-terapéuticos.

10/541. FRACTURAS OSTEOPORÓTICAS EN RELACIÓN A CUMPLIMENTACIÓN EN LA RIBERA-COMUNIDAD VALENCIANA

J. Montalva Barra, R. Belenguer Prieto, C. Gómez Gálvez, C. Tejero Catalá, L. Manclús Montoya y O. Martínez Ferris,

Hospital de la Ribera. Valencia.

Objetivos: La osteoporosis es una patología infradiagnosticada según los últimos estudios publicados pero además se observa una falta importante de seguimiento de tratamiento por parte de muchos pacientes diagnosticados de osteoporosis por lo que se hace necesario comprobar la relación inercia medicamentosa con el número de fracturas osteoporóticas y valorar la extrapolación de resultados en una zona básica como es La Ribera se analiza de forma

retrospectiva los pacientes atendidos en urgencias con fractura osteoporótica del total de osteoporosis diagnosticadas durante el año 2009 y que se pueden relacionar con incumplimiento de tratamiento puesto para prevenir dicha patología de base.

Metodología: El hospital de la ribera se recoge informáticamente el número de urgencias y se clasifica según diagnóstico principal la causa de atención y si se precisa hospitalización con la causa que la provoca. Por tanto, recogiendo el diagnóstico de osteoporosis como diagnóstico principal o secundario en la población general se analiza el número de fracturas osteoporóticas separándolas por sexo y localización de dicha fractura y valorando posteriormente los resultados comparando los tratamientos activos de los pacientes y el cumplimiento en este estudio sobre los 2.043 diagnósticos de osteoporosis se observaron 56 fracturas osteoporóticas de las que 40% se produjeron en cadera y 25% vertebrales. Se analizó además como variables, el sexo, edad.

Resultados: Sobre los 2.043 pacientes de la ribera diagnosticados de osteoporosis (que supone el 24% de la población total) se asistieron 56 fracturas osteoporóticas en el hospital que requirieron ingreso y de ellas 40% (23) con fractura de cadera (sin especificar lado) y 25% en vértebras (14), con otros sitios en el resto. No existe un predominio femenino contrariamente a lo que se esperaba (55% mujeres y 45% hombres). Respecto al cumplimiento en el tratamiento pautado para osteoporosis (alendronatos semanales o mensual) se observó una falta de seguimiento próximo al 80%.

Conclusiones: Se relaciona con el incumplimiento de tratamiento de osteoporosis con el aumento de incidencia de fracturas osteoporóticas en la ribera y además existe un infradiagnóstico de esta patología importante en la población general en la zona de La Ribera-Comunidad Valenciana.

10/542. ANTIAGREGACIÓN EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ARTERIOPATÍA PERIFÉRICA

R. Mourelle Varela^a, E. Martín Correa^b, J. Menéndez Puigalli^c, C. Molina Guasch^c, R. Llorens Vercher^d y B. Hurtado Capalvo^c

^aEAP Santa Coloma de Gramenet-4; ^bABS Guinagueta. Barcelona; ^cABS 4 Barcelona; ^dABS Velliche.

Objetivos: Conocer la adecuación del tratamiento con antiagregantes en pacientes diagnosticados de arteriopatía periférica (AP) utilizando como referencia el estándar de calidad asistencial (EQA) fijado por el ICS. Comprobar si la existencia de otros diagnósticos que requieren antiagregación aumenta la instauración de tratamiento antiagregante.

Metodología: Diseño: estudio observacional, descriptivo, transversal. Emplazamiento: pacientes asignados al ABS4 Santa Coloma de Gramenet, población urbana de Cataluña. Mediciones principales: revisión sistemática de diagnóstico de arteriopatía periférica siguiendo clasificación CIE-10 en base informática E-CAP. Se registraron como variables la existencia de patologías que condicionan tratamiento antiagregante (diabetes mellitus, cardiopatía isquémica, fibrilación auricular y accidente cerebrovascular), y la prescripción de antiagregación.

Resultados: El número de pacientes diagnosticados de AP según base informática ECAP fue de 175 sobre población asignada en el ABS de 25.012 personas (0,7%). Del total de pacientes con AP, 67 (38,3%) no presentaban otros diagnósticos que justifiquen la antiagregación. De estos, 49 (72,7%) presentaban correcta antiagregación y 18 (27%) no tenían tratamiento antiagregante. Se encontraron 108 pacientes con AP y diagnósticos que obligaban a antiagregación (61,7%). De ellos 88 (81,5%) presentaban una correcta antiagregación, mientras que en 20 pacientes ésta no había sido esta prescrita (18,5%).

Conclusiones: Prevalencia de AP del 0,7% observándose un infradiagnóstico (prevalencia estimada 4-5%). La implemen-

tación de tratamiento antiagregante se consideró correcta según los valores del EQA. Se observó que el hecho de presentar diagnóstico que obligara a antiagregación se asociaba a una ligero aumento de recibir tratamiento antiagregante (45%) aunque esta posibilidad no se revela como estadísticamente significativa.

10/543. DESARROLLO DE UN MODELO DE AJUSTE POR EL RIESGO PARA EVALUAR LA FRECUENTACIÓN AL MÉDICO DE FAMILIA EN LA COMUNIDAD DE MADRID

R. Carmona Alférez, M. Martín Martínez, P. Gallego Berciano, A. Sarría Santamera, y Áreas Sanitarias Participantes de la Comunidad de Madrid.

Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Instituto de Salud Carlos III (ISCIII).

Objetivos: Determinar factores asociados a la utilización de consultas al Médico de Atención Primaria (MAP) y evaluar la frecuentación.

Metodología: Población mayor de 24 años con al menos una consulta al centro de salud de seis áreas sanitarias de la Comunidad de Madrid en 2006. Mediante un modelo multinivel de ajuste de riesgo y utilizando la historia clínica informatizada con las consultas al MAP en 2007 como variable dependiente y como predictoras, variables del paciente y del equipo de AP (EAP), se calculó la razón de frecuentación ajustada por el riesgo (RFAR) por EAP.

Resultados: Del 1.318.020 pacientes estudiados, 55,7% era mujeres. La edad media fue 50 años (DE: 16,9). La media de consultas al MAP fue 15 (DE: 18,2). Los principales factores asociados a la frecuentación en 2007 fueron consultas al MF 2006 (B: 0,57) y la edad (B: 0,06). El 52% de pacientes acudía al MAP más que lo predijo el modelo según su riesgo y un 41%, menos. Tanto el exceso como el déficit de riesgo de frecuentación por EAP mostraron una amplia oscilación, RFAR: 1,3-5,3 y RFAR: 0,2-0,9, respectivamente.

Conclusiones: Existe un importante volumen de visitas al MAP que no queda explicado en función del riesgo de los pacientes o las características de los EAP. Globalmente, el número de visitas sobrefrecuentadores supera al de infrafrecuentadores.

10/547. PERFIL DE LAS DEMANDANTES DE INTERRUPTIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE) DE UN CENTRO DE SALUD

A. Carrasco Rodríguez^a, L. Ginel Mendoza^b y J. Morales Naranjo^c

^aCS Huelin. Málaga; ^bCS Ciudad Jardín. Málaga; ^cCS Victoria. Málaga.

Objetivos: Conocer las características de las mujeres demandantes de IVE.

Metodología: Estudio descriptivo transversal. Ámbito de estudio: Centro de Salud urbano que atiende a 24.841 habitantes. Periodo de estudio: año 2009. Hoja de recogida de datos para todas las demandantes de IVE. Variables a estudio: edad, estado civil, situación laboral, nacionalidad, número de hijos, IVE previa, método anticonceptivo actual, consulta con planificación familiar antes y después de IVE, tipo de pareja, convivencia con la pareja, uso de píldora postcoital, motivo de IVE y recaptación tras IVE.

Resultados: Total IVE: 85. Media de edad 28,4 años. Estado civil: 67% solteras. Situación laboral: 54% trabaja. Nacionalidad: Española 40%, Sudamericana 37,6%, Africana 9,4%, este de Europa 7%, Asia 3,5%. Número de hijos: ninguno 28,2%, uno 32,9%, dos 21,1%, tres o más 12,9%. IVE previa: ninguna 60%, una 24,7%, dos 8,2%, tres 3,5%. Método anticonceptivo actual: ninguno 47%, preservativo 25,8%, anticonceptivos hormonales 18,8%, no consta 8,2%. Consulta a planificación familiar 11,76 antes y 63,5% después de IVE, Pareja

estable 67%. Convive con la pareja 50%. Uso de postcoital 21,1%. Motivo de IVE: económico 37,8%, proyecto personal 12,9%, salud 5,38%, otros 23,5%, no consta 15,2%. Recaptación tras IVE por trabajo social 25,8%.

Conclusiones: La mayoría de las demandantes de IVE de nuestro centro de salud son emigrantes, más de la mitad trabaja y tiene pareja estable e hijos. La mitad no utiliza método anticonceptivo. El motivo principal es al económico. La cuarta parte son recaptadas.

10/553. ¿CÓMO UTILIZAMOS LOS INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES EN NUESTRO CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA?

J. Comín Junquera^a, J. García Vicente^b, I. Ramentol Massana^b, M. Guzmán Bonilla^b, M. Cardona Egea^b y M. Giné Badía^b

^aEAP Badalona 7 La Salut; ^bSAP Badalona/Sant Adrià.

Objetivos: Describir el uso de los inhibidores de la bomba de protones (IBP) en pacientes de un equipo de atención primaria (EAP).

Metodología: Estudio observacional retrospectivo de prescripción-indicación, en pacientes tratados con IBP durante más de 3 meses. Las variables estudiadas están relacionadas con el IBP empleado y la indicación para la cual se emplea.

Resultados: Se han detectado 2.256 pacientes en tratamiento crónico con IBP. El 61,35% (n = 1.384) fueron mujeres. La media de edad fue de 66,8 años. El IBP más utilizado fue omeprazol (90,37%). Las indicaciones de IBP fueron reflujo gastroesofágico y/o hernia de hiato (462 pacientes, 20,48% de la población de estudio), gastroprotección por AINE tomados de forma crónica (14,23%), dispepsia no ulcerosa (14,10%) y úlcera gastroduodenal o complicaciones (11,66%). El 49,64% restante no muestra ninguno de estos diagnósticos. Los factores de riesgo en pacientes tratados con AINE de forma crónica e IBP (321 pacientes) fueron: mayores de 65 años (153 casos), toma de AAS (43), o corticoides (28), o anticoagulantes orales (5), antecedente de úlcera o complicaciones (21) e insuficiencia cardíaca congestiva (1). En 93 pacientes (28,97%) no se encontró ningún factor de riesgo.

Conclusiones: El IBP más empleado es omeprazol. Alrededor del 50% de los pacientes que toman IBP no tiene registrada su indicación en la historia clínica. Una tercera parte de los pacientes que toman simultáneamente AINE e IBP como gastroprotector no tiene asociado un factor de riesgo.

10/558. HÁBITOS DE SALUD EN POBLACIÓN INMIGRANTE DEL CENTRO DE SALUD DE GUANARTEME Y MODIFICACIÓN DEL PATRÓN ALIMENTARIO EN EL PAÍS DE ACOGIDA

F. Navarro Vázquez^a, C. Nuez León^b, J. González González^b, J. Burgazzoli Samper^a, M. Pacheco López^c y P. Brito Rodríguez^b

^aServicio Canario de la Salud. Gerencia de Atención Primaria; ^bCS Guanarteme. Las Palmas de Gran Canaria; ^cCS Arucas. Las Palmas de Gran Canaria.

Objetivos: Describir hábitos alimentarios, valores antropométricos y hábitos de salud de la población inmigrante adscrita al Centro de Salud (CS) de Guanarteme e identificar la modificación de hábitos alimentarios en el país de acogida.

Metodología: Estudio observacional, descriptivo, transversal por encuesta individual a 250 personas de 18 o más años de origen extranjero adscritas al CS seleccionadas por captación oportunista. Las variables de estudio son: sociodemográficas, antropométricas, hábitos de salud (tabaco, alcohol, actividad física) y alimentación (frecuencia de consumo según grupos de alimentos, modificación del patrón alimentario en el país de acogida, etc.).

Resultados: La muestra de estudio es predominantemente femenina (58%), con una media de edad de 42 años y 10 de residencia media en España, el 45,2% proviene de América (Sur y Central) y un 28,8% de África. El valor medio del IMC es de 26,8 (sobrepeso leve), el 79,5% se declara no fumador, un 53% no toma ningún tipo de bebida alcohólica y el 68,7% realiza actividad física al menos 2-3 veces por semana. Finalmente, 42,7% opina que su alimentación ha mejorado desde que está en España frente al 13,3% que declara un cambio negativo.

Conclusiones: Los resultados de este estudio han contribuido a poner en marcha estrategias de formación en el ámbito de la diversidad cultural y salud con la finalidad de orientar y planificar los recursos de nuestro CS para contribuir a obtener resultados positivos en el ámbito de la equidad en salud para todos los grupos de población.

10/584. VALORACIÓN DEL SERVICIO DE ECOGRAFÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA DEL ÁREA DE SALUD DE GRAN CANARIA EN EL PERÍODO 2008-09

O. Iglesias Pérez^a, F. Navarro Vázquez^b y A. Cabeza Mora^b

^aCS Ingenio-Carrizal. Gran Canaria; ^bUnidad Técnica de Gerencia de AP. Gran Canaria.

Objetivos: Valorar los resultados de la actividad del Servicio de Ecografía en Atención Primaria del Área de Salud de Gran Canaria: crecimiento interanual, tipo, valoración diagnóstica y seguimiento de casos.

Metodología: Estudio observacional, descriptivo transversal del total de ecografías realizadas en el periodo 2008-2009. Variables de estudio: a) Crecimiento interanual, b) Tipo de ecografía, c) Valoración diagnóstica, d) Seguimiento de casos, e) Demográficas (Zona Básica de procedencia y género del paciente).

Resultados: Observamos un incremento del número total de ecografías interanuales: a) 277 en 2007, b) 515 en 2008 y c) 869 en 2009. El 69,3% de las pruebas son ecografías abdominales, 14% tiroideas, 11% músculo-esqueléticas y 5,7% corresponden a otras localizaciones. El 60% de las ecografías son valoradas patológicas frente al 30,6% normales y el 9,1% normales con hallazgos. Del total de ecografías realizadas, 326 (23,5%) han sido derivadas a Atención Especializada. El seguimiento de casos nos indica que el 60,6% de los episodios han sido resueltos, un 17,1% están en vías de resolución y en el 22,3% no hay información escrita sobre la resolución del caso.

Conclusiones: La ecografía de Atención Primaria es una herramienta de primer orden en el diagnóstico y seguimiento de determinadas patologías, síntomas y/o signos, que contribuye a mejorar la calidad del vida del paciente, la satisfacción del profesional médico, la eficacia de los servicios de salud y la coordinación entre niveles asistenciales.

10/587. HIPOGONADISMO DE INICIO TARDÍO Y DISFUNCIÓN ERÉCTIL

E. Almenar Cubells, A. Soler Diego, E. Hernández Hernández, J. Gregori Romero y R. Carratala Huesa

CS de Benifalló. Valencia.

Objetivos: Estudiar la prevalencia de hipogonadismo de inicio tardío (HIT) y disfunción eréctil (DE). Describir las características de estos pacientes.

Metodología: Estudio transversal descriptivo realizado en los pacientes varones mayores de 50 años cuya tarjeta sanitaria terminaba 5-6-7 de un cupo médico que acudieron a consulta médica durante 3 meses y dieron su consentimiento informado. Se realizó a cada paciente el test AMSS para el cribado de las HIT y el nivel de

testosterona total y para el diagnóstico de disfunción eréctil se realizó el índice internacional de la función eréctil (IIEF).

Resultados: Estudiamos a 55 pacientes cuya edad media de 67 (DE 9,5) años con un rango entre 50-87 años los resultados del test de AMSS con las siguientes puntuaciones menor de 26 el 21,8%; 27-36 HIT leve 36,4%; 37-49 HIT moderada 16,4%; 49-70 HIT severo 25,5%. Los niveles de testosterona total fueron patológicos en el 23,6%, patológico en 13 pacientes y disfunción eréctil patológico en el (IIEF) de 44 pacientes. Pacientes que presentaron disfunción eréctil e hipogonadismo fue de 10 pacientes realizado el chi-cuadrado de 0,751.

Conclusiones: Para llegar al diagnóstico de HIT tendríamos utilizar el nivel de testosterona libre. Aunque el chi-cuadrado no es significativo con la muestra estudiada, deberíamos ampliar la muestra de estudio. El HIT y la DE son ambas de abordaje en Atención Primaria.

10/588. PREVALENCIA DE SÍNDROME METABÓLICO Y DE RESISTENCIA A LA INSULINA EN LA ZONA BÁSICA DE SALUD EL CALERO

A. Gutiérrez Pérez^a, M. Company Sancho^b y A. Hernández Monroy^a

^aCS El Calero. Las Palmas; ^bDirección General de Programas Asistenciales. Las Palmas.

Objetivos: Estimar prevalencia de síndrome metabólico (SM) y de resistencia a la insulina (RI) en la población adscrita a la Zona Básica de Salud.

Metodología: Estudio observacional transversal, en población de 18 a 95 años. Tamaño muestral de 846 (nivel de confianza del 95% y error de ± 3). Selección de la muestra por método aleatorio simple; los criterios de exclusión fueron mujeres embarazadas, personas encamadas y negativa a participar (se pidió consentimiento informado). Periodo de estudio entre 2004-2007. Variables estudiadas: edad, sexo, hábitos, estilo de vida, presencia de factores de riesgo cardiovascular, antecedentes personales y familiares de enfermedad cardiovascular. Medida de TA, EKG y analítica general con RI según fórmula HOMA (se consideró que había RI cuando el valor resultó 3,8; 3,9 en mujeres y 3,5 en varones) siguiendo las recomendaciones de Ascaso et al). Para estimar la prevalencia de SM se empleó la definición de ATPIII.

Resultados: Prevalencia RI 25% en no diabéticos (IC95% $\pm 3,6$; 31,4% en varones y 19,8% en mujeres diferencia estadísticamente significativa). La prevalencia de SM fue 35,1% para población general (37,4% en varones y 33% en mujeres), siendo la obesidad el componente más prevalente.

Conclusiones: La prevalencia de RI fue similar a otros estudios (NAHNES III, 26,3%). La prevalencia de SM fue mayor: (NAHNES III 23,9%, VIVA (Variable Incidence of Visceral Adiposity) 19,6% en mujeres y 25,3% en varones) y en la Comunidad Canaria, Álvarez et al, hallan 24,4%.

10/606. VARIABILIDAD ENTRE LOS CUPOS DE MEDICINA GENERAL EN EL CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

A. Brugos Larumbe^a, F. Guillén Grima^b, P. Buil Cosiales^c, J. Díez Espino^d, C. Fernández Martínez de Alegría^e y J. Cenoz Osinaga^a

^aCS Villava. Navarra; ^bUniversidad Pública de Navarra; ^cCS Azpilagaña. Navarra; ^dCS Tafalla. Navarra; ^eCS Echavacoiz. Navarra.

Objetivos: 1.-Conocer la efectividad en el control de la presión arterial (PA) en los pacientes hipertensos en Atención Primaria. 2.- Detectar la variabilidad en el control entre los cupos de medicina general.

Metodología: Analizamos los datos del año 2008 de historia clínica informatizada de 7 centros de salud de Navarra (61 cupos médi-

cos): población ≥ 18 años: 86.572 (50,8% mujeres). Analizamos el grado de control de la PA en la población hipertensa (nivel de control PA < 140/90) y en la población de alto riesgo: haber padecido evento cardiovascular, diabetes, insuficiencia renal (nivel control < 130/80). Se identifican tres grupos de cupos por grado de control por análisis de cluster en dos fases. Calculamos el OR de que un paciente esté con buen control si pertenece al cluster de cupos de mejor control ajustado por edad y sexo.

Resultados: Identificamos 13.342 hipertensos: 15,41% (IC95%: 15,17- 15,65). Control HTA (registro 72,6%): 52,1 (IC95%: 51,09-53,09). Rango por cupos: 26,7 a 77,5%. Se identifican tres cluster: Cluster 1: 9 cupos 32,58% (DE 3,12); Cluster 2: 24 cupos: 46,82% (DE: 3,77); Cluster 3: 28 cupos: 62,48% (DE: 6,76). Ajustados por edad y sexo, los paciente que pertenecen a los cupos de mejor control tienen una probabilidad 2,24 veces superior de tener controlada la PA (OR: 2,24 (IC95%: 2,07-2,43)).

Conclusiones: Existe una gran variabilidad por cupo médico en el control de la hipertensión. Se detecta un grave problema de equidad.

10/612. PERFIL DEL PACIENTE CUIDADOR A PARTIR DE UN ESTUDIO DE PREVALENCIA DE ACONTECIMIENTOS VITALES

M. Romacho Canudas^a, S. Membrilla Pastor^a, J. Llopis Marín^b y M. Acosta García^b

^aCAP Ramona Vía. El Prat de Llobregat; ^bUniversidad de Almería.

Objetivos: Pretendemos motivar al personal sanitario a la codificación de acontecimientos vitales (código Z; factores ambientales y circunstanciales) que conlleven malestar emocional y reflejar en la Historia Clínica el contexto bio-psico-social de paciente, permitiéndonos conocer el perfil cuidador.

Metodología: Estudio descriptivo transversal. Revisión de 408 historias clínicas de pacientes de un centro urbano de El Prat de Llobregat y registro de acontecimientos vitales. Variables utilizadas: sexo, rango edad, acontecimientos vitales (problemas económicos, acultura, problemas de pareja, duelo, problemas laborales, cuidador), trastornos mentales asociados (adaptativo, ansioso, depresivo, o no asociación). Se aplica el programa SPSS V15.0 y análisis de variables ANOVA.

Resultados: Edad media de los pacientes 63,5 años. Mujeres 67,4%, por rangos de edad: 15-35 años 22,3%, 36-45a 6,6%, 46-65a 19,1%, mayores de 65a (52%). Acontecimientos vitales más prevalentes: perfil cuidador 36,5%, ingresos bajos 30,4%, duelo 10%, adaptación cultural 7,6%. Destaca la no asociación a trastorno mental en un 59,1%, trastornos adaptativos 22,3%, trastornos depresivos 14,5%.

Conclusiones: Nuestro perfil de paciente a partir del Registro de acontecimiento vital es: una mujer de 63,5a, cuidadora, y que no asocia trastorno mental. Motivar al registro del acontecimiento vital permite reflejar en la historia el contexto biopsicosocial del paciente y evitar la psiquiatrización de "la vida misma".

10/627. ESPIROMETRÍA NORMAL EN FUMADORES: ¿PACIENTE SANO O EN RIESGO DE ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA?

L. García-Giralda Ruiz^a, J. Alfaro González^b, I. Casas Aranda^a, E. Andérica Alejo^a, G. Garcés Egea^a y D. Buendía Marín^a

^aCS Murcia-Centro. Murcia; ^bCS Archena. Murcia.

Objetivos: Valorar si la clasificación como normal o en riesgo de EPOC de un paciente mayor de 40 años, fumador, índice acumulado superior a 10 paquetes/año, espirometría normal, influye en la motivación del paciente para dejar de fumar.

Metodología: Estudio epidemiológico transversal con intervención y grupo control donde se analizan variables sociosanitarias correspondientes a 102 fumadores, con espirometría forzada normal (FEV1/FVC > 70%, FVC y FEV1 > 80%), síntomas respiratorios de EPOC y grado de dependencia tabáquica; asignándolos consecutivamente al grupo denominado de espirometría normal y al grupo intervención, denominado de “riesgo para EPOC”.

Resultados: Pacientes asignados alternativa y consecutivamente a ambos grupos del estudio. No existen diferencias significativas en el test de dependencia de Fagerström (dependencia tabáquica moderada) entre ambos grupos de estudio (6 puntos en grupo intervención y 5 en el control; diferencia relativa de 9,09, t-Student 0,89 para varianzas homogéneas). Sí hay diferencias significativas en el grado de motivación para dejar de fumar (test de Richmond con valor de 5,7 para el grupo intervención y 3,9 para el grupo control; $p < 0,001$ con diferencia relativa de 46,5% para t-Student 3.281 con varianzas homogéneas).

Conclusiones: Puesto que no existen criterios que definan qué fumadores van a desarrollar EPOC y cuáles no, deberíamos usar sistemáticamente la 5ª categoría de EPOC recogida en la guía GOLD 2001, que define como paciente en riesgo de EPOC a fumadores con espirometría normal, porque induce una motivación añadida para dejar el tabaco, principal factor de riesgo para EPOC.

10/638. ESTUDIO ADEPOCLE: ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO DE LA EPOC EN ATENCIÓN PRIMARIA EN LA PROVINCIA DE LEÓN

A. Díaz Rodríguez^a, O. Mahmoud Atoui^a, D. Fierro González^b, M. Torres González-Zabaleta^a, C. Minniti^a y M. García García^a

^aCS Bembibre. León; ^bCS Valderas. León.

Objetivos: Estimar el % pacientes con EPOC que reciben tratamiento correcto según las Guía SEPAR 2008 y correlacionarlo con la gravedad de la EPOC. Conocer el N° fármacos prescritos, % actividades preventivas, % pacientes adiestrados para el manejo de inhaladores, N° reagudizaciones y N° ingresos en el último año.

Metodología: Estudio epidemiológico, transversal, multicéntrico, realizado en atención primaria con pacientes > 45 años diagnosticados de EPOC en la provincia de León. Muestreo aleatorio simple. Se consideró EPOC leve cuando el FEV1 postbroncodilatador 80%, moderada ($\geq 50\%$ y $< 80\%$), Grave ($\geq 30\%$ y $< 50\%$) y muy grave ($< 30\%$). Los resultados se expresan en porcentajes y valores absolutos con un IC95%.

Resultados: N = 411 (85% varones, edad: $69,25 \pm 9,66$ años, 58,2% ámbito rural, 30% fumadores, 57% exfumadores. Media paquetes/año: $28,47 \pm 18,45$). Recibieron tratamiento antitabáquico: 20,4%, oxigenoterapia domiciliaria: 28,2%, inmunización correcta: 92%. Consumo medio de fármacos 3,42 (3,30-3,42) aumentando con la gravedad hasta 5 (4,02-5,98), $p < 0,000$. Están correctamente tratados el 38,9%, con una correlación positiva entre adecuación del tratamiento y gravedad de EPOC ($p < 0,0001$). El adiestramiento en el uso de inhaladores y el seguimiento lo realizan mayoritariamente los MF (44% y 68%). Reagudizaciones: $1,8 \pm 1,83$, N° ingresos: $0,77 \pm 1,14$. Existe una correlación positiva entre el la gravedad y el N° de paquetes/año ($p < 0,0001$), con las reagudizaciones ($p < 0,01$), ingresos hospitalarios ($p < 0,001$) y necesidad de oxigenoterapia domiciliaria ($p < 0,01$).

Conclusiones: La mayoría fuman o han fumado, están correctamente inmunizados, consumen 3,42 fármacos, existiendo una correlación significativa entre la gravedad del EPOC y la adecuación en el tratamiento, aunque dos tercios de los pacientes no reciben el tratamiento adecuad, existiendo un amplio margen de mejora.

10/649. HIPOGONADISMO DE INICIO TARDÍO Y SÍNDROME METABÓLICO

E. Almenar Cubells, A. Soler Diego, J. Gregori Romero, E. Hernández Hernández y R. Carratala Huesa

CS de Benifaio. Valencia.

Objetivos: Estudiar la prevalencia de Hipogonadismo de inicio Tardío (HIT) y Síndrome Metabólico (SM). Describir las características de estos pacientes.

Metodología: Estudio transversal descriptivo realizado en los pacientes varones mayores de 50 años cuya tarjeta sanitaria terminaba 5-6-7 de un cupo médico que acudieron a consulta médica durante 3 meses y dieron su consentimiento informado. Se realizó a cada paciente el test AMSS para el cribado de las HIT y el nivel de testosterona total y para el diagnóstico de síndrome metabólico se emplearon los criterios de la International Diabetes Federation (IDF).

Resultados: Estudiamos a 55 pacientes cuya edad media de 67 (DE 9,5) años con un rango entre 50-87 años los resultados del test de AMSS con las siguientes puntuaciones menor de 26 el 21,8%; 27-36 HIT leve 36,4%; 37-49 HIT moderada 16,4%; 49-70 HIT severo 25,5%. Los niveles de testosterona total fueron patológicos en el 23,6%. Síndrome metabólico fue el 61,8% del total; síndrome metabólico y HIT leve el 20%; síndrome metabólico y HIT moderado el 10,9%; síndrome metabólico y HIT severo 16,4%.

Conclusiones: Para llegar al diagnóstico de HIT tendríamos utilizar el nivel de testosterona libre. El síndrome metabólico puede influir en el HIT por lo que deberíamos realizar una búsqueda activa. Debiéndose abordar ambas patologías desde Atención primaria.

10/673. PARTE DE LESIONES: ¿OBLIGACIÓN ASISTENCIAL, ÉTICA O LEGAL? ¿CÓMO LOS UTILIZAMOS EN ATENCIÓN PRIMARIA?

A. Pujades Aparicio^a, S. Otero^b, J. Molina^a, M. Serra Bartual^a, J. Martínez Bonete^a y C. Estelles Dasi^a

^aCS Economista Gay-Tendentes. Departamento La Fe. Valencia; ^bHospital La Fe. Valencia.

Objetivos: Describir la utilización del Parte de Lesiones (PL) durante 2002-2009 en un Equipo de Atención Primaria (EAP) antes y después de revisar su cumplimentación.

Metodología: Diseño: estudio observacional, descriptivo, transversal. Ámbito de estudio: EAP urbano sin atención continuada. Sujetos: definimos como sujetos los PL utilizados. Mediciones: revisamos datos cumplimentados en PL manuales (PLm) en 20 Áreas de Salud de Comunidad Valenciana (2002-2004), informamos de resultados -sesiones clínicas, comunicación, posters-, elaboramos PL informatizado (PLi) ABUCASIS- (2005), revisamos utilización tras intervención (2009).

Resultados: 2 modelos: -PLm: utilización decreciente desde 2006 -0% en 2009-. No hay datos de institución en 23,2%, del médico en 15,4%, ni del destinatario en 87,5%; hay datos del lesionado, descripción del suceso y de lesiones en 100%, la asistencia prestada en 7% y el tratamiento prescrito en 0%; pronóstico en 100%. Ante malos tratos, mordeduras, muertes no naturales: PLm. -PLi: utilización creciente desde 2006 -100% en 2009-. Contienen: datos de institución, médico y lesionado, descripción del suceso, reconocimiento (descripción de la lesión, asistencia prestada, tratamiento prescrito) y destinatario; no contienen pronóstico. Bilingües.

Conclusiones: 1. Utilización desigual, incorrecta y/o incompleta cuando se utilizan PLm; igual, correcta y completa cuando se utilizan PLi: obligación asistencial utilizando el formato más adecuado en la primera asistencia. 2. Deberíamos emitir PL ante la menor sospecha en AP: en ocasiones constituye la única prueba de las lesiones sufridas: obligación ética y legal.

10/691. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD Y ÉXITO EN LA CESACIÓN TABÁQUICA

M. Úbeda Costela^a, I. Anza Aguirrezabala^a, F. Espí Martínez^b, H. Muñoz Jiménez^c, J. Fontoba Ferrándiz^d y E. Casado Galindo^a

^aMF. Gerencia Área III de Salud Lorca. Murcia; ^bMedicina Interna. Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia; ^cFarmacéutica Investigadora. Gerencia Área III de Salud Lorca. Murcia; ^dEnfermero. CSP Alcoy. Alicante.

Objetivos: Valorar la calidad de vida en pacientes que reciben tratamiento antitabáquico financiado y relacionarlo con la cesación.

Metodología: Estudio transversal observacional. Pacientes: fumadores del área de salud que acuden a consulta. Captación, indicación y soporte terapéutico por el médico de familia natural de los pacientes. Registro clínico en la historia clínica informatizada siguiendo el protocolo de atención al fumador. Pasado un año tras la captación se ha realizado una encuesta telefónica, recogiendo información sobre cesación, seguimiento, calidad de vida mediante el cuestionario SF-12. Los datos volcados en cuestionario electrónico, se han analizado en SPSS.

Resultados: Pacientes entrevistados: 503, 293 hombres y 210 mujeres. Patologías prevalentes, HTA: 13%, diabetes: 6,6%, dislipemia: 21,7%, psicopsiquiátricos: 16,8%, digestivos: 20%, otros: 51,2%. Tratamientos suministrados, sust. de nicotina: 13, bupropión: 25, vareniclina: 469 (93,24%). Cesan 316 (62,83%), abstinentes a 3 meses 236 (46,92%), a 6 meses 165 (32,8%) y a 12 meses 118 (23,46%). La percepción de salud general (0-100) es 83,08 entre abstinentes 12 meses y de 73,54 entre el resto $p = 0,021$, siendo también mejores el rol y la función físicas, el rol emocional y la salud mental, no significativamente diferentes el dolor corporal, la vitalidad y la función social.

Conclusiones: La calidad de vida relacionada con la salud en este colectivo muestra diferencias significativas en la percepción general de salud, en los aspectos físicos, mentales y emocionales. El componente físico puede establecerse como beneficio de la cesación, más difícil es explicar la relación entre los componentes emocional y de salud mental con la cesación continuada, como producto de la cesación, o como condicionante de ésta.

10/692. CESACIÓN TABÁQUICA, PACIENTES Y MÉDICOS EN LOS CENTROS DE SALUD

F. Espí Martínez^a, I. Anza Aguirrezabala^b, M. Úbeda Costela^b, H. Muñoz Jiménez^c, J. Fontoba Ferrándiz^d y E. Casado Galindo^b

^aMI. Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia; ^bMF. Gerencia del Área III de Salud Lorca. Murcia; ^cFarmacéutica Investigadora. Gerencia Área III de Salud Lorca. Murcia; ^dEnfermero. CSP Alcoy. Alicante.

Objetivos: Conocer las características de los pacientes, contactos y la valoración del papel del médico de primaria en la cesación.

Metodología: Estudio transversal observacional. Pacientes: fumadores del área de salud que acuden a consulta. Captación, indicación y soporte terapéutico por el médico de familia natural de los pacientes. Registro clínico en la historia clínica informatizada siguiendo el protocolo de atención al fumador. Un año tras la captación se ha realizado una encuesta telefónica, recogiendo información sobre cesación, seguimiento, calidad de vida, y un cuestionario sobre contactos y satisfacción del paciente. Los datos volcados en cuestionario electrónico, se han analizado en SPSS.

Resultados: Pacientes entrevistados: 503, 293 hombres y 210 mujeres. Consumo medio $24,91 \pm 12,35$, edad de comienzo $16,61 \pm 6,53$, años de consumo $20,05 \pm 15,48$, intentos previos de abandono $1,77 \pm 2,26$. Fagerström: $4,4 \pm 3,6$. Richmond: $3,76 \pm 3,45$. Trata-

mientos suministrados, sust. de nicotina: 13, bupropión: 25, vareniclina: 469 (93,24%). De éstos, 155 (33%) informan de efectos secundarios, y 67 abandonan el tto. Media de días de tratamiento: $35,86 \pm 35,12$. Cesan 316 (62,83%), abstinentes 3 meses: 236 (46,92%), 6 meses: 165 (32,8%) y 12 meses: 118 (23,46%). La información (1-5: 3,96), motivación (1-5: 3,78), apoyo (1-5: 3,82) proporcionados por el médico son superiores (N/S) en los que cesan que entre los que no cesan. Son significativamente superiores entre cesantes las visitas previas (1,24-0,97), entre abstinentes a 3 meses las visitas sucesivas (3,13-1,56) y entre abstinentes a 12 meses la satisfacción con el médico (1-5: 4,40-4,14).

Conclusiones: El papel del médico es importante en los pacientes que consiguen cesar de fumar. La satisfacción de los pacientes es superior y las visitas de seguimiento son más numerosas en los que completan el tratamiento en abstinencia.

10/708. ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO PARA DETERMINAR LA INTERFERENCIA DEL DOLOR NEUROPÁTICO EN LA CALIDAD DE VIDA EN ATENCIÓN PRIMARIA: DOLATE

E. Blanco Tarrío^a, R. Gálvez Mateos^b, E. Zamorano Bayarri^c y M. Pérez Páramo^d

^aCS Bejar. Salamanca; ^bHospital Virgen de las Nieves. Granada; ^cCAP Sant Antoni de Vilamajor. Barcelona; ^dUnidad Médica Pfizer España. Madrid.

Objetivos: Determinar las características del dolor neuropático (DN) y su interferencia en la calidad de vida.

Metodología: Estudio observacional, prospectivo y multicéntrico realizado en Atención Primaria. En fase-I se registraron pacientes mayores de 18 años atendidos por dolor de cualquier origen. 792 médicos evaluaron 16.115 pacientes. Para determinar la prevalencia del DN se utilizó la escala DN4. En fase-II fueron reclutados 3.836 pacientes con puntuación DN4 =4. La intensidad y la interferencia en las actividades de la vida diaria se midieron con el SF-CBD. Los seleccionados cumplieron criterios de inclusión y dieron su consentimiento informado. El periodo de estudio fue marzo a noviembre 2008, aprobado por el CEIC del Hospital Virgen de las Nieves de Granada.

Resultados: Se incluyeron en fase-I 8.960 (55,6%) mujeres y 7.155 (44,4%) hombres con una media de edad de $55,7 (\pm 16,1)$ años. La prevalencia del DN fue 45,7% (N = 7.327). En fase-II se evaluaron 3.516 (91,7%) sujetos, que llevaban $1,1 (\pm 1,9)$ años con dolor. El 54,1% padecían radiculopatía, 17,9% neuralgias y 13,1% neuropatías. La puntuación media máxima en la "Intensidad del dolor" fue 7,4; la media en "Interferencias en las actividades" fue $6,2 (\pm 1,9)$ y el porcentaje mayor o igual a 5 fue 82,4%.

Conclusiones: El DN tiene una elevada prevalencia en Atención Primaria (45,7%) y los pacientes llevaban más de un año con dolor. La intensidad del dolor fue severa o muy severa e interfería de manera significativa en la calidad de vida.

10/728. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE UNA UNIDAD DE CIRUGÍA MENOR DE ATENCIÓN PRIMARIA

A. Fernández de Peñaranda Cervantes

Unidad Docente de Atención Familiar y Comunitaria de Guadalajara.

Objetivos: Analizar los factores que influyen en el correcto funcionamiento de la unidad de cirugía menor de un área de salud de atención primaria para así poder implantar una estrategia de mejora.

Metodología: Mediante una herramienta denominada DAFO, siglas que expresan Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades, se hace un análisis de la situación actual de una unidad de ci-

rugía menor de atención primaria que se puso en funcionamiento en el año 2006.

Resultados: Siendo las Fortalezas y las Debilidades variables controlables (de la organización) y las Amenazas y Oportunidades variables no controlables (del entorno), definimos: -Fortalezas: quirófano equipado donde se centraliza toda la cirugía menor, personal de la propia gerencia formado específicamente (5 médicos y 5 diplomados en enfermería), posibilidad de formación de profesionales del área mediante reciclajes y talleres, para implantar la cirugía menor en sus centros de trabajo. -Debilidades: sistema de derivaciones de pacientes poco funcional, sin cribado previo, ni correcta información del proceso. -Amenazas: crisis económica (gasto del personal) que puede poner en peligro la continuidad de la unidad. -Oportunidades: disminución del gasto por proceso al disminuir las derivaciones a hospital.

Conclusiones: Debemos reducir el gasto para adaptarnos a la situación de crisis, por ejemplo, disminuyendo la oferta de procesos. Por otro lado se está llevando a cabo un cribado de los volantes de derivación seleccionando los procesos más importantes rechazando los más banales; aunque deberíamos seguir trabajando para mejorar el circuito de derivación.

10/731. ANÁLISIS DE LAS USUARIAS DE LA ANTICONCEPCIÓN POSCOITAL EN UN CENTRO DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA

M. Tijeras Úbeda, R. Maldonado Herrada, A. Garijo Martínez, J. Mir Ruiz, M. Ayala Maqueda y S. Lucas Cañabate

CS La Cañada. Distrito Sanitario Almería.

Objetivos: Conocer número de usuarias que demandaron anticoncepción de emergencia (AE) en un Centro de Salud (CS) en 2008-2009. Analizar motivo de la solicitud de AE, si la han tomado previamente y tipo de anticoncepción previa.

Metodología: Estudio descriptivo transversal, mediante análisis de todas las fichas de mujeres que solicitaron AE entre 2008-2009, en un CS. Se analizan variables demográficas (edad); referentes al motivo de solicitud de AE (ningún método; rotura preservativo; preservativo retenido; otros) referentes a si la han tomado previamente y referentes al tipo de anticoncepción previa (ninguna; preservativo; hormonal; otros). Se usó el programa estadístico SPSS 15.0 para el análisis descriptivo de frecuencias variables cualitativas.

Resultados: 259 solicitaron AE. 47,5% tenían entre 14-19 años. Método habitual anticonceptivo: 77,2% preservativo; 18,92% ningún método anticonceptivo. El motivo por el que solicitaron AE fue: 82,2% rotura del preservativo; 15,44% no uso de método anticonceptivo. La han solicitado más de una vez 46,7%.

Conclusiones: La juventud de la población femenina que solicitó anticoncepción de emergencia nos indica que el inicio de relaciones sexuales en la actualidad es más precoz, con una inexistencia o mal uso de métodos anticonceptivos. Es conveniente planificar intervenciones en salud sexual en esta población que les ayude a elegir una anticoncepción previa y segura.

10/732. ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS USUARIAS DE LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA EN UN CENTRO DE SALUD SEMIURBANO EN LOS AÑOS 2008 Y 2009

M. Tijeras Úbeda, R. Maldonado Herrada, A. Garijo Martínez, L. Linares Morales, S. Lucas Cañabate y M. Ayala Maqueda

CS La Cañada. Distrito Sanitario Almería.

Objetivos: Analizar diferencias del porcentaje de usuarias de anticoncepción de emergencia (AE), motivo de solicitud de AE, toma previa AE y tipo de anticoncepción previa, entre los años 2008-2009.

Metodología: Estudio descriptivo transversal, mediante análisis de todas las fichas de mujeres que solicitaron AE entre 2008-2009, en un CS semiurbano. Se analizan variables referentes al: año y trimestre que solicita AE; demográficas (edad); motivo de solicitud AE (ningún método; rotura preservativo; preservativo retenido; otros); si la han tomado previamente y tipo de anticoncepción previa (ninguna; preservativo; hormonal; otros). Se usó el programa estadístico SPSS 15.0 para el análisis descriptivo de frecuencias variables cualitativas.

Resultados: 259 solicitudes de AE; Aumentó la solicitud de AE un 18,21% del 2008 al 2009. En el cuarto trimestre disminuyó de un 17,4% 2008 a un 12,7% en 2009. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas $p < 0,05$. Aumento del 12% 2008 al 35,5% 2009 la solicitud de AE en las mujeres (14-19 años). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas $p < 0,001$. El 8,8% mujeres (14-19 años) el motivo de solicitud AE fue "ningún método". No se encontraron diferencias estadísticamente significativas con respecto al tipo de anticoncepción previa o la toma previa AE.

Conclusiones: Existe un aumento de la solicitud de AE sobre todo en mujeres de 14-19 años, que alegan en un porcentaje preocupante "no usar método anticonceptivo previo". Sería necesario incorporar actividades preventivas y de promoción de Salud Sexual que potencien el uso previo de métodos anticonceptivos seguros.

Casos clínicos formato oral

10/113. GASTRITIS EOSINOFÍLICA: DIAGNÓSTICO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Y. Flores Grande y C. Castiblanque Ballesteros

CS Miraflores. Alcobendas. Madrid.

Descripción del caso: Se trata de un varón de 26 años, sin historia alérgica previa. Refiere en consulta astenia de cuatro días de evolución, con dolor precordial intermitente, irradiado en cinturón, de minutos de duración sin cortejo vegetativo acompañante y de predominio nocturno. Inició tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos, cediendo parcialmente su sintomatología. Rectorragia tras estreñimiento hace dos días. Ingesta de kiwi previa a la clínica. No refiere otra sintomatología.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración, intensa palidez cutánea, normotenso. Auscultación cardiaca: ausencia de soplos o roce pericárdico. Auscultación pulmonar con murmullo vesicular conservado bilateralmente sin ruidos patológicos. Palpación abdominal no dolorosa con matidez a un centímetro de reborde costal derecho. Ruidos hidroaéreos presentes. Tacto rectal no doloroso con palpación de heces melénicas en ampolla rectal. EGG: sin alteraciones relevantes. Derivado a urgencias hospitalarias por sospecha de hemorragia digestiva alta. En analítica urgente anemia microcítica con Hgb: 9,2 mg/dl e intensa eosinofilia: 17,6% y tacto rectal con dedo de guante limpio. Solicitado estudio endoscópico ambulatorio, informe: descartar esófago de Barrett. Esofagitis grado I/IV. Úlcera duodenal. Toma de Biopsia. Actitud: tratamiento con inhibidor de bomba de protones durante cuatro semanas con control analítico (normalización de niveles de hemoglobina) y endoscópico: cardias con mucosa ectópica compatible con Barret. Mucosa cardio-esofágica con lesiones de carditis por reflujo. Ausencia de metaplasia enteróide, de displasia y de microorganismos compatible con *H. pylori*. Con juicio clínico: anemia por

hemorragia digestiva alta secundaria a gastroerosivos en paciente fue citado para control, endoscópico en seis meses. En último control endoscópico: mucosa gastroesofágica con inflamación marcada, con formación de un folículo linfoide e infiltración por eosinófilos. No hay metaplasia intestinal ni cambios displásicos. No hongos.

Juicio clínico: Probable HDA secundaria a gastritis eosinofílica (¿alimentosa?).

Diagnóstico diferencial: Parasitosis, síndrome hipereosinofílico idiopático, mastocitosis sistémica, enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedad celíaca, linfoma intestinal.

Comentario final: La gastritis eosinofílica es una enfermedad rara, menos de 300 casos descritos en la literatura mundial. Debe ser considerada entre las diferentes causas de un abdomen agudo. El diagnóstico se hace por exclusión y con confirmación histológica. Atención especial al diagnóstico diferencial con infestaciones parasitarias, consumo de fármacos y enfermedades asociadas. Tratamiento de primera línea: corticoides, aún sin evidencia científica acerca de los beneficios de ningún grupo farmacológico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ruiz Montes F, René Espinet J, Rubio Caballero M. Gastroenteritis eosinofílica: Revisión de los casos publicados en España y comparación con la literatura extranjera. *Rev Esp Enferm Dig.* 1992;81:270-9.
2. Cazaña JL, Blanco Guerra C, Crespo JF, Contreras J, Martínez Alzamora F. Gastritis Eosinofílica: resolución espontánea. *Rev Esp Enferm Dig.* 1996;82:51-2.
3. Remacha Tomey B, Palau A, Colom J, Ripollés V. Gastroenteritis eosinofílica. *An Med Interna (Madrid).* 1998;15:554-9.
4. Rodríguez Leal C, Tinoco Racero I, Téllez Pérez F, Girón González JA. Gastroenteritis eosinofílica. *Medicine.* 2000;8:238-41.
5. Cervantes X, Vidal A. Dolor epigástrico crónico en un varón de 18 años. *Med Clin (Barc).* 1997;108:750-6.
6. Chuan-Mo L, Chi-Sin C, Pang-Chi C, Deng-Yn L, I-Shyan S, Chia-Siu W, et al. Eosinophilic Gastroenteritis: 10 years experience. *Am J Gastroenterol.* 1993;88:70-3.
7. Soriano Izquierdo A, Sans Cuffi M, Elizalde Frez JI, Bessa Caserras X. Gastritis y gastropatías. *Medicine.* 2000;8:62-8.

10/199. PARESTESIAS Y MGUS EN MENORES DE 50 AÑOS

B. Rivero Sierra^a y F. Gómez Molleda^b

^aCS Cazoña-Peñacastillo. Santander. Cantabria; ^bCS Bajo Asón. Limpías. Cantabria.

Descripción del caso: *Caso 1:* Mujer, 47 años, parestesias en manos y zona cervical. AP: dermatitis de contacto, rosácea, HTA, Ac antiperoxidasa positivos, valorada en neurología por mareos. *Caso 2:* Varón, 49 años, parestesias en manos tras un cuadro gripal. AP: síndrome de Miller Fisher (oftalmoplejía, ataxia y arreflexia). *Caso 3:* Mujer, 29 años, crisis de ansiedad y acorchamiento de manos. AP: 4 embarazos: IVE por síndrome de Potter (agenesia renal), un parto eutócico con disgenesia renal, un aborto espontáneo y un RN vivo con hipospadias. CIN III. Pérdida de visión en 2005 atribuido a migraña oftalmológica. Cuadro ansioso depresivo. *Caso 4:* Mujer, 44 años, nevrosismo, sensación de frío en manos y cara y menopausia precoz.

Exploración y pruebas complementarias: *Caso 1:* Normal. Se solicita analítica con serología de hepatitis, hormonas tiroideas y proteinograma, apareciendo MGUS IgM Kappa. *Caso 2:* Arreflexia generalizada e hipoestesia en guante y calcetín con la marcha normal. Nistagmus horizontal. Visión borrosa. Proteinograma con MGUS IgM Kappa. *Caso 3:* Sensación de acorchamiento permanente en dedos grueso de los pies pero no permanente en manos. Proteinograma con MGUS IgG Lambda. *Caso 4:* Proteinograma con MGUS IgG Lambda.

Juicio clínico: *Caso 1:* MGUS IgM kappa con polineuropatía asociada por anticuerpos anti-MAG. *Caso 2:* Hematología y Neurología hallan títulos de GM2 y GD1b diagnosticándolo de CANOMAD (Chronic Ataxic Neuropathy Ophthalmoplegia IgM paraprotein Cold Agglutinins Disialosyl antibodies). *Caso 3:* MGUS IgG Lambda asociado a gestante de fetos con malformaciones genitourinarias y pérdida de visión unilateral no fliada. *Caso 4:* MGUS IgG Lambda sin clínica.

Diagnóstico diferencial: El diagnóstico diferencial de estas polineuropatías periféricas se ha de realizar con las entidades más prevalentes en esas edades. Neuropatías de causa reumatológica, secundarias a fármacos o a diabetes serían los principales diagnósticos diferenciales. La historia y la analítica nos permiten descartarlas.

Comentario final: La frecuencia de MGUS (Gammapatía Monoclonal de Significado Incierto) en menores de 50 años es de alrededor del 1%. Hemos realizado 437 proteinogramas a menores de 50 años obteniendo una frecuencia del 0,92%. El uso del proteinograma es fundamental ante una clínica parestética.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ramchandren S, Lewis RA. Monoclonal gammopathy and neuropathy. *Curr Opin Neurol.* 2009;22:480-5.
2. Kyle RA, Therneau TM, Rajkumar SV, Larson DR, Plevak MF, Offord JR, et al. Prevalence of monoclonal gammopathy of undetermined significance. *N Engl J Med.* 2006;354:1362-9.

10/240. ALERGIA ALIMENTARIA. EOSINOFILIA

F. Gómez Molleda^a y B. del Rivero Sierra^b

^aCS Bajo Asón. Cantabria; ^bCS Cazoña. Cantabria.

Descripción del caso: Mujer de 36 años, sana, AP: G2A0V2. Desde principios de 2005 comienza con prurito generalizado sin lesiones cutáneas, astenia y dolores abdominales inespecíficos que en una ocasión se manifiesta como dolor abdominal cólico de intensidad moderada-severa que limita su ritmo de vida durante más de 24 h, no náuseas ni vómitos, no alteración del ritmo intestinal, no síntomas urinarios. Su médico solicita analítica con hemograma, bioquímica y orina. Aparece eosinofilia importante (del 18%), siendo el resto de la analítica normal. Dado que la paciente no tiene antecedentes alérgicos comienza estudio de la eosinofilia.

Exploración y pruebas complementarias: Se realiza Rx de senos paranasales para descartar sinusitis crónica, es normal. Rx de tórax para ver posible afectación pulmonar, es normal. Se repite hemograma y se confirma la eosinofilia, ahora de 20%, resto de fórmula leucocitaria es normal. Se determinan parásitos en heces en 3 ocasiones, que son negativas. Coprocultivo negativo, flora mixta. Se revisa la fórmula de sangre periférica por el servicio de hematología para descartar proliferación anómala, es negativo. Se deriva a la paciente al servicio de alergología del hospital Marqués de Valdecilla para estudio de eosinofilia, donde se realizan pruebas cutáneas de los alérgenos más frecuentes siendo negativo para todos ellos salvo para el anisakis. Se confirma mediante pruebas de inmunología, aumento de Ig E total y clase 5 para Ig específica para anisakis.

Juicio clínico: Alergia alimentaria al anisakis.

Diagnóstico diferencial: Enfermedades dermatológicas de tipo autoinmune (psoriasis, pénfigos). Enfermedades respiratorias de tipo alérgico: asma. Sinusitis. Churg-Strauss, periarteritis nodosa, sarcoidosis. Nefritis intersticial. Hemopatías como leucemia mieloide crónica, policitemia vera. Infecciones bacterianas, micóticas o parasitarias. Síndromes paraneoplásicos de linfomas T, Hodgkin o carcinomas mucoscretorios. Yatrogénica por medicamentos como salicilatos.

Comentario final: A finales de 2005 se diagnostica de intolerancia al anisakis retirándose todo tipo de pescado de la dieta de la paciente, sólo podrá consumir pescado ultracongelado. Se repiten pruebas en unos meses, en el hemograma la eosinofilia se ha normalizado, la Ig E total esta en valores normales y la Ig específica

para anisakis ha disminuido (niveles clase 4). Desaparecen los dolores abdominales y el prurito general. Aparece alguna lesión cutánea aislada de tipo eczematoso. En 2009 la paciente comienza a consumir pescado congelado en domicilio y vuelven los síntomas digestivos. Ante una ingesta puntual de pescado fresco, presenta dolor cólico abdominal de intensidad elevada que dura 48 h. En analítica la eosinofilia vuelve a ser de más del 16% por lo que se retira nuevamente y de forma crónica el consumo de pescado. A los 4 meses de la retirada, la analítica es normal. Pendiente de resultados de IG E total y específica para anisakis.

BIBLIOGRAFÍA

1. Audicana MT, Kennedy MW. Anisakis simplex: from obscure infectious worm to inducer of immune hypersensitivity. *Clin Microbiol Rev.* 2008;21:360-79.
2. Daschner A, De Frutos C, Valls A, Vega de la Osada F. Different clinical presentation of Anisakis simplex associated urticaria is dependent on the frequency of raw fish intake. *Allergol Immunopathol (Madr).* 2010;18.

10/272. GINGIVORRAGIA Y HEMATOMAS DE 24 HORAS DE EVOLUCIÓN

C. Pardo Tomás^a, L. Roig Fernández^b, C. Calzado Sánchez-Elvira^a, A. Gómez Gras^c, I. Ortiz de Saracho y Sueiro^b y N. Antón Tavira^a

^aCS San Juan de Alicante. Alicante; ^bCS Parc Lo Morant. Alicante; ^cCS San Vicente del Raspeig. Alicante.

Descripción del caso: Paciente de 40 a. Desde hace 24 horas episodios de epistaxis y gingivorragia espontánea moderada y desde hace 12 h, presencia de algunos hematomas de predominio en EEII. No refiere episodios de sangrado en otras localizaciones. Hace una semana cuadro catarral tratado con paracetamol y antibióticos.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general. Consciente y orientado. PA de 160/80 mmHg. T^a 37o. FC 80 lpmr. Presencia de hematomas en piernas, abdomen y brazos en diferente estado evolutivo. Exantema petequeal en cavidad orofaríngea. No adenopatías en cuello, axilas ni ingles. N/A cardiopulmonar. Abdomen normal sin megalias. Resto normal. Complementarias: Hb 10. H 3,8 × 10⁶. Pla: 42.000. Leuc: 15.000. Coagulación: TP 22,8. I. de Q: 41%. Fibrinógeno: 1,02 g/l. Dímero D positivo. Frotis de sangre periférica: 83% de blastos de morfología mielóide. Ingreso en S de Hematología. Aspirado medular: 95% de células blásticas de tamaño grande y núcleo multilobulado.

Juicio clínico: Leucemia aguda (LA) de morfología M3 variante de la clasificación FAB (franco americano británico).

Diagnóstico diferencial: Se deberá hacer con la leucemia linfoblástica aguda ya que comparten muchas características clínicas, así como de las distintas formas de la LLA según el fenotipo inmunológico. Dentro de las LMA, la colaboración franco-anglo-americana ha descrito siete subtipos anatomopatológicos según el grado de maduración y diferenciación de las células predominantes hacia granulocitos, monocitos, eritrocitos o megacariocitos. Hay una forma de LLA, la L2 cuya distinción con la forma M1 sin maduración de la LMA es muy difícil de realizar.

Comentario final: La sospecha diagnóstica inicial es que se trata de una LA. El dato guía lo aporta el frotis de sangre periférica donde se advierte la presencia de células blásticas inmaduras. La confirmación nos la da el aspirado medular (células blásticas de tamaño grado y núcleo multilobulado).

BIBLIOGRAFÍA

1. Erslv AJ, Soltan A. LLA -A review. *Blood Rev.* 1996;10:20-8.
2. Ruiz Argüelles G. Fundamentos de Hematología. Mexico: Editorial Médica Panamericana, 2003:185-202.
3. Bowen D, Culligan D. Guidelines for the diagnosis and therapy of adult myelodysplastic syndromes. *Br J Haematology.* 2003;120:187-200.

4. Vallespi M, Feneaux P. Diagnosis, classification and cytogenetics of myelodysplastic syndromes. *Haematologica.* 1998;83:258-75.

10/273. TROMBOFLEBITIS VENA MAMARIA (ENFERMEDAD DE MONDOR)

C. Pardo Tomás^a, L. Roig Fernández^b, C. Calzado Sánchez-Elvira^a, A. Gómez Gras^c, L. Ortiz de Saracho y Sueiro^b y J. Berenguer Blay^c

^aCS San Juan de Alicante. Alicante; ^bCS Parc Lo Morant. Alicante; ^cCS San Vicente del Raspeig. Alicante.

Descripción del caso: Mujer de 42 años que refiere hace unos días dolor en región anterior del hemitórax derecho y mama del mismo lado al rozar con el brazo, encontrándose al explorarse la mama una especie de cordón doloroso que se acentuaba con la hiperextensión del brazo ó al comprimir la mama. No refiere fiebre ni antecedentes de trauma por lo que acude a consulta de AP.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general y no sensación de enfermedad. En la exploración general no se advierten alteraciones en órganos y sistemas. No adenopatías en cuello, fosas supraclaviculares ni axilas. La exploración de mamas advierte: mama izquierda: aspecto normal. Pezón centrado y areola mamaria hiperpigmentada. No se palpan induraciones. Mama derecha: se palpa una especie de nódulo y trayecto doloroso (como cordón) de unos 3-4 cm, móvil y no adherido. No se aprecian cambios de coloración ni aumento de la temperatura local. No retracción del pezón ni induraciones. Al elevar la mama aparece dolor y la induración se hace mas manifiesta. Los datos de laboratorio no señalan anomalía alguna. Coagulación y fibrinógeno normales. Radiografía del tórax normal. Mamografía: parénquima mamario de densidad radiológica intermedia, sin observar signos de malignidad. No se aprecian formaciones nodulares ni quísticas. Ecografía: en la línea intercuadrática externa de la mama derecha se aprecia una estructura vascular subcutánea que no presenta flujo, sugestivo de tromboflebitis.

Juicio clínico: Enfermedad de Mondor (tromboflebitis de la mama derecha).

Diagnóstico diferencial: A la palpación el d.d. hay que hacerlo con induraciones, cicatrices internas post mastopatías, así como obstrucciones de los conductos excretores de la leche. Hoy día mediante el estudio mixto mamografía-ecografía se puede llegar rápidamente a un diagnóstico exacto.

Comentario final: Le enfermedad de Mondor o tromboflebitis de la vena mamaria es de origen desconocido, existiendo en la actualidad unos seiscientos casos declarados que la mayoría de las veces en cuatro-seis semanas evoluciona favorablemente muchas veces sin medicación y otras veces mediante la toma de antiinflamatorios tipo Ibuprofeno. En este caso a las cuatro semanas la paciente se muestra asintomática, aun cuando se palpa un pequeño nódulo no doloroso.

BIBLIOGRAFÍA

Existen unos setecientos casos descritos de enfermedad de Mondor, la mayoría de ellos descritos en unidades de A.P.

10/355. ICTERICIA COMO FORMA DEBUT DE MONONUCLEOSIS INFECCIOSA

M. Antón Sanz

Médico de Familia. CS Cercedilla. Área 6. Madrid.

Descripción del caso: Mujer de 17 años de edad, sin antecedentes patológicos de interés y sin hábitos tóxicos. Acude a la consulta de Atención Primaria por un cuadro de 10 días de evolución con fiebre termometrada hasta 39 oC acompañada de astenia, dolor abdominal y vómitos. En ningún momento refirió odinofagia. Valorada 7 días antes en el Servicio de Urgencias fue diagnosticada de infección de vías urinarias inferiores pautándose amoxicilina-clavu-

lánico 500 mg cada 8 h. A los 3 días se cambió (también en el servicio de urgencias) a cefixima por mala tolerancia.

Exploración y pruebas complementarias: En la exploración física presenta ictericia de piel y mucosas. Exantema máculo papuloso generalizado pruriginoso. Faringe ligeramente hiperémica sin objetivarse en ningún momento exudado amigdalár. Adenopatías laterocervicales y occipitales, dolorosas a la palpación, móviles de consistencia blanda. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen blando, depresible, dolor a la palpación difusa sin defensa abdominal; más localizado en hipocondrio derecho con hepatomegalia blanda. Puñopercusión bilateral negativa. Se realiza Combour test: en el que el único dato reseñable es bilirrubina +++. Se solicita analítica urgente: pruebas de función hepática: BT 5,39. GPT 398. GGT 592. GOT 432. Hemograma con leucocitos 11,92 con monocitos 15,70. Frotis con linfocitos activados. Serología hepatitis B: AgHBs negativo, antiHBc negativo. CMV IgG e IgM negativos. Paul Bunnell positivo. VEB IgM positivo. VEB IgG negativo. Evolución: a las 48 horas el exantema desapareció. Tras reposo y tratamiento analgésico la paciente mejoró. A las 4 semanas se normalizaron las enzimas hepáticas: GOT/GPT/GGT: 32/26/44. BT 1 mg/dl.

Juicio clínico: Hepatitis colestásica por virus de Epstein Barr (VEB).

Diagnóstico diferencial: Síndromes mononucleósicos. Solicitar anticuerpos heterófilos. Hepatitis. Solicitar serología hepatitis A, B y C. La primoinfección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana puede cursar también como un síndrome mononucleósico.

Comentario final: En Atención Primaria atendemos a diario diversas patologías víricas. La mayoría suelen resolverse de forma espontánea y generalmente sólo requieren tratamiento sintomático. Las más frecuentes son las infecciones de vías respiratorias superiores y gastroenteritis víricas. La mononucleosis es un síndrome vírico un poco menos frecuente pero muy característico, que debemos conocer bien por sus posibles complicaciones. Para el diagnóstico es fundamental la sospecha clínica. Se puede realizar con los medios disponibles en la consulta de atención primaria. Es un síndrome linfoproliferativo autolimitado, causado por el virus de Epstein-Barr. La triada clásica en el 25% de los pacientes es fiebre, odinofagia y adenopatías linfáticas. Se suele acompañar de linfocitosis atípica. Según algunos estudios se ha detectado hepatomegalia en el 12% de los pacientes e ictericia en el 9%. Es una infección más frecuente en la infancia, cursando a esta edad de manera casi asintomática. Pero tiene otro pico en la adolescencia, que es cuando tiene una sintomatología más florida. Por eso debemos tenerla en cuenta, porque puede aparecer en nuestras consultas de atención primaria. No hay evidencia de que el VEB produzca hepatopatía crónica o cirrosis hepática, aunque se han descrito casos de hepatitis granulomatosa. En ocasiones se produce ictericia intensa (como el caso que he presentado) y, excepcionalmente hepatitis fulminante., que puede ser la primera manifestación de la enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Juncadella García E, Caballero Martínez MD, Avilés Cigüña S, et al. Colestasis e infección por el virus de Epstein Barr. *Aten Primaria*. 2004;33:284.

10/376. LA IMPORTANCIA DEL SIGNO CLÍNICO EN ATENCIÓN PRIMARIA

J. Ródenas Aguilar^a, I. Buezo Reina^a, A. Serra Vázquez^a, R. Peinado Guerreño^a, M. Parés Ubach^a y C. Lleal Barriga^b

^aEAP Badalona 6. Llefià; ^bEAP Badalona 2.

Descripción del caso: Mujer de 44 de edad, fumadora de 10 cigarrillos al día, sin alergias medicamentosas conocidas, con antecedentes de hipotiroidismo en tratamiento sustitutivo con tiroxina (25 microgramos/día), hipercolesterolemia en tratamiento con dieta y episodios de cervicalgia de ritmo mecánico atribuidas a

contractura muscular por los que había sido tratada con pautas discontinuas de antiinflamatorios y paracetamol. Acude a la consulta de atención primaria para recoger los resultados de analítica de control de su patología tiroidea. Al final de la consulta y justo antes de marchar, nos refiere que desde hace un mes, al flexionar la cabeza, nota una sensación de descarga eléctrica hacia el brazo izquierdo y dolor cervical leve. No refería alteraciones motoras ni sensitivas ni visuales ni auditivas ni cefalea ni antecedente traumático. Esta sensación había ido disminuyendo progresivamente desde el inicio hasta casi su total desaparición por lo que la propia paciente nos comentó con posterioridad que no le dio importancia y que dudó si nos lo explicaba o no.

Exploración y pruebas complementarias: Estado general conservado, movilidad de columna cervical no limitada, con discreta contractura paravertebral, exploración neurológica normal salvo la aparición al flexionar la columna cervical de signo de Lhermitte hacia brazo izquierdo. El resto de la exploración física fue normal. Dados los antecedentes de cervicalgias no estudiadas previamente, que el signo de Lhermitte se presentaba hacia brazo izquierdo, el tiempo de evolución, la mejoría progresiva y la no existencia de otras alteraciones en la exploración neurológica, decidimos solicitar resonancia nuclear magnética de columna cervical con la sospecha de mielopatía compresiva (hernia discal cervical). El resultado fue: discopatía de predominio C3 y C6, dos focos de hiperseñal en T2 en el cordón medular compatibles con mielitis (en nivel c2-c3 10 mm x 3 mm y en nivel C6 de 5 mm). Se derivó a la paciente para estudio por neurología de forma urgente donde se llevó a cabo el diagnóstico definitivo.

Juicio clínico: Mielitis cervical. Esclerosis múltiple.

Diagnóstico diferencial: Mielopatía compresiva (tumores, abscesos, hernias discales, cervicoartrosis), mielopatía inflamatoria (esclerosis múltiple, mielitis transversa, encefalomiелitis, sarcoidosis, Sjögren, Behçet, latirismo), mielopatías infecciosas (bacterianas, fúngicas, parasitarias, víricas), mielopatías vasculares (isquémicas, vasculitis, malformaciones vasculares), otras (siringomielia, ELA, deformidades vertebrales, desconocidas).

Comentario final: La importancia de la anamnesis y de la exploración física en la atención primaria es fundamental. En nuestro caso clínico, el conocimiento del signo de Lhermitte y la exploración física nos orientó desde el inicio la patología que presentaba la paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. McDonald WI, Compston A, Edan G, Goodkin D, Hartung HP, Lublin FD, et al. Recommended diagnostic criteria for multiple sclerosis: guidelines from the International Panel on the diagnosis of multiple sclerosis. *Annals of Neurology*. 2001;50:121-7.
2. Umehara F, Nose H, Saito M, Fukuda M, Ogino M, Toyota T, et al. Abnormalities of spinal magnetic resonance images implicate clinical variability in human T-cell lymphotropic virus type I-associated myelopathy. *J Neurovirol*. 2007;13:260-7.
3. Fernández de Rota JJ, Meschian S, Fernández de Rota A, Urbano V, Baron M. Cervical spondylotic myelopathy due to chronic compression: the role of signal intensity changes in magnetic resonance images. *J Neurosurg Spine*. 2007;6:17-22.

10/472. SÍNDROME DE LA VENA CAVA SUPERIOR. PRESENTACIÓN DE 5 CASOS

J. Cristóbal Torras^a, M. Torres Lou^a, N. Giménez Gómez^b y M. Saiz Satges^a

^aCAP Rambla. Terrassa. Barcelona; ^bHospital Universitario Mútua Terrassa. Terrassa. Barcelona.

Descripción del caso: El síndrome de vena cava superior (SVCS), es el conjunto de síntomas y signos derivados de la obstrucción parcial o completa de la vena cava superior (VCS)¹. Se describen 5

Tabla 1 Características clínicas de los pacientes con SVCS

	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5
Edad	68	41	64	59	93
Sexo	Hombre	Mujer	Hombre	Hombre	Mujer
Patología	CNMP	LNH	CMP	Neoplasia suelo boca	Bocio endotorácico
Diagnóstico	Rx. tórax	Rx. tórax	Rx. tórax	Rx. tórax	Rx. tórax
Síntomas	Tos y disnea	Disnea	Tos, disnea y expectoración hemoptoica	Dolor facial	Tos
Signos	Edema en esclavina y circulación colateral	Edema periorbitario	Edema en esclavina y circulación colateral	Edema facial	Edema facial
Tratamiento	QT y RT	QT y RT	QT y RT	Exéresis tumoral, QT, RT	Exéresis bocio
T. SVCS	Stent VCS	No	Stent VCS	No	No
Evolución	Exitus	En tratamiento	Exitus	Exitus	Curación

CMP: carcinoma microcítico de pulmón, CNMP: carcinoma no microcítico de pulmón, LNH: linfoma no Hodgkin, QT: quimioterapia, RT: radioterapia.

casos (3 hombres y 2 mujeres con edad media de 68 ± 19 años; rango: 41-93 años) recogidos entre 2006 y 2009, de pacientes que acudieron a la consulta de su médico de familia por tos y disnea leve. Posteriormente presentaron edema facial y, dos de ellos, edema en esclavina con circulación colateral torácica^{1,2}. El tiempo transcurrido desde el inicio de la tos hasta la aparición del edema facial fue, de mediana, 111 días. Entre la primera consulta por edema facial y el diagnóstico transcurrieron, de mediana, 26 días (rango: 8-150 días). Tres de los pacientes tenían antecedentes de tabaquismo (mediana 33 paquetes/año \pm 28. Rango: 0-70 paquetes/año). En el 80% se diagnosticaron patologías malignas (3 neoplasias pulmonares y un linfoma) y un paciente fue diagnosticado de bocio endotorácico.

Exploración y pruebas complementarias: Los 5 pacientes debutaron con tos y disnea leve. Los hallazgos más destacables fueron el edema periorbitario y/o facial de predominio matutino que mejoraba e incluso desaparecía con el paso de las horas, edema en esclavina, circulación colateral, expectoración hemoptoica y cefalea³. En todos los casos, la prueba que orientó el diagnóstico de SVCS fue la radiografía de tórax^{4,5}. El TAC torácico confirmó éste síndrome y orientó a la posible etiología del mismo¹.

Juicio clínico: Síndrome de la vena cava superior.

Diagnóstico diferencial: Ante la presencia de edema facial o en esclavina, nos planteamos los siguientes diagnósticos^{6,7}: 1-SVCS: a. Causas malignas: i. Carcinomas de pulmón; ii. Linfomas, metástasis y tumores intratorácicos. b. Causas no malignas: i. Bocio; ii. Trombosis primarias de la vena cava superior, pericarditis constrictivas y las mediastinitis esclerorantes idiopáticas. 2-Angioedema. 3-Procesos infecciosos localizados. 4-Glomerulonefritis, síndrome nefrótico. 5-Otros.

Comentario final: Ante un paciente con edema facial de diagnóstico incierto y/o edema en esclavina con o sin circulación colateral, aconsejamos la realización de una radiografía de tórax. Es la técnica diagnóstica de elección y al alcance de cualquier médico de familia¹. Generalmente muestra ensanchamiento mediastínico a expensas, en el 90% de los casos, de una masa localizada en hemitórax derecho^{4,5}. Puede asociarse a derrame pleural.

BIBLIOGRAFÍA

- De Las Heras García B, Jiménez Gordo AM, Casado Saenz E, Zamora Auñón P, Cantalejo Morera M, González Barón M. Síndrome de la vena cava superior: presentación de seis casos. *An Med Interna (Madrid)*. 2001;18:7. Versión on line
- Hinojosa MC, Fernández I, Ergueta P, González E. Prevalencia Etiología del síndrome de vena cava superior. *An Med Interna (Madrid)*. 1998;15:531-3.

- Abner A. Approach to the patient who presents with superior vena cava obstruction. *Chest*. 1993;103(Supl 4):394s-7s.
- Parish JM, Marschke RF, Dines DE, Lee RE. Etiologic considerations in superior vena cava syndrome. *Mayo Clin Proc*. 1981;56:407-13.
- Laguna P, Gazapo T, Murillas J, Martín H, Portero JL, Moya M. Síndrome de vena cava superior: análisis de una serie de 81 casos. *An Med Interna (Madrid)*. 1998;15:470-5.
- Ostler PJ, Clarke DP, Watkinson AF, Gaze MN. Superior vena cava obstruction: a modern management strategy. *Clin Oncol*. 1997;9:83-9.
- Rowell NP, Gleeson FV. Steroids, Raditherapy, Chemotherapy and Stents for Superior Vena Cava Obstruction in Carcinoma of the bronchus: a Systematic Review. *Clin Oncol*. 2002;14:338-51.

10/477. EL MÉDICO DE FAMILIA EN ALERTA ANTE UNA LUMBALGIA DE INICIO AGUDO EN PACIENTE ANCIANO. NO SIEMPRE ES "COSA DE LA EDAD"

M. Redondo Fernández

Clinica Cliniber. Badajoz.

Descripción del caso: mujer de 78 años que acude a consulta por dolor lumbar, irradiado a miembro inferior derecho, de tres semanas de evolución, de inicio brusco. Acudió a urgencias donde le diagnosticaron de espondiloartritis y le pautaron antiinflamatorios. En la anamnesis la paciente describe un dolor que comienza a nivel lumbar irradiado a glúteo derecho y por la cara posterior de muslo y pierna, que es continuo, sordo, punzante, quemante, en ocasiones lancinante, mejora con el decúbito supino y empeora con la sedestación, con la bipedestación y la deambulacion prolongada. No se despierta por la noche. No alteración de esfínteres.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, buena coloración de piel y mucosas. Exploración miembros inferiores: arcos de flexión, extensión y lateralización de columna lumbar dolorosos. Laségue y Bragard positivo derecho a 45º, hiperreflexia, hipoestesia y pérdida de fuerza marcada en miembro inferior derecho. Piramidal positivo derecho No atrofia muscular. Pulsos pedios conservados. Caminaba con dificultad de puntillas y talones. La intensidad de dolor según la Escala Visual Analógica en el momento de la entrevista es de un 4/10 y cuando el dolor es más intenso 9/10. Aportaba de su visita urgencias analítica cuyos parámetros estaban dentro de la normalidad y radiografía de columna lumbar

donde se objetiva además de la espondiloartrosis importante espondilolistesis L4-L5 y L5-S1.

Juicio clínico: Dolor de características mixtas (nociceptivo / neuropático) en paciente con lumbalgia aguda. A descartar estenosis de canal lumbar. Síndrome piramidal secundario. Se remite a especialista urgente.

Diagnóstico diferencial: Las estenosis de canal pueden ser centrales, de los recesos laterales o subarticulares y foraminales. Las causas de estenosis de canal son: 1. Congénitas: acondroplasia. 2. Del desarrollo: a) disminución diámetro anteroposterior e interpedicular en 2-3 niveles. b) disminución espacio interlaminar. c) orientación vertical de las láminas. 3. Adquiridas o mixtas: protrusiones, hipertrofia carillas articulares y ligamentos amarillos. Ante una lumbalgia aguda de inicio brusco en paciente mayor sin síntomas previos es necesario tener en cuenta los signos de alarma. La etiología de la estenosis de canal lumbar que produce irritación de un nervio espinal como consecuencia del estrechamiento tiene como causa más frecuente la degeneración del disco intervertebral, asociada a artrosis de las articulaciones interapofisarias, pero se deben descartar causas tumorales.

Comentario final: En esta paciente ante la sospecha clínica y la evidencia se recomienda realizar otras técnicas de imagen, en este caso el especialista realizó una resonancia magnética en la que además de la artrosis de las articulaciones interapofisarias aparecía un quiste sinovial que comprimía raíces lumbares. Tras este hallazgo la paciente fue intervenida urgente con buena evolución posterior. Es necesario que nuestra actividad profesional tenga en cuenta las evidencias científicas, y por ello es útil y aconsejable seguir las recomendaciones indicadas por las Guías Clínicas basadas en estas evidencias, y con las que existe un amplio consenso, para el uso racional de los estudios radiológicos en la investigación de la causa y el tratamiento del dolor lumbar.

BIBLIOGRAFÍA:

1. European Guidelines for the Management of Acute low pain. www.BackpainEurope.org

10/478. ECOGRAFÍA: APOYO DIAGNÓSTICO EN UN CASO DE DOLOR ABDOMINAL AGUDO

C. Gonzalo García^a, S. Polyciadis Voulodimos^a, M. del Carpio López^a, J. Jodra Pérez^b y A. Hernández Palomar^a

^aCS Almazán. Soria; ^bUrgencias. Hospital Santa Bárbara. Soria.

Descripción del caso: Paciente de 57 años con antecedentes de glucemia basal alterada, litiasis renal por cristales de ácido úrico y alcohol ocasional; acude a urgencias del Centro de Salud rural por dolor abdominal de predominio en hipocondrio derecho siendo éste un dolor continuo con alguna exacerbación que no cede en reposo y no irradiado. No se ha acompañado de cortejo vegetativo.

Exploración y pruebas complementarias: Paciente con sobrepeso, buen estado general, afebril. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen blando, peristaltismo aumentado, Murphy +, Blumberg -, Puñopercusión renal bilateral -. ECG: Ritmo sinusal. Combur test: -. Ante la sospecha de patología hepatobiliar y en primer lugar de la existencia de algún cálculo se decide realizar una eco abdominal durante la cual la paciente presenta también un Murphy ecográfico +. Al realizar un barrido de la misma no encontramos ningún signo ecográfico de cálculo en vesícula y lo único que parece que hay es un engrosamiento de la pared de la vesícula. El resto de vía biliar y el páncreas no se pudo ver bien y en riñones no se objetivó tampoco la presencia de cálculos ni de líquido libre. Dada la clínica de la paciente se decidió derivar a Urgencias Hospitalarias donde se hizo analítica con los siguientes resultados; Glucemia: 129 mg/dl, GOT: 44U/L, GPT: 44U/L y amilasa pancreática: 666U/L y ecografía cuyo informe fue: hígado graso de tamaño normal, vesícula biliar sin evidentes signos de coledocistitis, con pared

engrosada y banda de líquido adyacente; Murphy ecográfico + sugestivo de colecistitis.

Juicio clínico: Colecistitis + pancreatitis aguda.

Diagnóstico diferencial: Las principales causas que pueden provocar dolor abdominal agudo en el cuadrante superior derecho son: neumonía, absceso subdiafragmático, pleuritis, cólico biliar y colecistitis, pancreatitis, úlcera péptica, hepatitis aguda, perforación de colón, cólico nefrítico, apendicitis retrocecal, cardiopatía isquémica, pielonefritis aguda.

Comentario final: La ecografía es una técnica diagnóstica económica, inocua, accesible, rápida, fiable y repetible que actualmente se está implantando de forma gradual en los Centros de Salud para su uso en el diagnóstico diferencial, en el control de lesiones y en la detección de posibles complicaciones sobre todo en las consultas de los médicos de familia. Es interesante considerar que la ecografía también va a ser útil en las situaciones de urgencia donde nos va a permitir detectar con rapidez trastornos graves y también aportar información que nos lleve a un diagnóstico más preciso como en nuestro caso que nos sirvió para darnos cuenta de que el dolor no era por causa de ningún cálculo y que podía tener otro origen próximo orientando nuestra actitud terapéutica y descartando otros diagnósticos diferenciales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Díaz Rodríguez N. La ecografía en Atención Primaria. SEMERGEN. 2002;28:376-84.
2. Vicente Molinero A, Aznar Cantín N, Yáñez Rodríguez F. Ecografía en Atención Primaria: estado de la cuestión. SEMERGEN. 2009;35:58-61.
3. Guía de Actuación en Atención Primaria. (3ª edición) SEMFYC.

10/523. TUBERCULOSIS: PROBLEMAS PARA EL DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO DE LOS CONTACTOS

F. Romo Serral, J. López Ríos, M. Rodríguez Moreno, V. Romero Almenara, B. López Hernández y J. Aguirre Rodríguez

CS Casería Montijo. Granada.

Descripción del caso: Presentamos el caso de un paciente con TBC que afectó a familiares y despertó cierta alarma social por posible diseminación bacilífera. Paciente de 44 años, procedente de Marruecos, fumador 35-40 cig/día. Consulta por dolor faríngeo. Es diagnosticado de faringitis, y se le prescribe tratamiento. A partir de este momento, al no haber mejoría, hay una sucesión de consultas y derivaciones hasta que se produce su ingreso: Diagnóstico TBC laríngea (retraso en el diagnóstico: 13 meses; finalización estudio de contactos: 19 meses). En este caso merece la pena destacar 2 hechos: primero, se trata de una forma de presentación tuberculosa bastante rara (la TBC laríngea supone menos del 2% de los pacientes con TBC pulmonar); el segundo hecho destacable: la situación creada en torno al paciente, familia y círculo social. El contexto sociofamiliar del caso es básico para intentar abordar con éxito el diagnóstico, la adherencia terapéutica y su resolución final. Las limitaciones con nuestro idioma impedían una comunicación correcta; asimismo las barreras culturales existentes impidieron un abordaje más resolutivo: se intentó localizar a los convivientes del enfermo; se llamaron por teléfono en varias ocasiones, pero no acudieron.

Exploración y pruebas complementarias: Aprovechando que la esposa acudió al Centro de Salud (CS), para trámites administrativos se le pidió que acudiera a consulta para su estudio y que trajera a su hija de 4 años para ser valorada por pediatría. Aceptó, pero nunca acudió a esta cita. Todo el personal del CS, que ya conocía el caso, se mantuvo alerta para localizar a esta familia. Cuando se volvió a contactar con ellos se les realizó de forma inmediata un Mantoux; tras 48 h. era muy positivo en la hija, por lo que se pidió que acudieran a consulta de infecciosos. Temiendo que la implica-

ción paterna fuera insuficiente, para evitar nuevos retrasos, se les acompañó, literalmente, al Hospital, donde la pequeña fue ingresada y diagnosticada de TBC. Las pruebas realizadas a la madre, baciloscopia y tórax, fueron normales. Además, se estudió a todos los compañeros del colegio, sin que hayamos detectado ningún caso de enfermedad confirmada. Al alta hospitalaria, se siguió estrechamente a la familia para asegurar la toma de medicación, por la niña y por su padre, y evitar que la pequeña asistiera al colegio durante el tiempo recomendado por los epidemiólogos.

Juicio clínico: TBC laríngea en el padre. TBC pulmonar en la hija.

Diagnóstico diferencial: Se debe plantear el posible diagnóstico de TBC ante toda persona con cuadro de tos y expectoración de 2 o más semanas de evolución sin otra causa aparente.

Comentario final: Para evitar casos similares, y con el objetivo de planificar pautas de actuación conjunta, este caso se presentó en sesión clínica, llegando a las siguientes conclusiones/posibilidades de mejora: -Mejorar la comunicación entre profesionales. -Revisión/actualización de protocolos de actuación sobre tuberculosis. -Potenciar el trabajo en equipo: este tipo de casos, no muy frecuentes en la práctica diaria deben de ser compartidos y conocidos por todos los miembros del equipo, para aumentar la experiencia y la destreza individual y colectiva en su manejo. -Conocer/optimizar los recursos disponibles, para poder conseguir mayor eficacia y eficiencia: traductores, asociaciones de inmigrantes...

BIBLIOGRAFÍA

- Fortún J, Sierra C, Raboso E, Pérez C, Plaza G, Navas E, et al. Tuberculosis del área otorrinolaringológica: formas laríngeas y extralaringeas. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 1996;14:352-6.
- Haas DW, Des Prez RM. *Mycobacterium tuberculosis*. En Mandell/Douglas/Bennett's eds. *Principles and Practice of infectious diseases*. New York: Churchill Livingstone, 1995;2213-43.
- Montejo M, Alonso M, Aguirrebengoa K, Moreno G, Goicoetxea J, Petreñas E, et al. Tuberculosis Laríngea: Estudio de 11 casos. *Acta Otorrolaringol Esp.* 2001;52:53-6.

10/537. NO ES ANSIEDAD TODO LO QUE RELUCE

A. Vigil-Escalera Villaamil, R. Tang Valdez, M. Campillos Páez, Y. Santamaría Calvo, A. Romero Fernández y D. Manso López

CS Potes. Madrid.

Descripción del caso: Varón 36 años sin antecedentes personales. Refiere estrés importante en trabajo desde hace 3-4 meses. Simultáneamente dolor abdominal (como molestia) dispepsia, diarrea (sin sangre ni moco). No síndrome constitucional. No antecedentes familiares. Prescribimos ansiolítico y citamos en concertada. Ante persistencia de clínica comenzamos algoritmo diagnóstico del principal y constante síntoma: diarrea.

Exploración y pruebas complementarias: Afebril, normocoloración piel y mucosas. Molestias en flanco derecho, no otros datos relevantes. Solicitamos: -Hemograma, bioquímica: VSG, PCR normal. No anemia, ferritina 17 ng/ml. -Proteinograma, anticuerpos anti gliadina, antitransglutaminasa, coprocultivo: normal. -Parásitos heces, test aliento: negativos. -Principios inmediatos no digeridos en heces: no se observan. -Test sangre oculta en heces: de 3 muestras, 2 positivas. Al ser positivo solicitamos colonoscopia: neoplasia de aspecto adenomatoso en colon ascendente de 6-7 cm. -Biopsia: mucosa colorrectal con cambios adenomatosos. Derivado a consulta cirugía. TC abdominal confirma masa polipoide 5 centímetros con pequeñas adenopatías > 1 cm. Gastroscopia: normal. Practican hemicolectomía derecha. Anatomía patológica confirma tumoración 5 cm (adenoma vellosa, respeta márgenes quirúrgicos). No focos carcinoma in situ o adenocarcinoma invasor. Extraen 22 ganglios, sin lesiones. Evolución favorable. Realizan estudio citogenético.

Juicio clínico: Adenoma vellosa en colon ascendente.

Diagnóstico diferencial: Diagnóstico diferencial de diarrea crónica: diarrea osmótica: remite con ayuno. Disminución peso. Distensión abdominal: 1-Con esteatorrea (heces grasas, pastosas): sobrecrecimiento bacteriano; insuficiencia pancreática exocrina; déficit sales biliares; enf. de mucosa: malabsorción hidratos, grasas, proteínas, Whipple. 2.- Sin esteatorrea: laxantes; edulcorantes: sorbitol; maldigestión de hidratos carbono. Diarrea secretora: no remite con ayuno. Acuosa, abundante. Pérdida proteínas: edema. Infecciones bacterianas. Fármacos, tóxicos: alcohol. Sd. congénitos. Enf. endocrinas: DM, hipertiroidismo. Liberación hormonal estimulantes secreción: carcinoma colon. Adenoma vellosa. Sd. carcinoide. Diarrea inflamatoria: heces con sangre y/o leucos. Disminución peso. Dolor abdominal. Fiebre. Enf. inflamatoria intestinal. Colitis pseudomembranosa. Infecciones bacterianas. Infecciones víricas: VIH, CMV. Infecciones parasitarias invasoras. Cáncer colon. Diarrea motora: no remite con ayuno. No disminución peso. Varía estreñimiento-diarrea. Sd. intestino irritable. Cáncer colorrectal. Obstrucción parcial luz intestinal. Iatrogénica: cirugía, radioterapia.

Comentario final: Aunque una causa de diarrea crónica en adulto joven es síndrome colon irritable, relacionado con estrés, no olvidar que existen muchas otras causas de diarrea crónica en adulto. Importante clasificar tipo de diarrea y solicitar pruebas pertinentes para completar diagnóstico diferencial (una patología orgánica no quede sin diagnosticar y sea tachada de funcional). Pruebas accesibles desde atención primaria, rápidas, efectivas.

BIBLIOGRAFÍA:

- Pérez Calle JI, Gómez Molins L, Gutiérrez García ML, Temiño López-Jurado R, Valencia Orgaz P. Manejo extrahospitalario de la diarrea crónica. *Medicine* 2008;10(4):242-50.
- Herreros Martínez B, Hernández Ramírez J, Amorós García C. Protocolo diagnóstico de la alteración del ritmo defecatorio. *Medicine*. 2004;9(4):302-5.
- Asenjo Mota A, Lledó Navarro JL, López Serrano B, Barrena Puertas R. Síndrome diarreico en el adulto. Tratamiento de la diarrea. *Medicine* 200810(4):215-22.

10/573. SÍFILIS SECUNDARIA

M. Atallah González, M. Hernández Velasco y A. Ares Dios

CS de Astorga. León.

Descripción del caso: Una mujer de 18 años acude a la consulta de atención primaria por una lesión facial de 1 mes de evolución que no era dolorosa ni pruriginosa. Una semana más tarde, refiere la aparición de manchas blanquecinas en las piernas y lesiones genitales no dolorosas.

Exploración y pruebas complementarias: Mácula peribucal de unos 5 cm de diámetro por aspecto en diana, el centro era hipocrómico y el borde era sobreelevado y eritematoso dándole aspecto de lesión centrífuga. Una semana más tarde aparecieron máculas hipocrómicas en extremidades inferiores y lesiones vulvares hipocrómicas. Se observan además adenopatías inguinales de pequeño tamaño no dolorosas ni supurativas. Se solicita una analítica completa con hemograma y bioquímica y una serología para hepatitis B, C, VIH, herpesvirus, CMV y lúes. Todos los parámetros se encuentran dentro de la normalidad a excepción de la serología para herpes simple IgG + (20.000), IgM -, CMV IgG + (16.000), IgM -, LUES +, TPHA + (1/5.120), RPR 1/4.

Juicio clínico: Las lesiones descritas son características de la sífilis secundaria: una lesión anular facial, una leucoplasia sifilítica y condilomas acuminados en región genital. El diagnóstico fue clínico y las pruebas complementarias confirmaron la sospecha clínica.

Diagnóstico diferencial: El diagnóstico diferencial debe realizarse principalmente con las micosis cutáneas: pitiriasis versicolor,

pitiriasis alba y herpes circinado. La paciente fue tratada inicialmente con antifúngicos tópicos, clotrimazol 1/12 h. Al acudir una semana más tarde con lesiones genitales y sin mejoría de las lesiones faciales se sospecha entonces una sífilis secundaria.

Comentario final: Al historiar de nuevo a la paciente reveló que había tenido una relación sexual de riesgo con un hombre que tenía una úlcera peneana hace aproximadamente 3 meses. Se instauró tratamiento con una inyección única de 2.400.000 U de penicilina G benzatina i.m. Se informó de la posible aparición de un cuadro de fiebre y gran malestar general (reacción de Jarish-Herxheimer) la cual finalmente no se produjo. Las lesiones genitales desaparecieron a los 3 días y las faciales a los 7 días del tratamiento. Debido a que la prevalencia de la sífilis se ha triplicada en España en los últimos 10 años¹, fundamentalmente debido a los cambios en las conductas sociales, al menor uso del preservativo y a las corrientes migratorias. Causado por el *Treponema pallidum*, el chancro primario aparece a los 10-90 días en el sitio de inoculación y suele ser asintomático³. La sífilis secundaria representa la diseminación del *T. pallidum* y da lugar a una gran variedad de lesiones. Si no se trata, el *T. pallidum* puede permanecer latente durante largos periodos y desarrollar posteriormente una sífilis terciaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Perine PL, Hopkins DR, Niemei PLA, Causse G, Antal GM. Manual de treponematoses endémicas: pian, sífilis endémica y pinta. Organización Mundial de la Salud 1984.
2. Informe de Febrero 2010. Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual. 1995-2008. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad.
3. Syphilis de great mimicker is back? Australian Family Physician. 2009;38(6).

10/623. TROMBOEMBOLISMO PULMONAR CRÓNICO, ESE GRAN DESCONOCIDO

M. D' Lacoste Farre, K. Martini, M. Masamunt Paris, S. Sinobad y F. Fernández Perea

Ambulatorio de San Ildefonso. Cornellá de Llobregat. Barcelona.

Descripción del caso: Paciente de 81 años mujer de 81 años de edad sin alergias medicamentosas conocidas ni hábitos tóxicos que consulta por mareos y disnea lentamente progresiva. Antecedentes patológicos: HTA en tratamiento con IECA, diabetes tipo 2 en tratamiento con ADOs, DLP, bloqueo AV de 3º grado portadora de marcapasos. Refiere desde hace aproximadamente 3 años comienza con cuadro de inestabilidad que aumentaba con los cambios posicionales y temblores. Se inicio tto con anticinetóticos con escasa respuesta terapéutica. Aproximadamente 1 año después del inicio del snt vertiginoso, la paciente consulta por disnea a medianos esfuerzos hasta hacerse de reposo. No refería disnea paroxística nocturna ni ortopnea así como tampoco dolor torácico. Se realizó revisión del marcapasos que confirmó su buen funcionamiento y se derivó la paciente a ORL, NRL y Cardiología. Cardiología realiza ecocardiograma con aparición de Hipertensión pulmonar importante, se deriva a Urgencias hospitalarias donde se deriva al servicio de Neumología.

Exploración y pruebas complementarias: Consciente y orientada discreta taquipnea en reposo FC: 110 lpm, SatO₂ 93-94%. AC: tonos rítmicos. No soplos. IY (-) RHY (-). No edemas de EEII. No signos de TVP. AR: MVC con escasos crepitantes bibasales. ABD: anodino. NRL: PICNR. Pares craneales normales. Fuerza y sensibilidad conservadas. No disimetrías. Marcha muy inestable. ECG: Ritmo marcapasos. Holter: BAV 1º G, ocasionales espigas de marcapasos. ESV poco frecuentes run TPSV. Ecocardiograma I (2006): VI hipertrofico, no dilatado con f. sistólica conservada + signos de disfunción diastólica. Insuficiencia aórtica ligera. FE 54%. Rx tórax: silueta cardio pericárdica sin alteraciones. Hilios prominentes con

aumento de la trama vascular. Videonistagmografía: hipofunción vestibular compatible con hiporreflexia izq. TAC craneal: normal. PFR: FVC 1,87 (96,4%), VEMS 1,08 (69,1%), VEMS/FVCT 57,8%. DLCO 15,1 (95,6%). Patrón obstructivo. TAC tóraco: ausencia de TEP. Cono de la pulmonar de calibre normal. Probables áreas de atrapamiento aéreo en ambos campos pulmonares a correlacionar con PFR. Ecocardiograma II (2009): insuficiencia mitral ligera. Insuficiencia tricuspídea ligera con PAP estimada muy elevada (58 mmHg). PVC normal. FE 77%. Ecodoppler EEII: sin evidencia de TVP ni TVS. Gammagrafía pulmonar V/Q (2010): defectos de perfusión de carácter subsegmentario periférico en región basal pulmonar der y en lóbulo inf pulmonar izq. compatible con TEP. TAC abdominal: ateromatosis calcificada de la arteria aorto-iliaca. No evidencia de otras alteraciones.

Juicio clínico: Hipertensión pulmonar secundaria a tromboembolismo pulmonar crónico. Se inicia anticoagulación oral con mejoría clínica de la paciente.

Diagnóstico diferencial: Insuficiencia cardiaca congestiva. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Hipertensión pulmonar primaria. Tromboembolismo pulmonar agudo.

Comentario final: El tromboembolismo pulmonar (TEP) agudo es la tercera causa de enfermedad cardiovascular aguda. Sólo el 0,1-0,5% desarrollarán la forma crónica de TEP. El TEP crónico (TEPc) es una de las formas más graves y poco frecuentes de hipertensión pulmonar, y una causa tratable. El TEPc es una condición actualmente infra diagnosticada, que requiere un alto índice de sospecha para su correcto diagnóstico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gómez Sánchez MA, Escribano Subías P. Protocolo de actuación en Hipertensión Arterial Pulmonar-Unidad de Insuficiencia Cardíaca e Hipertensión Pulmonar-Hospital Doce de Octubre, 2008.
2. Brotman G. Presentación Clínica y Clasificación actual de la hipertensión arterial pulmonar. Revista Insuficiencia Cardíaca. 2009; 4:27-32.
3. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en tromboembolismo e hipertensión pulmonar.
4. Sáez de la Calzada C, Sánchez Sánchez V, Gómez Sánchez MA, Velásquez Martín MT, Escribano Subías P, Delgado Jiménez J. Rev Esp Cardiol. 2001;54:194-210.

10/640. UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA

P. Fernández Yera, N. Fernández Yera, P. Agudo Matarán, M. García Marín y J. Bautista Moya

UGC Peal de Becero. Jaén.

Descripción del caso: Mujer de 45 años que consulta por bulto en lado izquierdo de cuello, con molestias para la deglución. El bulto le ha ido creciendo paulatinamente, pero en los últimos seis meses el crecimiento ha sido más rápido. No antecedentes familiares de patología en el cuello.

Exploración y pruebas complementarias: A la palpación se explora un bulto blando, alojado en el lóbulo izquierdo. Peso 78,5 kg, tensión arterial 145/91, fc 61 l/m. No adenopatías infartadas. Análisis: bioquímica: normal; hematología: normal; orina: normal; Tsh: 1,64 uui/ml; t4 libre: 1 ng/dl; anticuerpos tpo y antitiroglobulina: normales; marcadores tumorales: normales; paaf: positivo para células malignas. Se le realiza ecografía de tiroides: lóbulo tiroideo derecho se observa morfológicamente y estructuralmente normal; diámetros del mismo 1,53 cm x 1,40 cm. El lóbulo izquierdo se observa con gran quiste, anecoico, de 2,64 cm x 1,44 cm. Con bordes irregulares, que nos hace sospechar malignidad. Los diámetros del lóbulo izquierdo son 2,87 cm x 2,40 cm.

Juicio clínico: Carcinoma tiroideo papilar.

Diagnóstico diferencial: Hipotiroidismo e Hipertiroidismo. Enfermedad de Graves-Basedow. Enfermedad de Plummer y adenoma tóxico. Cáncer de tiroides. Bocio simple.

Comentario final: La ecografía efectuada en atención primaria, acorta los tiempos de espera para la medicina especializada que es fundamental y también como en el caso que estamos describiendo, la lesión probablemente maligna por el estudio ecográfico, aunque los análisis de rutina incluidos los marcadores tumorales fuesen, normales. Fue el estudio anatomopatológico del material extraído con la punción, el que confirmó el diagnóstico. La paciente se ha sometido a una tiroidectomía total, siendo el rastreo de metástasis negativo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Foz Sala M. Patología del tiroides. Medicina Interna de Farreras-Rozman, 1982:1836-81.
2. Gertchen A, Gooding W. Ecografía General, 1995:105-39.

10/644. ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL, PATOLOGÍA TRAUMATOLÓGICA LUMBAR

I. Cova Díaz, P. Vicioso Ranz e I. Godoy García

Médico de Atención Primaria. Tenerife SCS.

Descripción del caso: Paciente de 76 años de edad que viene remitido de urgencia con informe de lumbago y cólico nefrítico, en sus antecedentes personales destaca varias asistencias en urgencias por ciática derecha y dos episodios de cólico nefríticos. Hábitos tóxico, no fumador bebedor de 1-2 vasos de vino comiendo, no practica deporte alguno. No alergias conocidas, su padre y un abuelo murieron de repente un colapso dijo el médico en su día.

Exploración y pruebas complementarias: Su explosión en consulta fue de tensión 147/75 (76 ppx'), auscultación cardio-respiratoria normal corazón rítmico sin soplos no soplos carotídeos, auscultación pulmonar murmullo vesicular normal con 15-20 respiraciones por minuto. Abdomen blando depresible, ruidos intestinales presente no soplos en profundidad aórticos, sin chapoteo, sin peritonismo sin dolor a la presión profunda, no organomegalias (hepática y bazo), no dolor a la palpación hepato-esplénica, signo del puño epigástrico negativo, psoas (-) bis, Blumberg (-). Palpación de pulso ilíacos normales, poplíteos presente, pedio presente. Llama la atención una puño percusión negativa (-), a pesar del diagnóstico de cólico nefrítico dado en urgencias, a trae nuestra atención una falta de bello en miembros inferiores y cierta frialdad, indicativo de insuficiencia vascular crónica distal, junta aun trofismo cutáneo fino y brillante de la piel, junto a cierto retraso del relleno ungueal en ambos pies. La exploración traumatológica de la columna se completa con un Lassegue y Bragar negativo con un abducción adducción de caderas (-) junto a una presión negativa en ambas caderas.

Juicio clínico: Se pide una radiografía lumbo-sacra para concretar su el estudio de ese lumbago y esa clínica de cólico-litiasis atendida puntualmente en las urgencias del centro pero sin estudiar. Y se pide un análisis de Comburt test de orina en consulta que resultó (-). Las radiografías lumbo-sacras en su parte ósea destaca unos pico de loro osteofitos artrósicos superlativos que darían un diagnóstico per se de artrosis y por ende lumbalgia artrósica de presentación anterior en L3-L4 con una estrechez del espacio interarticular D11-D12, D12-L1, L3-L4 y L4-L5 con diagnóstico probable radiológicamente hablando de hernia disco. A la que se asocia una listesis de unos 5 mm entre L3 y L5 sobre L4 que se desplaza hacia delante, creándose otro compromiso compresivo de espacio a nivel L5 y S1. Que se corona con una soberana escoliosis dorso-lumbar en proyección anterior. Lo aparatoso de las imágenes óseas nos despistaba frente a la presencia de unos tractos calcificados en cara anterior lumbar que dibuja un saco gigante. Esa imagen de de saco calcificado establece una primera aproximación diagnóstica a

aneurisma aórtico abdominal gigante, que se confirma mediante ecografía de urgencias encontrándose en su seno un gran trombo.

Diagnóstico diferencial: Miositis calcificantes del Psoas. Patología linfoides retroperitoneal. Artefacto radiográfico.

Comentario final: Conclusión la interpretación de la radiografía lateral lombo-lumbo-sacra ha sido vital para establecer el diagnóstico de artrosis lumbar, hernia discal, estenosis del canal raquídeo, listesis lumbar y para orientar hacia un aneurisma gigante aortiliaco abdominal. Que de no ser diagnosticado con prontitud y operado podría llevar a la muerte.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rozman C. Medicina Interna, 4 ed. Barcelona: Elsevier, 2009.
2. Braunwald et al. Harrison Principios de Medicina Interna, 17 ed. Mc Graw-Hill, 2008.
3. Muñoz Calvo B. et al. Cliniguía. EviScience Publicaciones, 2009.

10/654. EN UNA OTITIS, ¿ES INFLAMACIÓN TODO LO QUE ABULTA?

A. Vigil-Escalera Villaamil, R. Tang Valdez, M. Delgado Valera, M. Campillos Páez, J. Lesmes González y P. Cordero Puebla

CS Potes. Madrid.

Descripción del caso: Antecedentes: otitis crónica, intervenida en 2 ocasiones de colesteatoma del oído derecho y miringoplastia. Enfermedad actual: mujer 23 años, acude por otitis media derecha con adenopatía laterocervical ipsilateral < 2 cm, dolorosa, móvil, consistencia elástica. Pautamos antibióticos y aconsejamos acuda de nuevo si no mejora en 1 semana o no disminuye adenopatía en 3 semanas. Tras mejoría inicial, acude a las 2 semanas con nuevo episodio de otorrea con otalgia y persistencia de adenopatía dolorosa laterocervical, móvil, que ha aumentado de tamaño. No adenopatías en otras localizaciones. En otoscopia oído derecho, otorrea purulenta. Pautamos antibióticos y derivamos ORL por otitis recurrentes y adenopatía sospechosa por tamaño. Valorada por otorrinolaringólogo en 3 días; ha mejorado de otitis pero crece más adenopatía por lo que lo que ingresa para AB iv y estudio.

Exploración y pruebas complementarias: -Analítica: normal. -Hemocultivo + para stafilococos. -Serologías: VHB, VIH, CMV, VEB, toxoplasma negativos. -ANA negativo. -Mantoux: positivo. BAAR esputo (x3) negativo. Radiografía tórax normal. -TC: adenopatías en región cervical derecha necróticas de aspecto metastásico vs linfoproliferativo vs infeccioso. Nódulo hipodenso en lóbulo tiroideo derecho. -PAAF: carcinoma papilar metastásico. -Ecografía tiroides: microcarcinoma en lóbulo tiroideo derecho.

Juicio clínico: Adenopatía metastásica de carcinoma de tiroides-otitis media supurativa. Evolución: realizan tiroidectomía total con vaciamiento cervical funcional derecho 13 ganglios, 4 afectados. Supresión función tiroidea y tratamiento con yodo radioactivo. Actualmente asintomática.

Diagnóstico diferencial: Diagnóstico diferencial de adenopatía cervical: 1.- Neoplásicas: Tumores ganglios linfáticos; Metástasis de carcinoma: cabeza, cuello. 2.- Inflammatorias: Agudas: -Procesos inflamatorios vías aérea alta: faringitis, otitis, sinusitis, absceso dental. -Infecciones: mononucleosis, hepatitis, adenovirus, rubeola... Subagudas/crónicas: -Infecciones: TBC, sarcoidosis, sífilis, sida... -Enf. inmunes: artritis reumatoide, LES... -Enf. metabólicas: hipertiroidismo. -Enf. neoplásicas: carcinoma cabeza-cuello. Linfomas, leucemia. Metástasis.

Comentario final: Aunque en este caso, sí había foco infeccioso que explica causa y características inflamatorias de adenopatía en la exploración, es importante hacer diagnóstico diferencial cuando adenopatía es > 2 cm o tiene un periodo de evolución > 2-3 semanas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez Novoa MD. Mas Mercant S, Sarriá Echegaray P, Gallego M. Diagnóstico Diferencial de las Masas Cervicales. <http://www.>

semergen.es/semergen/cda/ documentos/revistas/pdf/numero 11-98/926-930.pdf.

2. Pizarro Anglada S. Adenopatías locales y generalizadas. En: Guía de Actuación en Atención Primaria (2ª ed). SEMFYC. 2002;1.3: 15-9.
3. Navas Almodóvar MR, Riera Táboas L. Estudio de una linfadenopatía. Guías Clínicas 2003;3(32).www.fisterra.com

10/733. A MÍ LO QUE ME TRAE LOCA ES EL EDREDÓN

S. Membrilla Pastor, M. Romacho Canudas, A. Torres Rodríguez, T. Privat Garrido y M. González Irigoyen

CAP Ramona Vía. El Prat de Llobregat.

Descripción del caso: Paciente mujer de 58 años, diabética de años de evolución, hipertensa, dislipémica. En su tratamiento habitual consta simvastatina 40 mg, candersartán 8 mg, metformina. Viene a por resultados de un TAC lumbar y antes de marchar nos comenta que hace unos días jugando con su nieto en la cama le rozó el edredón de fibra y ahora le queda molestia en la zona pre-tibial. Le recomendé observación y reconsultar según la evolución dada las circunstancias de baja sospecha de preocupación por un antecedente tan banal. 25 días después vuelve preocupada, había consultado a su oncóloga y le ha dicho que no sospecha relación con su proceso neoplásico del cual ya está dada de alta y que venga con su médico de primaria si siguen los síntomas. La paciente sigue explicando dolor, quemazón, alteraciones sensitivas. Se le solicita un electromiograma (EMG). A los 37 días del inicio y en espera del EMG vuelve diciéndonos que sigue igual, que no mejora nada, que tiene quemor, disconfort, que así no puede aguantar y rompe a llorar. Se le inicia gabapentina 300 mg con pauta de aumento de dosis progresiva (desde 1 comprimido por la noche hasta llegar a 3). A los 57 días del inicio vuelve con resultado de EMG mucho más tranquila, nos comenta que le fue muy bien la gabapentina pero que ahora que estaba tan bien el neuroelectrofisiólogo le había dicho que podía dejarla. Su síntoma actual de disestesia lo valoraba con una intensidad de 2 sobre 10. El EMG se informaba como sugestivo de radiculitis diabética L4 (sd de Garland) que no había comportado lesión axonal y por tanto no causaría secuela. Radiculitis diabética L4 (Sd de Garland).

Exploración y pruebas complementarias: Inicialmente por el componente emocional tan intenso que la paciente presentaba sospechamos un trastorno de somatización-ansiedad. Ante la sospecha diagnóstica de neuropatía en este caso la primera opción a tener en cuenta era la diabética, y otras a descartar tóxicas, autoinmunes, etc. cobraban importancia secundaria. La neuropatía de Garlanda es un proceso poco frecuente que afecta menos del 1% de los diabéticos.

Juicio clínico: Es más frecuente en la quinta década de la vida y en diabéticos de varios años de evolución sin tener relación con la gravedad o el mal control metabólico. Puede iniciarse de manera subaguda o progresiva lentamente con dolor, parestia o atrofia proximal de extremidades. En otras ocasiones puede haber pérdida de peso o disestesias como en el caso de nuestra paciente, acompañado o no de alteraciones sensibilidad táctil y térmica. En el EMG puede haber daño axonal multifocal de raíces y plexos por desmielinización y denervación.

Diagnóstico diferencial: Suele ser un trastorno autolimitado. Si se trata se inicia tratamiento conservador con fármacos tipo amitriptilina, gabapentina, tramadol. Si el abordaje es complejo se utilizan inmunoglobulina o corticoides.

Comentario final: El pronóstico es favorable, pueden haber recidivas en diferentes extremidades con secuelas sensitivo-motrices.

10/740. HERNIA DE MORGAGNI

P. Guillén Ardid, M. Roy Pérez, B. Lomba García, C. Mendi Melota y L. Hernández Casero

CS La Jota. Zaragoza.

Descripción del caso: Mujer de 78 años sin antecedentes patológicos de interés. Acude al servicio de Urgencias del Centro de Salud por cuadro de dolor en hemiabdomen superior acompañado de dificultad respiratoria de varias horas de evolución.

Exploración y pruebas complementarias: Consciente, orientada, colaboradora, eupneica y afebril (TA: 140/85; SatO₂ 98% basal). Cabeza y cuello: No adenopatías, no bocio. Carótidas rítmicas y simétricas. No-ingurgitación yugular. Tórax: AP: murmullo vesicular conservado, disminuido en bases sin ruidos sobreañadidos. AC: Rítmico, no soplos, no rones. Abdomen: blando, depresible, no doloroso sin masas ni megalias. No signos de irritación peritoneal. Peristaltismo conservado. PPRB negativa. Exploraciones complementarias: Destaca 11.000 leucocitos (80%N, 12%L, 5%M, 2%E, 1%B; Hb 12,4 g/l. La Rx Tórax puso de manifiesto la existencia de una masa en pulmón derecho con imágenes aéreas sugestivas de hernia de colon intratorácica. Se deriva a hospital de referencia y se hospitaliza con diagnóstico de masa toraco-abdominal en estudio. Ecografía abdomen: Hernia diafrágica anterior retroesternal de Morgagni con paso de colon a tórax. Enema opaco: confirmó la presencia de una Hernia Morgagni con colon transversal en su interior. TAC toraco-abdominal: Importante defecto en área anterior de diafragma que permite el paso de parte de colon.

Juicio clínico: Hernia de Morgagni.

Diagnóstico diferencial: Tumores mediastino y pulmón. Atelectasia. Neumonía. Quistes pericárdicos. Quistes mediastínicos. Quistes diafrágicos. Algunos autores recomiendan especial cuidado con aquellos pacientes con factores de riesgo como historia familiar de hernia diafrágica congénita o portadores del síndrome de Down.

Comentario final: La paciente es sometida a reparación quirúrgica, evidenciándose en el acto operatorio el defecto anteromedial. El tratamiento quirúrgico consistió en la reducción del contenido del saco herniario y la plastia del defecto diafrágico. El seguimiento extrahospitalario fue correcto con resolución clínica total, y en la Rx de control se evidenció la reducción del contenido herniario. La hernia de Morgagni es una anomalía congénita causada por un defecto anteromedial del diafragma. Representa en el adulto un 1-4% de todos los defectos diafrágicos con una incidencia de 1:100.000, aunque actualmente se sugiere una etiología multifactorial. Por su escasa frecuencia clínica, torácica o abdominal inespecífica suele descubrirse de manera casual en la edad adulta, al efectuar un examen radiológico de tórax por otra patología. El contenido herniario suele ser, de mayor a menor frecuencia, epiplón, colon transversal, estómago, hígado, intestino delgado, ciego y apéndice. El tratamiento precoz de estos defectos junto con la pesquisa temprana de anomalías asociadas en la etapa perinatal es fundamental para disminuir la morbimortalidad de los afectados, así como mejorar de manera ostensible la calidad de vida en la etapa adulta al evitar las consultas reiteradas por cuadros inespecíficos que hacen muy dificultoso el diagnóstico certero.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vañó D, Arranz G, Sanchez-Manjavacas N. Hernia diafrágica de Morgagni en el adulto. Rev Clin Esp. 2006; 206:468-9.
2. Echenique M, Amondarain J, Mar B. Hernias de Morgagni. Presentación de una serie de casos tratados en la era prelaparoscópica Cir Esp. 2002;71:197-200.
3. Morales JL; Canales L; Delgado C. Hernia de Morgagni. Reporte de un caso. Rev Chilena de Cirugía. 2006; 58:464-8.

Pósters

10/2. DIFICULTAD VISIOCONSTRUCTIVA: COPIA DEL CUBO EN ATENCIÓN PRIMARIA

E. Rodríguez Fernández^a, M. Gómez Rodríguez^b y A. Gómez Moraga^a

^aMédico de Familia. CS Archena. Murcia; ^bDUE. CS Archena. Murcia.

Objetivos: Cliente interno: conocer el modelo de copia del cubo desarrollada por Fontán-Scheitler y establecer si es factible su cuantificación y temporalidad en Atención Primaria. Cliente externo: realizar y cuantificar la copia del cubo en mayores de 70 años y encuesta básica.

Metodología: Se realizó en consulta de Atención Primaria a 26 pacientes mayores de 70 años. Encuesta básica: sexo, edad, estudios, profesión, aficiones, estado civil, medicación para la memoria, enfermedades actuales (HTA, dislipemia, diabetes...) con quien convive, cual es el cuidador principal. Copia del cubo (punto de corte = 6): 6: correctamente copiados, 5: copiados con alteraciones.

Resultados: Encuesta básica: sexo: El 76,9% (20/26) mujeres. Edad: media de 77,68 años. Estudios: 84,61% (22/26) estudios primarios. Profesión: varones: 83,33% (5/6) agricultores; mujeres: el 95% (19/20) "sus labores". Aficiones: ver televisión (26,92%; 7/26); caminar (19,35%; 6/16), leer (16,12%; 5/26), viajar (16,12%; 5/26), coser (12,90%, 4/26), música (9,67%; 3/26) y baile (3,22%; 1/26). Estado civil: 53,84% (14/26) estaban casados/as; 46,15% (12/26) viudos/as. Medicación para la memoria: No tomaban el 73,07% (19/26). Enfermedades actuales: Destacaba la presencia de HTA (88,46%; 23/26). ¿Con quién convive?: 50% (13/26) viven en pareja. ¿Cuál es el cuidador principal?: 42,30% (11/26) ellos/as mismos/as. B. Copia del cubo: Correctamente copiados (6 puntos): 53,84% (14/26). Copiados con alteraciones (5 puntos): 46,15% (12/26).

Conclusiones: La cuantificación de la copia del cubo fue realizada de forma rápida, sencilla, requiriendo poco tiempo, pudiendo complementar a otras baterías de estudio. El 46,15% resultaron copias del cubo con alteraciones.

10/9. VALORACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON SÍNDROME METABÓLICO

F. Sánchez Ruano^a, D. Sellés Benavent^a, A. Santoja Granados^a, V. Llobell Bertomeu^a, J. Hernández Abril^b y M. Vaello Llinares^b

^aMFyC. ^bEnfermería. CS Callosa d'en Sarrià.

Objetivos: El Síndrome Metabólico (SM) constituye una situación de mayor riesgo cardiovascular (RCV) por la coexistencia de diferentes entidades patológicas que aisladamente han demostrado mayor incidencia de eventos cardiovasculares. Sin embargo la valoración de dicho RCV difiere en función del criterio utilizado en el diagnóstico del SM. El objetivo es conocer el RCV de nuestros pacientes según el criterio utilizado en el diagnóstico del SM.

Metodología: Estudio transversal con pacientes atendidos en atención primaria. Se ha calculado la muestra para una prevalencia esperada del 25%, nivel de confianza del 95% y error aleatorio máximo del 0,05%. Se ha diagnosticado el SM mediante los criterios del Nacional Cholesterol Education Program (ATP-III) y de la Federación Internacional de Diabetes (IDF). El RCV se ha calculado mediante las tablas de REGICOR (riesgo de enfermedad coronaria a los 10 años).

Resultados: Se ha incluido a 314 pacientes. La prevalencia de SM ha sido 42,3%. El RCV ha sido de 3,55 ± 3,12 (2,9 ± 2,4 en mujeres y 4,3 ± 3,6 en hombres); pacientes con SM según ATP-III 5,4 ± 3,2; y según IDF 5,1 ± 2,4; pacientes con SM con ATP-III y IDF 5,5 ± 3,2.

Pacientes sin SM: según ATP-III, riesgo de 2,1 ± 2,1; y según IDF, riesgo de 2,4 ± 2,5.

Conclusiones: Aunque ambos criterios diagnósticos cuantifican un RCV similar, el RCV de los pacientes diagnosticados con el ATP-III es mayor. En pacientes en ausencia de SM, la IDF deja sin diagnosticar a pacientes con mayor RCV que cuando utilizamos los criterios del ATP-III.

10/11. ¿QUÉ GUARDAN NUESTROS PACIENTES EN EL CAJÓN? ESTUDIO DE LOS BOTIQUINES CASEROS

M. Agüeros Fernández^a, Á. Pérez Martín^b, J. López Lanza^b, P. Echave Ceballos^c, M. Perede García^c y M. Gómez Valdés^d

^aMédico de Familia. CS Polanco. Cantabria; ^bMédico de Familia. CS Los Valles; ^cMédico de Familia. CS Campoo; ^dDUE. CS Los Valles.

Objetivos: Estudiar las características de los botiquines que tienen los pacientes en sus domicilios y concepto que tienen de ellos, intentando buscar diferencias entre las diferentes modalidades de aportación económica.

Metodología: Estudio descriptivo transversal de los botiquines realizado en el domicilio, realizado en Valdeprado del Río (Cantabria) de forma aleatoria durante el año 2009.

Resultados: Se revisaron 54 botiquines, con farmacia gratuita (68,5%), con una media de medicamentos de 13,31, el 81,5% tenían medicación duplicada, estando caducados 1,07 cajas de media, tan sólo el 40,7% no tenía ninguna medicación caducada; de estas el 46,2% eran antibióticos y antiinflamatorios el 26,9%. El 55,6% guarda el botiquín en un cajón de la cocina y el 24,1% en un cajón de la habitación; para deshacerse de fármacos usa la basura doméstica (81,5%) y el 18,5% un punto limpio. Al comparar los diferentes tipos de financiación la persona con copago presenta menos envases, menos repetidos y de forma no significativa recicla más los fármacos.

Conclusiones: Los botiquines presentan principalmente medicaciones agudas y se sigue utilizando mayoritariamente la basura doméstica como el medio para deshacerse de los fármacos. Existe un alto porcentaje de pacientes que tienen medicaciones caducadas, lo que supone un riesgo, con una alta acumulación de antibióticos, incluso caducados. La persona con copago recicla mejor los fármacos, quizás por ser más joven, no siendo significativa la diferencia, presentando también menor número de envases y menor acumulación de fármacos repetidos.

10/14. EXÁMENES DE FACULTAD: CAMBIOS FISIOLÓGICOS Y DOPING

J. Torras Salles, M. Galén Urbano, A. Torras Galán y M. Torras Galán
CAP Sant Cugat.

Objetivos: Elaborar un estudio que permita conocer las sustancias más utilizadas para preparar los exámenes y los cambios fisiológicos detectados por los estudiantes de las Facultad de Ciencias-Biociencias de la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB) en el curso 2009-2010.

Metodología: Realizamos una encuesta anónima, tipo test y aleatoria, a una población de 391 estudiantes.

Resultados: Un 56,52% de los encuestados son mujeres y el 43,48% hombres. El 26,04% de los estudiantes toman algún tipo de sustancia para potenciar su concentración, un 58,95% lo hacen en las fechas de exámenes. Las sustancias más utilizadas en ambos sexos, son los estimulantes, café, té, mate, bebidas energéticas. Los alumnos que más las utilizan son los comprendidos entre los 21 y 22 años. Fisiológicamente llama la atención los cambios de humor en ambos sexos, las cefaleas en los hombres y los trastornos alimentarios e las mujeres.

Conclusiones: 1.- Más de la mitad de los encuestados son de sexo femenino, por lo que se puede deducir que hay más mujeres que hombres que cursan estos estudios. 2.- Más de la cuarta parte de los estudiantes utiliza sustancias para potenciar la concentración en el estudio. 3.- Los cambios fisiológicos que se detectan son fundamentalmente de tipo psíquico, siendo más frecuentes en el sexo femenino.

10/33. ¿BENZODIACEPINAS! PERSISTEN COMO PRIMER GRUPO DE MEDICACIÓN INADECUADA A LOS 85 AÑOS

D. Maestre Quirol, F. Mera Cordero, E. Fontana Gago, J. Asín Soto, S. Osorio Cidoncha y G. Estudi Octabaix

ABS El Plá.

Objetivos: Analizar las prescripciones crónicas según criterios de idoneidad Stopp y Beer's a los 85 años en el ámbito atención primaria.

Metodología: Estudio transversal, en un ensayo clínico multicéntrico con intervención preventiva de caídas y malnutrición de tres años de duración, y emparejamiento por sexo. Se analizaron variables sociodemográficas, factores riesgo cardiovascular, enfermedades crónicas, variables geriátricas habituales y prescripciones farmacológicas crónicas con criterios de Stopp de Beer's, considerando polifarmacia más o igual de 4 fármacos. Las variables significativas en el análisis bivariado con valores $p < 0,05$ y otras clínicas relevantes, fueron exploradas mediante regresión logística condicional.

Resultados: De 378 pacientes del ensayo, se estudiaron 78, un 70,5% eran mujeres. El 69,2% de pacientes tenían 1 o más fármacos inapropiados. La media de fármacos de prescripción crónica fue $6,06 \pm 3,27$. Los grupos terapéuticos más utilizados de forma inapropiada son benzodiazepinas 23,1%, inhibidores de recaptación de serotonina 16,7%, diuréticos de asa para tratamiento hipertensivo 16,7% y antiinflamatorios no esteroideos para tratamiento del dolor crónico 10,3%. En el análisis bivariado mostraron tendencia de asociación a mayor índice de prescripción inadecuada, la existencia de dislipemia ($p = 0,131$), insuficiencia cardiaca ($p = 0,111$) y anemia ($p = 0,064$); existiendo asociación significativa para la polifarmacia ($p = 0,017$). En el análisis de regresión logística persistió únicamente como factor significativo independiente: dislipemia (OR: 5,501; IC95%: 1,219- 24,813; $p = 0,027$).

Conclusiones: El 69% de los pacientes de 85 años recibieron una inapropiada prescripción farmacológica según criterios Stopp y Beer's. El grupo terapéutico de benzodiazepinas persiste como principal prescripción farmacológica crónica inapropiada.

10/35. SI ESTÁ INDICADA, POR QUÉ NO REALIZAR GASTROPROTECCIÓN

R. García Pérez^a, F. Bueno Dorado, G. García Pino^a y R. García Moreno^c

^aEspecialista en Medicina Familiar y Comunitaria. ^bResidente de Medicina Familiar y Comunitaria. ^cEstudiante de Medicina de la UNEX. CS Zona Centro de Badajoz.

Objetivos: Valorar si la gastroprotección se hace adecuadamente según la presencia de factores de riesgo de gastroenteropatía por antiinflamatorios no esteroideos (AINES) o antiagregantes plaquetarios (AGP).

Metodología: Estudio transversal, de informes de especializada, en mayores de 18 años, con prescripciones de AINES, AGP y/o gastroprotectores. Variables: edad/sexo; factores de riesgo de toxicidad gastrointestinal (hemorragia digestiva/úlceras pépticas, edad > 60 años, dosis altas de AINES, asociación AINES y acetilsalicílico (AAS) o corticoides, enfermedad grave. Tratamiento previo: AGP y/o anticoagulante (AAS > 100 mg/día, AAS+clopidrogel y asociación con anticoagulante). Prescripciones: AINES, AGP y gastroprotectores. Estadística: comparación de proporciones con IC95% entre AINES, AGP y gastroprotectores.

Resultados: 279 informes tenían como mínimo una prescripción de AINES, AGP y/o gastroprotector. La mayoría son mujeres (53,2%), > 60 años (56,4%) y con enfermedad grave (38,4%); las prescripciones: gastroprotector (26,2%), AGP (18,8%) y AINES (12,4%). AINES y AGP se prescribieron en > 60 años (7,4 y 22%) y enfermedad grave (8,3 y 17,2%), con gastroprotección para los AINES (3,5 y 3,6%) sin diferencias significativas y AGP (9,6 y 17,2%) con significación estadística.

Conclusiones: En menos del 50% se hace gastroprotección simultáneamente con la prescripción de AINES o AGP, cuando hay factores de riesgo de toxicidad gastrointestinal. Las prescripciones de AINES y gastroprotector no hay diferencias significativas y si las hay, en las de AGP y gastroprotector en pacientes con antecedentes de úlcera, > 60 años, con enfermedad grave y en tratamiento con AGP. La gastroprotección se debe realizar en todos los que presentan factores de riesgo de gastroenteropatía por AINES.

10/36. DISTRIBUCIÓN DE LA DEPENDENCIA POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD SEGÚN LA ESCALA DE LAWTON Y BRODY

R. García Pérez^a, G. García Pino^a, F. Bueno Dorado^b y R. García Moreno^c

^aEspecialista en Medicina Familiar y Comunitaria. ^bResidente de Medicina Familiar y Comunitaria. ^cEstudiante de Medicina de la UNEX. CS Zona Centro de Badajoz;

Objetivos: Valorar la distribución por sexo y grupos de edad de las actividades de la escala de Lawton-Brody y clasificación por sexo del grado de dependencia.

Metodología: estudio transversal de una muestra aleatoria, estratificada por sexo y grupos de edad, de los mayores de 65 años, atendidos en atención primaria. Sexo; Grupos de edad: 1) 65-74; 2) 75-84; 3) > 85 años; Escala de Lawton: cada actividad se valoró con 0 o 1 punto. Dependencia: menos de 5 puntos en varones y de 8 en mujeres. La dependencia se subdividió en 4 grupos según severidad. Estadística: descripción y comparación con IC95% de la dependencia y actividades de la escala por sexo y grupos de edad.

Resultados: existen diferencias entre independientes (73,6%) vs dependientes (26,4%) ($p = 0,00$); la dependencia es más prevalente en mujeres (20,8%) que en varones (5,6%). Por grupos de edad, hay diferencias significativas entre el 1 y 3 (IC95% = -0,58-0,08) y 2 y 3 (IC95% = -0,55-0,04). La dependencia total y severa es significativamente menos frecuente en varones (2,3%) vs mujeres (24%), ($p = 0,00$; IC95%: -0,34-0,10); la moderada y ligera también predominan en mujeres (18% vs 13,9%), sin ser significativo ($p = 0,71$).

Conclusiones: La dependencia es muy prevalente (una de cada cuatro > 65 años) y más en mujeres en todos los grupos de edad. La total y severa son más prevalentes en mujeres, la moderada y ligera tienen menos diferencias. La dependencia para las AIVD es un indicador de riesgo. En atención primaria podría ser útil para detectar formas incipientes de dependencia.

10/38. BENZODIACEPINAS Y CAÍDAS EN LOS ANCIANOS

M. Martínez Altarriba, M. Rodríguez Morató, E. Teixidó Fontanillas, E. Fernández Escobar y E. Almendro Almendro

CAP Horta. Barcelona.

Objetivos: Revisiones bibliográficas relacionan ingesta benzodiazepinas anciano con aumento deterioro cognitivo, trastornos sueño, alteraciones vigilia durante el día consecuentemente incremento de caídas. Las caídas causan dependencia, aumento morbilidad mortalidad ancianos. Pretendemos estudiar relación benzodiazepinas caídas (BC), con fin mejora calidad vida ancianos.

Metodología: Estudio prospectivo comparativo de 3.000 ancianos de 2 áreas salud, divididos 2 grupos a) no ingesta benzodiazepinas

pinas (NB)si ingesta (SB). 2 Grupos edad 1º > 75 años y 2º 65-74 años, durante 2 años.

Resultados: Grupo NB (5,9% 1 caída último año. 1% varias. 14,8% 1 casi-caída). Grupo SB (25,9% 1 caída último año, 8% varias, 44% 1 casi caída). Diferencia estadística institucionalizados no institucionalizados ($p < 0,05$). Caídas repetitivas más frecuentes varones. Consecuencias: 26% de ellos tenían actividades básicas cotidianas (ABC) limitadas. Fracturas: 5%, (1% cadera) entre 40 y 50% lesiones menores, heridas, contusiones o hematomas. 8% suspensión de ABC 10% depresión. Edad media caídas 75 años.

Conclusiones: El grupo con benzodiazepinas sufrió un considerable mayor número de caídas. Dichos fármacos queda demostrado por el estudio influyen en disminuir el estado de alerta y aumentan el deterioro cognitivo siendo todo importante factor de riesgo de caídas con consecuencias disminución calidad vida, mayor morbilidad y mortalidad en anciano Resultados estudio sugieren se debería restringir en lo posible el uso de estos fármacos en > 65 años. Es muy importante en Atención primaria evaluación y detección precoz relación benzodiazepinas caídas y toma de medidas para evitarlas. Necesario continuar estudios sobre CA, por las consecuencias que traen para su calidad de vida.

10/42. SITUACIÓN, SEGÚN OBJETIVOS, DE LOS DIABÉTICOS ATENDIDOS EN NUESTRO CENTRO

F. Antón García, A. Cubides Núñez, E. Correcher Salvador, D. Pruteanu, I. Tomás Saura y M. Richart Rufino

CS Fuensanta. Valencia.

Objetivos: Valorar evolutivamente el porcentaje de diabéticos que se encuentran en objetivos.

Metodología: De la Historia Clínica Electrónica (HCE) hemos evaluado las siguientes variables en 2006 y 2008: Índice de Masa Corporal (IMC), HbA1c, Lípidos. Hemos calculado el Filtrado Glomerular (FG) (MDRD-4 ml/min/1,73) a partir de la edad, sexo y creatinina plasmática. Objetivos de control: HbA1c: Buen Control (BC): ≤ 7 . Regular Control (RC): 7,1-9. Mal Control (MC): > 9 . Colesterol (mg/dl): BC: ≤ 200 . RC: 201-239. MC: > 239 . LDL-colesterol: BC: ≤ 100 . RC: 101-129. MC: > 129 . HDL-colesterol: BC: > 40 . MC: ≤ 40 . IMC: BC: < 30 . MC: ≥ 30 . Porcentaje de variables registradas en HCE. Análisis de datos con SPSS.

Resultados: Datos 2006-2008 de los 136 diabéticos evaluados: HbA1c: BC 52,7%; 51,2%. RC 22,7%; 27,2%. MC 24,5%; 21,6%. Colesterol: BC 48,6%; 64%. RC 29,5%; 15,5%. MC 16,4%; 17,1%. LDL-colesterol: BC 25,2%; 33,9%; RC 35,9%; 35,5%; MC 38,8%; 30,6%. HDL-colesterol: BC 50%; 71,7%. MC 50%; 28,2%. IMC: BC 42,2%; 43,6%. MC 57,7%; 56,4%. FG (ml/min/1,73): Normal o descenso ligero (> 59): 74,3%; 75,2%. Descenso moderado (30-59): 24,8%; 23,2%. Descenso severo (< 30): 0,9%; 1,6%. El registro de los datos en la HCE ha pasado globalmente del 80% al 90%.

Conclusiones: No ha habido mejora significativa en el nivel de control de la HbA1c y el IMC, pero sí en los lípidos. El FG ha permanecido estable. Mejora del registro en la HCE. Es preciso evaluar sistemáticamente el grado de control de nuestros pacientes para intentar mejorarlo.

10/43. ¿CÓMO PODEMOS MEJORAR EL CONTROL DE NUESTROS PACIENTES DISLIPÉMICOS SIN EVALUARLOS PERIÓDICAMENTE?

F. Antón García, A. Cubides Núñez, E. Correcher Salvador, D. Pruteanu e I. Saura

CS Fuensanta. Valencia.

Objetivos: Evaluar evolutivamente el grado de control de los pacientes dislipémicos atendidos en nuestro Centro de Salud.

Metodología: Hemos valorado en la Historia Clínica Electrónica (HCE) de los pacientes dislipémicos, desde 2006 a 2008, las siguientes variables: sexo, edad, lípidos, tratamiento farmacológico, nivel de registro de los datos en HCE, cumplimentación por los pacientes e inercia terapéuticas, porcentaje de pacientes en objetivos (ATP III). Análisis datos mediante SPSS.

Resultados: Se ha evaluado una muestra de 267 pacientes, edad (2006) 66,2 años (DT 13,4), 66,3% mujeres. Datos correlativos 2006-2007-2008: Tratamiento farmacológico: 67,7%, 72%, 74,5%. Colesterol (mg/dl) 221,4; 211,6; 212,8. LDL-colesterol: 146,7; 133,7; 135,5. HDL-colesterol: 47,4; 52,2; 55,2. Triglicéridos: 149,2; 162,9; 166,3. Cuando apareamos los datos se aprecia una mejoría significativa en el Colesterol y en LDL-colesterol (2006-2007) y en HDL-colesterol en todo el periodo evaluado, en cambio hay aumento progresivo (no significativo) de los triglicéridos. Porcentaje de pacientes en objetivos (criterios ATP III) 2006-2007-2008: colesterol (< 240 mg/dl): 69,6%; 75,1%, 73,6%. LDL-colesterol (< 160 mg/dl): 64,8%; 76,3%; 74,8%. HDL-colesterol (> 39 mg/dl): 73,3%; 80,5%; 88,3%. Porcentaje de registro de lípidos en HCE: superior al 80%. Cumplimentación terapéutica por el paciente: 75%. No modificación del tratamiento en periodo estudio: 70%.

Conclusiones: Se ha producido una mejoría inicial en el nivel del colesterol y sus fracciones con un buen porcentaje de pacientes en objetivos. Es preciso disminuir la inercia terapéutica para mejorar el grado de control. Es preciso hacer evaluaciones periódicas de nuestros pacientes para poder establecer acciones de mejora.

10/49. PREVALENCIA DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN UNA POBLACIÓN DE DIABÉTICOS TIPO 2 CONTROLADOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

S. Barro Lugo, V. Serrano Borraz, M. Saus Arús, S. Moreno Escriba, M. Porta Borges y J. Hubner la Torre

CAP Larrard.

Objetivos: Conocer la prevalencia de enfermedad renal crónica (ERC) y el perfil cardiovascular en una población de diabéticos de atención primaria.

Metodología: Estudio poblacional transversal descriptivo. Se incluyen todos los pacientes diabéticos tipo 2 controlados en el 2009 en dos centros de Atención Primaria de un área urbana. Se extraen los datos de la historia clínica informatizada.

Resultados: 758 pacientes diabéticos controlados en 2009 (55,7% hombres). Se analizan los datos con el paquete estadístico SPSS 18.0. Media edad $73,5 \pm 10,92$ DE. De los 758, se analizan 587 sujetos que presentan recogidas todas las variables. El 50,9% (299) presentan ERC (47,8% hombres, 52,2% mujeres $p < 0,05$). Estadio 1-2: 4,94% (79,3% hombres); estadio 3: 42,9% (42,9% hombres); estadio 4: 2,7% (62,5% hombres); estadio 5: 0,3% (100% hombres). De los pacientes con ERC, 13,4% son fumadores, 65,2% no fumadores y 24,4% Exfumadores. El 82,27% son hipertensos ($p = 0,3$), 81,54% si filtrado glomerular (FG) < 60 ($p = 0,008$). El 60,6% son dislipémicos ($p = 0,9$), el 17,3% presentan cardiopatía isquémica ($p = 0,09$), el 8,03% AVC ($p = 0,7$) y el 11,07% Arteriopatía Periférica (AP) ($p = 0,15$), 11,15% si FG < 60 ($p = 0,017$).

Conclusiones: Alta prevalencia de enfermedad renal crónica en los pacientes diabéticos de atención primaria. Un FG < 60 se relaciona con HTA y AP, por lo que en caso de paciente diabético con FG < 60 , se podría plantear la realización de un índice tobillo brazo para cribaje de AP.

10/50. PREVALENCIA DE ANEMIA Y ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN UNA POBLACIÓN DE DIABÉTICOS TIPO 2 CONTROLADOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

S. Moreno Escriba, S. Barro Lugo, M. Saus Arús, V. Serrano Borraz, M. Porta Borges y J. Hubner la Torre

CAP Larrard. Barcelona.

Objetivos: Conocer la prevalencia de enfermedad renal crónica con anemia en una población de diabéticos de atención primaria.

Metodología: Estudio transversal descriptivo. Se incluyen todos los pacientes diabéticos tipo 2 controlados en el 2009 en dos centros urbanos de Atención Primaria. Se extraen los datos de la historia clínica informatizada. Análisis de datos con paquete estadístico SPSS 18.0.

Resultados: 758 pacientes diabéticos (55,7% hombres). Media edad $73,5 \pm 10,92$ DE. De los 758, se analizan 587 sujetos que presentan recogidas todas las variables. El 50,9% (299) presentan ERC (47,8% hombres, 52,2% mujeres $p < 0,05$). Estadio 1-2: 4,94% (79,3% hombres); estadio 3: 42,9% (42,9% hombres); estadio 4: 2,7% (62,5% hombres); estadio 5: 0,3% (100% hombres). De los pacientes con ERC, 26,1% presentan anemia ($p < 0,05$) y el 38,5% son mujeres (Hb media de $11 \pm 0,82$ DE) y 62,5% son hombres (Hb media $12,03 \pm 0,92$ DE). En estadio 1-2 ERC presentan anemia 30% pacientes ($p = 0,07$), estadio 3: 37,5% ($p < 0,05$), estadio 4: 92,3% ($p < 0,05$), estadio 5: 0%. Hombres con anemia E 1-2 20%, E3 39,6%, E4 100%, E5 0%. Mujeres con anemia E 1-2 33,3%, E3 18,6%, E4 80%.

Conclusiones: Alta prevalencia de enfermedad renal crónica y anemia en los pacientes diabéticos de AP. Menor prevalencia de anemia en mujeres con ERC E3, lo que podría sugerir una sobrestimación de la gravedad de dicho estadio en mujeres, por la estimación del FG según MDRD.

10/54. ACTITUDES HACIA EL TABAQUISMO DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS DE UN ÁREA DE SALUD

F. Gutiérrez Riquelme^a, J. Cabrera Mateos^b, E. López de la Pedraja^c, O. Lemus Mederos^d, D. Henríquez Perera^a y M. Mendoza Luzardo^c

^aCS Valterra. Arrecife; ^bConsultorio Local de Puerto del Carmen. Tías; ^cCS de San Bartolomé. San Bartolomé de Lanzarote; ^dCS de Santa Coloma. Arrecife.

Objetivos: Conocer las actitudes de los médicos y DUEs de Atención Primaria respecto al tabaquismo.

Metodología: Estudio descriptivo transversal. Muestra de 138 profesionales sanitarios, de los que 61 (44,2%) eran médicos. Del sexo femenino eran 91 (65,9%). Edad media corregida: 41,28 años (DE: 10,34). Instrumento de medida: cuestionario autoadministrado referido a conocimientos y actitudes frente al tabaquismo.

Resultados: Eran fumadores 27 profesionales (19,6%). Tenían formación en tabaquismo 88 (64,7%) con una edad media superior a los que no la tenían (42,9 años frente a 39,04; $p = 0,039$), una media de 4,39 años más de ejercicio profesional ($p = 0,01$) y significativamente inferior en el colectivo de enfermería (55,1% frente a 73,8%; $p = 0,027$). Preguntaban al paciente por su hábito tabáquico 133 (96,4%). Dan consejo sanitario 122 (90,4%) siendo superior en el grupo con formación en tabaquismo (96,5% frente a 79,2%; $p = 0,002$), 93 (67,4%) saben lo que es la intervención mínima pero sólo 84 (60,9%) la realizan. Utilizan fármacos en el tratamiento del tabaquismo 46 (33,3%) asociado independientemente a la profesión sanitaria (coeficiente de regresión $B = 3,74$) y realizar intervención mínima ($B = 1,67$). La única variable que se asoció independientemente a "tener formación en tabaquismo" fue la variable "años de ejercicio profesional" (coeficiente de regresión $B = 0,06$).

Conclusiones: Algo menos de la mitad de los profesionales del área de salud carecen de formación en tabaquismo, especialmente

en el colectivo de enfermería. La intervención mínima la realizan aproximadamente la mitad de los profesionales.

10/57. TERAPIA GRUPAL EN ATENCIÓN PRIMARIA. OPTIMIZACIÓN DEL MANEJO DE LA ANSIEDAD

M. Rojas Blanc, A. Valsera Robles, G. Ferriz Villanueva, N. Riera Nadal, M. Borrás Alborch y A. Rivero Morcillo

ABS Sagrada Familia. Barcelona.

Objetivos: Descripción, análisis de la eficacia y grado de satisfacción del usuario, de un programa grupal, el Taller de Relajación, dentro del Programa de Soporte de Salud mental a la Atención Primaria (AP), diseñado para el mejorar el manejo de la ansiedad, basado en la psicoeducación y las técnicas de relajación partiendo de la definición de ansiedad, siguiendo estrategias de afrontamiento y la reestructuración cognitiva.

Metodología: Estudio descriptivo transversal de una muestra compuesta por los pacientes incluidos en los grupos de relajación realizados durante el 2009 en el ABS. Se incluyeron en el programa aquellos usuarios que presentaban clínica de ansiedad y que se consideraron tributarios de beneficiarse de intervención.

Resultados: 100% mujeres. 80% entre 45-60 años. Principales causas de ansiedad: 37,3% crisis matutinas; 34,8% enfermedad propia/familiar; 27,9% conflictos familiares. Visitas médicas totales, de todos los integrantes del grupo, por ansiedad/estrés antes/después (durante un año), de intervención grupal: 34/8. Reducción consumo fármacos ansiolíticos: 89%. Encuesta satisfacción: Interés por actividad 3,7/4; Aportación teórico-práctica 3,5/4. Habilidades aprendidas 3,9/4; Aplicabilidad: 4/4.

Conclusiones: Los talleres de relajación en AP son una herramienta útil para el manejo de la ansiedad, disminuyendo la demanda de atención médica y el consumo de fármacos ansiolíticos. Existe, además, un alto grado de satisfacción por parte del usuario, permitiéndole optimizar el manejo de la ansiedad en su vida diaria, predominantemente por las habilidades aprendidas y su aplicabilidad.

10/58. ¿PODEMOS MEJORAR EL SEGUIMIENTO DE NUESTROS PACIENTES DESPUÉS DE UN INGRESO? PROTOCOLO PREALT Y LA ENFERMERA DE ENLACE

G. Ferriz Villanueva, M. Rojas Blanc, A. Rivero Morcillo, M. Serrano Coronado, C. Ledesma Serrano y N. Rivero Morcillo

ABS Sagrada Familia. Barcelona.

Objetivos: Descripción y análisis del protocolo PREALT. Valoración de la enfermera de enlace.

Metodología: Estudio descriptivo transversal en una ABS urbana con una población asignada de 23.656 pacientes. Descripción de una muestra compuesta por todos los pacientes incluidos durante el año 2009 en el protocolo PREALT: pacientes asignados a nuestra área básica de salud, que fueron alta de algún centro hospitalario de agudos o sociosanitario (CSS), desde el cual se notificaba su alta hospitalaria a nuestro equipo, mediante la Enfermera de enlace, que establecía un primer contacto telefónico con el paciente o cuidador y valoraba y gestionaba la necesidad o no de algún recurso (visita domiciliaria...).

Resultados: 273 pacientes incluidos en PREALT durante 2009. 61,2% mujeres. 85,2% > 74 años; resto entre 45 y 73 años. Origen: 89,12% hospital de referencia; 9,61% CSS de zona. 82,19% requirieron algún tipo de procedimiento terapéutico de enfermería (cura). 94,17% cumplían criterios de anciano frágil (el principal criterio fue la necesidad de recibir curas a domicilio). 7,5% presentaban patología terminal. En todos los casos se estableció contacto telefónico en las primeras 24 horas posteriores al alta hospitalaria y el 97,24% requirieron visita domiciliaria que tuvo lugar en las primeras 48 h.

Conclusiones: El protocolo PREALT y la enfermera de enlace son una buena herramienta en el manejo del paciente, generalmente frágil o con complejidad, una vez éste es alta del hospital o centro sociosanitario donde estaba ingresado. Así mismo optimiza la correcta valoración y gestión de sus necesidades sanitarias, consiguiendo la continuidad asistencial hospital-atención primaria.

10/59. UTILIDAD DE LOS TESTS DE CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO. ¿TENDREMOS QUE SEGUIR CONTANDO PASTILLAS?

G. Ferriz Villanueva, N. Riera Nadal, M. Rojas Blanc, V. Liste Salvador, M. Barragán González y M. Monclús González

ABS Sagrada Familia. Barcelona.

Objetivos: Analizar el perfil, factores de riesgo cardiovasculares (FRCV), complicaciones cardiovasculares y cumplimiento del tratamiento antihipertensivo (CTA) en pacientes hipertensos con mal control (PHMC) de su enfermedad.

Metodología: Estudio descriptivo transversal en un centro de salud urbano (población asignada: 23.212). Análisis de una muestra aleatoria de 100 PHMC de un total de 661 PHMC (15% del total). Revisión historia clínica informatizada OMI-AP. Valoración CTA mediante métodos basados en la entrevista clínica (administración test Morinsky-Green y test de Batalla) y métodos basados en la medición del recuento de comprimidos (recuento simple de comprimidos y aplicación de la fórmula del Porcentaje de Cumplimiento terapéutico (PCT): (Número total comprimidos (NTC) presumiblemente consumidos/NTC que debía haber consumido) × 100).

Resultados: 43,24% mujeres. Edad media 72,75 años IC95% (3,25), TA media (3 últimas determinaciones): TAS media 149,59 mmHg TAD media 79,86 mmHg. Media número fármacos totales: 6 IC95% (0,98) Media número fármacos antihipertensivos: 2,05 IC95% (0,27). 24% tomaban más de 8 fármacos. FRCV: 90,48% varones > 55 años; 93,75% mujeres > 65 años. 18,92% fumadores; 35,13% ex-fumadores. Dislipemia: 56,76%. DM: 29,73%; Glicemia basal alterada: 8,11%; Obesidad grado I: 9,73%; Obesidad mórbida: 10,81%; Normopeso: 56,76%. Antecedentes familiares eventos CV: 27,03%. 62,16% sedentarismo. Complicaciones cardiovasculares: Enfermedad cerebrovascular: 13,51%; Hipertrofia ventrículo izquierdo: 5,40%; Cardiopatía: 18,92%; Nefropatía: 24,32%; Arteriopatía periférica: 18,92%; Retinopatía: 2,70%. Valoración CTA: Test Morinsky-Green: buen cumplimiento: 86,49%; Test Batalla: buen cumplimiento: 32,43%. Porcentaje de Cumplimiento terapéutico (PCT): buen cumplimiento (PCT > 80%): 64,83%.

Conclusiones: La polifarmacia, asociada a la edad avanzada de estos pacientes, podría ser un factor importante en el mal CTA. Así mismo, los test de cumplimiento basados en la entrevista clínica no son una buena herramienta en la valoración del cumplimiento terapéutico del paciente hipertenso mal controlado. Es necesario encontrar otras herramientas más fáciles de aplicar en la práctica diaria que el recuento de comprimidos.

10/60. DESBUROCRATIZACIÓN DE LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA. GESTIÓN DE LA NO DEMORA

M. Rojas Blanc, G. Ferriz Villanueva, N. Riera Nadal, C. Riera Nadal, M. Monclús González y V. Liste Salvador

ABS Sagrada Familia. Barcelona.

Objetivos: Descongestión de la consulta de medicina mediante su desburocratización, con la consecuente mejora de la accesibilidad y reducción de la demora.

Metodología: Elaboración e implantación del protocolo de desburocratización de la consulta médica (PDCM) y de un nuevo tipo de acto no asistencial: (TRÁMITES) en la agenda médica (historia clínica informatizada OMI-AP) donde programar aquellos pacientes

que demandan asistencia puramente burocrática (informes médicos, traslados ambulancias, revisión medicación crónica, recetas...), resolviéndola telefónicamente, evitando así una cita previa que podrá ser ocupada por una demanda asistencial. Realización del circuito organizativo del PDCM. Consenso en una comisión multidisciplinar de los motivos susceptibles a ser incluidos en el PDCM. Análisis de una muestra compuesta por los pacientes programados en la visita "TRÁMITES" creada en la agenda de 8 médicos reformados. Valoración del PDCM al mes de su implantación.

Resultados: 208 visitas "TRÁMITES", las cuales se tradujeron en citas previas libres (CPL) (26 CPL/médico, lo que equivale a un día de consulta más al mes/médico). Tipo de "TRÁMITES": Revisión medicación crónica: 30,9%; Resultados analíticos: 11,5% (89,47% analítica normal); Informe médico (IM): 24,8% (IM de salud: 9,1%; IM solicitud valoración dependencia: 9,1%; IM trámite social: 5,4%; IM solicitud termalismo social: 1,2%); Solicitud traslado ambulancia: 4,8%. Recogida recetas: 7,2%; Otros: 20,8%. Cumplimiento demora < 48h durante las cuatro semanas de mayo por los MF de la muestra: mayo 2008: 75%; mayo 2009: 96,87%.

Conclusiones: El PDCM es una buena herramienta para poder resolver ciertas demandas de los usuarios sin necesidad de que éstos acudan a la consulta médica, mejorando así la accesibilidad de nuestros pacientes al médico de familia.

10/62. ¿EL PASO DE 5 AÑOS HA MEJORADO EL SEGUIMIENTO DE NUESTROS PACIENTES ASMÁTICOS?

J. Mendaza de la Hoz, J. Iturralde Iriso, M. Alarcia Ceballos, T. Esparza Otero, A. Orue Junguitu y M. Ibars Cervera

CS Casco Viejo. Vitoria-Gasteiz.

Objetivos: Comprobar cómo tenemos controlada a nuestra población asmática en el año 2009 en relación a los resultados del año 2005.

Metodología: Diseño: estudio descriptivo transversal. Se utilizan todos los pacientes asmáticos de 20 a 44 años asignados a un centro de salud urbano que atiende a una población de 20.000 habitantes mayores de 14 años. El corte para realizar el estudio se hace a principios de septiembre del 2005 y octubre del 2009. Se utiliza un análisis de la base de datos del programa OSABIDE.

Resultados: Son resultados recogidos de la historia clínica informatizada. Hay un formulario creado para tal fin. Lo que se anota fuera de estos formularios no se recoge como realizado. La prevalencia de asma en población adscrita al centro de 20 a 44 años ha pasado del 1,78% al 2,09%. Se ha valorado el tipo de asma según la gravedad del 18,47% al 35,39%. Tiene registrado su flujo espiratorio máximo de un 15,38% al 23,14%. Tiene realizada y registrada una espirometría en la historia de un 4,67% al 31,05%. Tienen registrados en la historia que se les ha educado en técnicas de inhalación de un 17,41% al 33,39% de los asmáticos.

Conclusiones: Gracias al programa OSABIDE, sabemos en todo momento el control de nuestra población asmática. Tener en cuenta el sesgo que puede suponer no registrar bien los resultados en los formularios diseñados para tal fin. Aunque hemos mejorado con el paso del tiempo, aun estamos lejos de cifras satisfactorias, por lo que debemos mejorar el registro y seguimiento de estos pacientes.

10/64. NUESTRA EXPERIENCIA EN CIRUGÍA MENOR AMBULATORIA

E. Costa Atienza, R. Coma Roura, S. Suriñach Pla, A. Forcada Arcarons, S. Sánchez Belmonte y J. Chacón Toledano

ABS Manlleu. Barcelona.

Objetivos: Asumir los procesos quirúrgicos sobre piel simples. Mejorar la accesibilidad del paciente a estos procedimientos.

Metodología: Se han recogido los datos de los pacientes intervenidos quirúrgicamente durante el primer año de implantación de este servicio en nuestro centro. Se ha realizado una hoja de registro con los detalles demográficos de los pacientes, número de lesiones extraídas, resultado anatomopatológico y la congruencia del resultado con la impresión diagnóstica del médico de familia. Posteriormente se ha analizado mediante estadística descriptiva simple.

Resultados: Los resultados de este año de experiencia son: 18 pacientes intervenidos. (50% mujeres; 50% hombres). Edad entre los 22 a los 85 años. Edad media de 62 años. Tres pacientes < 30 años, cuatro pacientes entre 30 y 60 años, once pacientes > 60 años. Se extraen 21 lesiones y 20 biopsias. El resultado anatomopatológico (AP) muy variable: -Lesiones malignas: carcinoma basocelular infiltrante ulcerado (1); melanoma maligno (1). -Nevus: nevus azul (1), nevus melanocítico intradérmico (3), nevus papilomatoso de tipos intradérmico (1), hemangioma cavernoso (1), quiste epidérmico (1). -Queratosis seborreica: simple (4), de tipo acantónica (3), hiperqueratósica (2), pigmentada (1).

Conclusiones: Ahorro de derivaciones a servicios hospitalarios. Las lesiones malignas fueron derivadas a dermatología de manera preferente. La orientación diagnóstica del médico de familia coincidió con AP en 16 lesiones. En 5 no coincidió (4 eran benignas y 1 maligna). La propuesta de futuro es aumentar la adherencia a este tipo de intervenciones al resto de equipo sanitario o bien crear una consulta específica de cirugía menor en el centro.

10/66. TUTORES DE RESIDENTES Y COACHING: UNA HERRAMIENTA INTERESANTE

M. Campillos Páez, A. Vigil-Escalera Villaamil, Y. Santamaría Calvo, D. Manso López, A. Romero Fernández y J. Lesmes González

Médico de Familia. CS Potes. Área 11 de Atención Primaria. Madrid.

Objetivos: Cada vez es más difícil motivar al residente en el trabajo diario de una consulta de atención primaria y prueba de ello es la pérdida de residentes que sufrimos anualmente.

Objetivos: Principal: conocer la técnica "coaching" como herramienta de ayuda a tutores de residentes. Secundario: implementar esta técnica en nuestro equipo de atención primaria (EAP) para motivar al residente y evaluarla.

Metodología: Ámbito estudio: EAP, con residentes de medicina familia, pediatría y medicina laboral. Coaching consiste en dirigir, instruir y entrenar a una persona para conseguir un objetivo. Aplicamos esta herramienta en el trabajo a diario con el residente, durante el periodo que dure su formación durante el año académico 2008-2009.

Resultados: Tras encuesta evaluativa tanto a los tutores como a los residentes, la efectividad alcanzada con esta técnica ha sido superior en comparación con residentes en los que no se aplicó en cursos anteriores. Así mismo también aumenta el grado de satisfacción del tutor y del residente.

Conclusiones: Conocemos muchas herramientas que ayudan a motivar al residente en su labor profesional y una de ellas es el coaching. Creemos necesario fomentar el empleo de esta técnica con los residentes a nuestro cargo; necesitamos formación de los tutores en esta herramienta. Tras la aplicación del coaching se ha demostrado su efectividad, por lo que es interesante implementar esta técnica de manera sistemática en la formación de los futuros residentes en todos los EAP.

10/67. ESTUDIO COMPARATIVO DE INCIDENCIA DE EFECTOS SECUNDARIOS CARDIOVASCULARES EN PACIENTES DIPPER FRENTE A NONDIPPER

F. Abadía Cebrián, M. Jáuregui García, J. Rubio Fernández, R. Gainza Sansebastián, E. Zabala Laborde y M. Amenábar Asurmendi
CS de Lasarte. Guipuzkoa.

Objetivos: Estudiar la incidencia de efectos secundarios cardiovasculares en pacientes que tras la realización de MAPA se etiquetaron de DIPPER o NONDIPPER.

Metodología: Diseño: estudio retrospectivo, transversal y unicéntrico con los pacientes de Centro de Salud (población aproximada 20.000) a los que se realizó MAPA en los últimos tres años. Tamaño muestral: 124 unidades en dos grupos de 62 DIPPER y 62 NONDIPPER, aleatorizados según generador de números aleatorios. Se generó base de datos donde, tras consulta pormenorizada de historia clínica informatizada, se consignaron datos demográficos (edad, sexo), factores de RCV (REGICOR, SCORE y Framingham), media de las dos últimas cifras tensionales y aparición de complicaciones CV (AVC, nefropatía, coronariopatía, cardiopatía, urgencia hipertensiva, afectación ocular). Análisis estadístico: programa SPSS 18.0, utilizando Chi cuadrado y t Student, considerando significativos valores de $p < 0,05$, calculándose IC del 95%.

Resultados: Se realizó un estudio comparativo de riesgo CV entre ambas poblaciones (SCORE, REGICOR y Framingham), sin detectar diferencias significativas ($p = 0,902$). Se encontraron 18 eventos CV en los pacientes NONDIPPER frente a 6 en los DIPPER ($p = 0,006$).

Conclusiones: La característica de NONDIPPER (no caída nocturna de TA) en consonancia con lo descrito en la literatura, parece ser un determinante per se de la mayor incidencia de aparición de complicaciones cardiovasculares, independientemente de sus cifras tensionales, en las que no hemos encontrado diferencias significativas respecto a los DIPPER. Como consecuencia de este estudio, hemos planteado prolongarlo con otro de cohortes para la posible realización de un protocolo de seguimiento y actuación en los pacientes NONDIPPER.

10/69. PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS DE LAS PATOLOGÍAS ATENDIDAS EN URGENCIAS DE UNA ZONA BÁSICA DE SALUD

D. Henríquez Perera^a, D. Junquera Méndez^a, Y. Assaf Assaf^a, J. Cabrera Mateos^b y O. Lemus Mederos^c

^aCS Valterra. Arrecife; ^bConsultorio Local de Puerto del Carmen. Tías; ^cCS de Santa Coloma. Arrecife.

Objetivos: Conocer la prevalencia y características de las patologías atendidas en un servicio de urgencias de atención primaria.

Metodología: Estudio descriptivo transversal. 652 pacientes elegidos mediante muestreo aleatorio sistemático, 347 (53,2%) eran mujeres. Edad media: 29,35 (DE: 18,98).

Resultados: 169 pacientes (25,9%) acudieron en horario nocturno (10 pm-8 am). Las patologías más frecuentes fueron: patología del aparato respiratorio (29,6%) (87,6% procesos infecciosos vías respiratorias altas), lesiones/envenenamientos (15%) (10,2% esguinces de tobillo), problemas mal definidos (13,75%) (cefalea = 22,7%, dolor abdominal = 12,3% y dolor torácico = 10,1%) y patología del aparato osteomuscular/tejido conectivo (11%) (40,3% lumbalgia/lumbociática). 34 (5,2%) fueron derivados a hospital (15% del grupo ≥ 65 años frente al 4,9% del grupo < 65 OR = 3,42; $p = 0,06$) de ellos 51 (44,1%) fueron por lesiones/envenenamientos, del grupo patología circulatoria fue derivado el 30%. La derivación a hospital fue significativamente superior en el horario 20-22 horas (9,4% vs 4,1% OR = 2,44) ($p = 0,012$). La patología del aparato respiratorio (fundamentalmente infecciones de vías altas) disminuía

su importancia relativa con la edad, siendo inferior a la patología circulatoria en el grupo ≥ 65 años (20% vs 15%). 82 pacientes (12,6%) precisaron algún tipo de prueba complementaria.

Conclusiones: Un porcentaje apreciable de pacientes acude a urgencias después de las 22 horas. Los procesos infecciosos de vías respiratorias altas son los más frecuentes, aunque su importancia relativa disminuye con la edad. Uno de cada 20 pacientes es derivado a hospital fundamentalmente en horario de 20 a 22 horas y por lesiones/envenenamientos.

10/72. EFECTIVIDAD DE LA COOXIMETRÍA EN UN PROGRAMA DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA

F. Sánchez Ruano^a, D. Sellés Benavent^a, V. Llobell Bertomeu^a, A. Santonja Granados^a, A. Succi^b y J. Font Pallarés^b

^aMédico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria; ^bMédico de Atención Primaria.

Objetivos: El tratamiento del tabaquismo es una actividad prioritaria en Atención Primaria. Las intervenciones intensivas han demostrado más eficacia que la intervención mínima. En algunas guías se propone la cooximetría para el control de la abstinencia. El objetivo es estudiar la correlación entre la respuesta del paciente a su abstinencia y la cooximetría.

Metodología: Estudio transversal sobre fumadores que desean dejar de fumar. Variables: sexo, edad, peso, talla, edad de inicio de tabaquismo, nº cigarrillos al día, nivel de actividad, patologías asociadas, e índice tabáquico; tensión arterial y pulso; espirometría; test de motivación de Richmond; test de Fagerström. El seguimiento de la abstinencia se realiza mediante pregunta directa acerca de su abstinencia y con la cooximetría.

Resultados: 78 fumadores incluidos: 38% hombres y 62% mujeres. Edad media: 46 ± 12 años. El 9% son diabéticos y 19% hipertensos; sobrepeso el 32%; obesidad el 16%. El 27% tienen actividad ligera, 61% moderada y 11% intensa. Test motivación Richmond: 69% alta, 23% media, y 8% baja. Test dependencia Fagerström: 51% alta, 30% media, y 19% baja. Todos los pacientes que afirmaban abstinencia tenían una cooximetría menor de 5 ppm.

Conclusiones: La cooximetría no ha detectado ningún falso negativo en la respuesta del paciente sobre su abstinencia. Algunos autores han encontrado discrepancias entre el 6% y el 10%. Los fumadores, motivados, que siguen un tratamiento, y acuden a los controles programados, no tienen necesidad de mentir acerca de una posible recaída. La cooximetría puede tener un uso motivador del paciente, para reforzar su decisión de no fumar.

10/79. LOS ADOLESCENTES, ¿GASTAN LO QUE CONSUMEN?

M. Guasch Villanueva, J. Muñoz Gómez, A. León Estella, E. Zaballos Castellví, F. Rodríguez Casado y E. Martínez Isern

CAP Torredembarra. Tarragona.

Objetivos: Determinar si el consumo energético de los adolescentes supera o no las necesidades de gasto energético diario.

Metodología: Estudio descriptivo transversal en área semiurbana. Muestra: 169 alumnos de enseñanza secundaria con edades de 12 a 17 años (77 hombres, 92 mujeres). Cada alumno cumplimenta 3 recordatorios de ingesta de 24 horas (2 intersemanal y 1 en fin de semana), en el que anota los alimentos y bebidas ingeridas en este periodo, recogiendo información del alimento, cualidades del mismo y método de cocción. Los datos se analizan con el programa informático Nutriber. Obteniendo con ello el consumo energético de cada alumno, pudiéndose comparar con tablas de ingesta energética recomendadas por Varela.

Resultados: En mujeres las medias de consumo energético diario son menores al gasto energético normal para su edad en 13, 14 y 15 años, pero el consumo supera al gasto en las niñas de 16 y 17 años. Las medias del consumo energético diario son menores al gasto energético normal en los adolescentes varones de todas las edades del estudio.

Conclusiones: El hecho de que en las niñas de 16 y 17 años, el consumo energético supere al gasto energético considerado por Varela como correcto para estas edades, podría tener consecuencias en un futuro no muy lejano, dando lugar a una obesidad que se mantuviera en edades futuras.

10/80. GRASAS SATURADAS, FUTURO INMEDIATO

A. León Estella, J. Muñoz Gómez, M. Guasch Villanueva, E. Zaballos Castellví, F. Rodríguez Casado y E. Martínez Isern

CAP Torredembarra. Tarragona.

Objetivos: Determinar el porcentaje de grasas monoinsaturadas, poliinsaturadas y saturadas en la dieta habitual de los adolescentes y compararlo con el porcentaje establecido como aconsejado en una dieta saludable.

Metodología: Estudio descriptivo transversal en área semiurbana. Muestra: 169 alumnos de enseñanza secundaria con edades de 12 a 17 años (77 hombres, 92 mujeres). Cada alumno cumplimenta 3 recordatorios de ingesta de 24 horas (2 inter semanales y 1 en fin de semana), en el que anota los alimentos y bebidas ingeridas en este periodo, recogiendo información del alimento, cualidades del mismo y método de cocción. Los datos se analizan con el programa informático Nutriber, y se comparan con los porcentajes establecidos para una dieta saludable: 15% grasas monoinsaturadas, 7-8% grasas poliinsaturadas, 7-8% grasas saturadas.

Resultados: En adolescentes de ambos sexos lo más significativo es el exceso en consumo de grasas saturadas, en especial en el grupo de edad de 15 años.

Conclusiones: En todas las edades y en ambos sexos el consumo de grasas saturadas supera al de poliinsaturadas. Se deben hacer cambios en la dieta de los adolescentes de hoy si no queremos enfermos el día de mañana.

10/81. LOS ADOLESCENTES, ¿DIETA CORRECTA O INCORRECTA?

J. Muñoz Gómez, A. León Estella, M. Guasch Villanueva, E. Zaballos Castellví, F. Rodríguez Casado y E. Martínez Isern

CAP Torredembarra. Tarragona.

Objetivos: Determinar si los adolescentes realizan dieta equilibrada en cuanto al aporte de macronutrientes, proporción de proteínas, hidratos carbono y grasas.

Metodología: Estudio descriptivo transversal en área semiurbana. Muestra: 169 alumnos de enseñanza secundaria con edades de 12 a 17 años (77 hombres, 92 mujeres). Cada alumno cumplimenta 3 recordatorios de ingesta de 24 horas (2 intersemanales y 1 en fin de semana), en el que anota los alimentos y bebidas ingeridas en este periodo, recogiendo información del alimento, cualidades del mismo y método de cocción. Los datos se analizan con el programa informático Nutriber. Comprobando si el reparto de nutrientes a lo largo del día cumple con las pautas recomendadas por la FAO-OMS (50-55% AET- aporte energético total de HC, 12-15% AET de proteínas, 30-35% AET de grasas).

Resultados: Los adolescentes del estudio no realizan una distribución correcta de alimentos durante el día, ningún grupo alcanza los objetivos de la ingesta en el desayuno, sobrepasándolos en el recreo. El resto de comidas son correctas en todos los grupos de edad excepto los de 13 años que son menores a las recomendadas.

Conclusiones: Los adolescentes no realizan una dieta equilibrada en cuanto al aporte de macronutrientes, existe en su alimentación un exceso en el consumo de alimentos proteicos y un descenso en consumo HC y grasas.

10/82. SOSPECHA DE DETERIORO COGNITIVO EN ATENCIÓN PRIMARIA

A. León Estella, J. Muñoz Gómez, M. Guasch Villanueva, E. Zaballos Castellví, F. Rodríguez Castellví y F. Rodríguez Casado

CAP Torredembarra. Tarragona.

Objetivos: Valorar la prevalencia de sospecha de deterioro cognitivo (DT) en un cupo de Atención Primaria (AP) de un área de salud urbana.

Metodología: Estudio descriptivo observacional transversal con una muestra de 199 pacientes ≥ 65 años. Criterios inclusión: hombres y mujeres ≥ 65 a. Criterios exclusión: hombres y mujeres ≥ 65 a con alguna dificultad sensorial o de cultura de origen para la realización del Mini Mental State Examination (MMSE) de Folstein 75. Según el resultado se hacen 3 grupos: A: ≤ 24 : sospecha de deterioro, B: 25-26: borderline, C: ≥ 27 : normales.

Resultados: No sospecha de DC 81,6%, borderline 8,9%, sospecha de DC 9,5%, 16 pacientes excluidos, 4 por demencia. Edad media: $74,7 \pm 6,9$ a, mujeres 54,7%, HTA 68,7%, DM2 18,4%, DLP 29,1%, eventos CV 5,6%, arritmia 5%, antecedente de depresión 11,2%, ansiedad 22,9%, 8,4% fumadores, 8,9% HVI.

Conclusiones: El 9,5% de los pacientes con sospecha de DC han pasado desapercibido. Nos tendríamos que plantear estrategias de cribado activo para el DC de forma reglada igual que hacemos para otras patologías.

10/84. PERFIL DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS TIPO II DE UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA

O. Lemus Mederos^a, J. Cabrera Mateos^b, D. Viera Camacho^a, F. Gutiérrez Riquelme^c, D. Henríquez Perera^c y M. Mendoza Luzardo^d

^aCS Santa Coloma. Arrecife; ^bConsultorio Local de Puerto del Carmen. Tías; ^cCS de Valterra. Arrecife; ^dCS de San Bartolomé. San Bartolomé de Lanzarote.

Objetivos: Conocer el perfil de los pacientes diabéticos tipo II de una zona de salud y la calidad de la asistencia sanitaria recibida por los mismos.

Metodología: Estudio descriptivo transversal de todos los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus (DM) tipo II, de un consultorio periférico. Eran 123 pacientes (54,5% mujeres), con una edad media de 58,2 años.

Resultados: Un 41,5% presentó riesgo cardiovascular (RCV) moderado, 32,5% presentaban tensión arterial alta ($> 130/80$ mmHg), 38,7% tenían sobrepeso, 54,5% realizaban algún tipo de ejercicio físico. El hábito tabáquico no constaba en un 73,2%, pie diabético en un 65,8% y el fondo de ojo no realizado en el 65%. Tenían HbA1C realizada en el último año un 73,2%, determinación de microalbuminuria en un 85,4% y de lípidos en un 66,7%.

Conclusiones: los pacientes diabéticos presentan un bajo registro de factores de RCV. Bajo grado de detección de comorbilidad. Se debe mejorar la calidad del registro de datos para un mejor seguimiento y control de los pacientes diabéticos tipo II

10/86. DEL MÉTODO YUZPE AL SISTEMA ACTUAL: 13 AÑOS DE ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA EN EL CAP DE SANT CUGAT

J. Torras Salles, P. Delgado Martín y M. Galán Urbano

CAP Sant Cugat. Barcelona.

Objetivos: Describir la experiencia obtenida después de 13 años de dispensación de la píldora post-coital.

Metodología: Estudio retrospectivo longitudinal con recogida de datos de forma aleatoria desde enero de 1997 a diciembre de 2009.

Resultados: De un total de 5.910 mujeres que acudieron al centro solicitando la anticoncepción de emergencia el 53,38% fueron menores de 21 años y un 40,96% están entre los 22-40 años. Desde 1997-2004, método yuzpe, un 63% lo utilizaron por primera vez y un 37% eran reincidentes. A partir del 2005-2009, método actual, lo utilizan un 43% por primera vez y un 57% son reincidentes. Las causas más frecuentes son debidas a la ruptura del preservativo con un 76,5%, frente al 19% por la no utilización de métodos anticonceptivos. El 82% acuden en las primeras 24h y sólo un 0,5% después de las 72 h.

Conclusiones: 1.-La mayoría de las mujeres que utilizan este método son jóvenes y reincidentes. 2.-Desde el método yuzpe al actual se observa una disminución de las que lo utilizan por primera vez. Con lo que podríamos pensar que algo va cambiando, aunque sea muy lentamente, debido a la información y educación sanitaria, por lo que creemos que es importante continuar fomentando conductas sexuales saludables.

10/89. CONOCIMIENTOS SOBRE CITOLOGÍA DE CÉRVIX EN MUJERES ATENDIDAS EN UN CENTRO DE SALUD

M. Mateo Pascual, I. Gómez Cabañas, R. Julián Viñals, M. Pérez Unanua, Y. Muñoz González y N. Ortega Inclán

CS Doctor Castro Viejo.

Objetivos: Determinar el grado de conocimientos acerca de la utilidad de la citología de cérvix uterino en mujeres adultas que acuden al Centro de Salud; porcentaje de ellas que se realizaron citología en los últimos cinco años, y profesional que la indica.

Metodología: Estudio observacional, descriptivo, transversal. Muestra aleatoria de mujeres entre 18-65 años que acuden a seis consultas de Atención Primaria por cualquier motivo. Mediante encuesta anónima autocumplimentada se recogen datos epidemiológicos y se contestan cinco preguntas abiertas sobre citología: en qué consiste, para qué sirve, cuándo se debe iniciar y con qué frecuencia. Estas respuestas son valoradas por los médicos del estudio clasificándolas en correctas, incorrectas, ambiguas y no contestadas. Los resultados se expresan en porcentajes.

Resultados: Muestra: 181 mujeres; edad media 45 años; 66,5% con nivel de estudios medio-alto. Un 20,4% no saben qué es una citología; destaca que un 36% define la prueba como "toma de muestra". Sólo un 22,7% conoce su utilidad, y la mayoría (77,6%) cree que se la debe hacer anualmente de forma indefinida. La palabra "prevención" la nombran el 41,4%. El 86,9% se la han realizado en los últimos cinco años, pero un 7,2% no se ha hecho ninguna en su vida. La mayoría de las citologías (68,7%) se realizan en la consulta del ginecólogo, y por indicación del mismo.

Conclusiones: Es necesario aumentar los conocimientos de las mujeres acerca de prevención de cáncer de cuello uterino. Los médicos de Atención Primaria deberíamos implicarnos más en esta actividad preventiva.

10/91. ¿INFLUYE LA DIABETES MELLITUS EN EL PRONÓSTICO DE PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA CRÓNICA? ESTUDIO CIBAR

A. Vizcaya Ramos^a, M. Otero Mata^b, R. Blanco Rodríguez^c, G. Allut Vidal^d, A. Herrero Suárez^e y B. García Brión^b

^aCS de Cesullas-Cabana de Bergantiños. XAP A Coruña; ^bCS de Boiro. XAP de Santiago de Compostela; ^cCS de Lousame. XAP de Santiago de Compostela; ^dCS de Arzúa. XAP de Santiago de Compostela; ^eCS de Pobra do Caramiñal. XAP Santiago de Compostela.

Objetivos: La diabetes (DM) predice peor pronóstico en síndrome coronario agudo. Analizamos el impacto de la DM sobre pacientes con cardiopatía isquémica crónica (CIC).

Metodología: Estudio multicéntrico de cohortes prospectivas, participando 69 médicos de Atención Primaria, que registraron y analizaron las características clínicas, la morbilidad y mortalidad de una serie de 1.108 pacientes ambulatorios diagnosticados de CI, tras un seguimiento medio de 26,3 meses.

Resultados: El 29% de los pacientes eran diabéticos, con edad media de 71 años, mayor que en los no diabéticos ($p < 0,001$), siendo también más obesos (49% vs 36%, $p < 0,001$), hipertensos (76% vs 62%, $p < 0,001$) y dislipémicos (81% vs 66%, $p < 0,001$), con peor control de presión arterial (32% vs 40%, $p < 0,01$) y más comorbilidades (insuficiencia cardíaca (14% vs 10%, $p < 0,05$), vasculopatía periférica (23% vs 10%, $p < 0,001$), disfunción renal (14% vs 7%, $p < 0,019$), anemia (16% vs 12%, $p < 0,05$). Asimismo, los diabéticos recibían más bloqueadores del sistema renina-angiotensina (72% vs 56%, $p < 0,001$), calcioantagonistas (44% vs 36%, $p < 0,05$), diuréticos (40% vs 30%, $p < 0,01$) e hipolipemiantes (92% vs 87%, $p < 0,05$). Tras 26 meses de seguimiento, la mortalidad bruta total fue 7,1%, mayor en diabéticos (10,7% vs 5,7%, $p < 0,01$), al igual que la mortalidad por causa cardiovascular (6,3% vs 3,1%, $p < 0,05$), y las hospitalizaciones por causa cardiovascular (21,1% vs 15,9%, $p < 0,05$). En el análisis multivariable, la DM resultó ser un determinante independiente de mortalidad cardiovascular (hazard ratio (HR) = 1,9; intervalo de confianza (IC) del 95%, 1,1-3,5), al igual que la insuficiencia cardíaca, la insuficiencia renal y los ingresos cardiovasculares en el año previo.

Conclusiones: La CIC tiene un pronóstico relativamente benigno, aunque éste empeora en el subgrupo de diabéticos, por lo que su tratamiento y los objetivos de control han de ser más estrictos.

10/93. EL MANTENIMIENTO EN LA DESHABITUACIÓN TABÁQUICA: UN GRAN LOGO PERSONAL

A. Pellitero Santos, M. Ortega Bravo, M. Barco López, M. Calvo Godoy, N. Vilà Jové y M. Bordalba Layo

ABS Capponet. Lleida.

Objetivos: Describir el grado de dependencia y motivación al iniciar un programa de deshabituación tabáquica (DT). Determinar cuántas visitas han sido necesarias los 6-12 meses de abandono del hábito. Analizar en qué fase de cambio se entró en el programa de DT en los abstinentes a 6-12m.

Metodología: Estudio epidemiológico transversal. Individuos de una unidad de deshabituación tabáquica (DT) de un centro de Atención Primaria Urbano durante los años 2008-2009, que se mantienen abstinentes a 6-12m de iniciado el programa. Variables: sexo, número de visitas efectuadas, test de Richmond (TR), test de Fargerström (TF) y los paquetes/año consumidos.

Resultados: Muestra de 10 individuos, 50% mujeres. Edad media de 48 años. Un 80% de los abstinentes a los 6-12m requirieron 3 o 4 visitas. Un 20% solamente dos. El 100% se encontraban en fase de acción en el momento de entrar en el programa. Un 50% obtuvieron

un TF moderado, un 40% alto y un 10% baja. La media del índice paquetes/año fue de 17,7.

Conclusiones: El mantenimiento de la abstinencia a largo plazo, es el objetivo principal de todo programa de deshabituación tabáquica (DT). Destaca que el 100% se encontraba en fase de acción y el 70% presentaba una motivación alta al entrar en el programa. La motivación personal así como el seguimiento en una consulta especializada son los factores principales que mantienen la abstinencia al tabaco.

10/98. ¿QUÉ FACTORES DE RIESGO GASTROINTESTINALES PRESENTAN LOS PACIENTES ARTRÓSICOS CUANDO LES PRESCRIBIMOS UN AINE?

J. Iturralde Iriso^a, S. Giménez Basallote^b, M. Alarcía Ceballos^a, G. Mediavilla Tris^c, I. Sánchez Sánchez^b y S. Abad Sánchez^b

^aCS Casco Viejo. Vitoria-Gasteiz; ^bCS Limonar. Málaga; ^cCS Aranbizkarra 1. Vitoria-Gasteiz.

Objetivos: Conocer qué factores de riesgo gastrointestinal presentan nuestros pacientes artrósicos cuando les prescribimos un aine.

Metodología: Estudio descriptivo transversal multicéntrico. Fue realizado por médicos de atención primaria de todo el territorio nacional. Se seleccionaron pacientes mayores de 18 años diagnosticados de artrosis de cualquier localización y que a juicio del investigador precisaban un tratamiento con un antiinflamatorio no esteroideo. Para el análisis se utilizó el paquete estadístico SAS® versión 8.2 para realizar todos los análisis estadísticos.

Resultados: Se estudian 3.243 pacientes reclutados por 369 médicos de atención primaria. El 62,3% eran mujeres. La edad media es de 64,4 ($\pm 11,1$ años). En relación a los factores de riesgo gastrointestinal, el 64,5% tienen una edad > 60 años. El 38,2% presentan historia personal de dispepsia. Un 26,8% toman dosis altas de aines en la actualidad. El 13% tienen un uso concomitante de AAS. El 10,2% tienen historia de úlcera péptica no complicada. Un 4,1% toman anticoagulantes orales y un 4% corticoides. El 3,4% tienen una infección actual por *Helicobacter pylori*. El 2,4% tienen historia previa de hemorragia digestiva alta o perforación. En cuanto a riesgo gastrointestinal, el 13,3% lo tienen bajo, un 35,7% tienen un riesgo intermedio y un 51% tienen un riesgo alto.

Conclusiones: Los pacientes artrósicos tienen un riesgo intermedio-alto de sangrado gastrointestinal, por lo que en muchos casos estos pacientes cuanto toman un aine deben estar gastroprotegidos o tomar un aine con menor riesgo de producir sangrados.

10/103. EN SANTA COLOMA LAS MUJERES TIENEN ASMA Y LOS HOMBRES EPOC

R. Mourelle Varela^a, C. Molina Guasch^a, E. Martín Correa^a, A. Borrás Calvo^b, V. Sierra Rodríguez^a y O. Pérez Quílez^a

^aICS; ^bSVS-Osakidetza.

Objetivos: Conocer evolución de incidencia y prevalencia de asma y EPOC a lo largo de los últimos 5 años.

Metodología: Diseño: estudio observacional, descriptivo, retrospectivo. Participantes y emplazamiento: todos los pacientes asignados como población en el ABS4 Santa Coloma de Gramenet, población urbana de Cataluña. Mediciones principales; revisión sistemática de registros de Asma y EPOC siguiendo clasificación CIE en base informática E-CAP. Estudio estadístico de incidencia y prevalencia registradas a lo largo del intervalo comprendido entre los años 2004 a 2008, así como su relación con sexo de los pacientes.

Resultados: La prevalencia de asma en los años 2004 a 2009 para hombres (H) y mujeres (M) fue de 2,58% (37,61%H, 62,39%M), 2,80% (38,10%H-61,90%M), 2,87% (38,96%H-61,04%M), 3,07% (37,70%H-62-

,30%M) y 3,07% (37,58%H-62,42%M). Por lo que respecta a EPOC las prevalencias fueron 1,19% (85,16%-14,84%) en el 2004, 1,40% (85,57%H-14,43%M) en 2005, 1,53% (87,50%H-12,50%M) en 2006, 1,61% (87,64%H-12,36%M) en 2007 y 1,66% (87,06%H-12,94%M) en 2008. Tanto para asma como para EPOC se aprecia disminución de incidencia a lo largo del periodo de estudio.

Conclusiones: Menor prevalencia de las esperadas en nuestra población. Descenso a lo largo de los años de incidencia mientras prevalencia va aumentando (en probable relación con mayor supervivencia e infraregistro). Relación de asma con sexo femenino mientras el EPOC se relaciona con sexo masculino. El sexo femenino se relaciona con mayor posibilidad de diagnóstico de asma (RR: 1,6), mientras que el sexo masculino se relaciona con mayor posibilidad de ser diagnosticado de EPOC (RR: 5,9).

10/105. ¿ESTAMOS PENDIENTES DEL CONTROL DE NUESTROS PACIENTES HIPERCOLESTEROLÉMICOS? UNA VISIÓN 5 AÑOS DESPUÉS

C. Noriega Bosch^a, J. Iturralde Iriso^b, I. López de Viñaspre Mugerza^c, A. Alcalde Lozano^c, A. Iñiguez de Cirano Landa^a y G. Mediavilla Tris^d

^aCS La Habana. Vitoria-Gasteiz; ^bCS Casco Viejo. Vitoria-Gasteiz;

^cCS San Martín. Vitoria-Gasteiz; ^dCS Aranzabizkarra 1. Vitoria-Gasteiz.

Objetivos: Comprobar cómo tenemos controlada a nuestra población hipercolesterolémica en el año 2009 en relación a los resultados del año 2005

Metodología: Diseño: estudio descriptivo transversal. Se utilizan todos los pacientes asignados a un centro de salud urbano que atiende a una población de 20.000 habitantes mayores de 14 años. El corte para realizar el estudio se hace a principios de septiembre del 2005 y octubre del 2009. Se utiliza un análisis de la base de datos del programa OSABIDE.

Resultados: Son resultados recogidos de la historia clínica informatizada. Se ha realizado el cribado de colesterol en personas mayores de 35 años de un 27,75% al 40,08%. La prevalencia de diabetes ha pasado del 9,1% al 11,1%. Se ha realizado estudio analítico en el último año del 49,11% al 55,45%. Se realiza control periódico de toma de tensión arterial, registro de un índice de masa corporal, consejos de dieta, ejercicio y toma de mediación si es necesaria, del 37,79% al 51,62%. Buen control de las cifras de colesterol del 32,06% al 38,19%.

Conclusiones: Gracias al programa OSABIDE, sabemos en todo momento el control de nuestra población hipercolesterolémica. Tener en cuenta el sesgo que puede suponer no registrar bien los resultados en los formularios diseñados para tal fin. Aunque hemos mejorado algo con respecto al año 2005, seguimos con poca población hipercolesterolémica con el colesterol controlado, a pesar de que disponemos fármacos efectivos para tener dicho control.

10/110. ESTUDIO DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA EPOC

Y. Romero Fernández^a, I. Andreu Oliete^a y M. Miravittles Fernández^b

^aCS EAP Numancia Barcelona; ^bHospital Clínic. Barcelona.

Objetivos: El diagnóstico diferencial entre asma y EPOC no siempre es fácil; los mecanismos responsables de la afectación de la vía aérea son distintos y por tanto el tratamiento será distinto. En el estudio EDDE se pretende evaluar la prevalencia de EPOC no diagnosticada en Atención Primaria.

Metodología: Se trata de un estudio multicéntrico, descriptivo transversal,, en el que participaron 53 médicos que incluyeron 324

pacientes. Se seleccionan pacientes de más de 40 años que tomaban tratamiento inhalado por síntomas respiratorios crónicos, durante los últimos seis meses. Se aplican cuatro métodos diagnósticos: médico, espirométrico, y dos cuestionarios validados de diagnóstico diferencial entre asma y EPOC.

Resultados: El 63,8% fueron hombres con edad media 66,9 años. Fumadores activos el 24,4% y exfumadores el 52,4%. El 17,8 presentaron atopía, el 71% tos crónica. Hubo una concordancia entre los cuatro métodos de diagnóstico de EPOC del 18,5% para los casos de EPOC y del 8% para los no casos. En cuanto al tratamiento el 65,2% realizaban asociación de betaadrenérgicos de larga duración y corticoides, seguidos del 55% con beta adrenérgicos de corta duración. Los pacientes diagnosticados de EPOC tenían mayor edad, peor función pulmonar y mayor grado de tabaquismo.

Conclusiones: Deberíamos ser más rigurosos ante el diagnóstico de nuestros pacientes respiratorios, siguiendo los métodos clasificatorios establecidos en los protocolos ya que con ello condicionamos el control óptimo de éstos pacientes, que pueden no realizar el tratamiento más adecuado.

10/116. PREVALENCIA DE ENFERMEDAD CELÍACA EN PARIENTES DE PRIMER GRADO DE PACIENTES CELIACOS

M. Guzón Centeno^a, J. Campos Rodríguez^b, M. Martínez Grandmontagne^a, S. Iglesias Papadopoulou^a, J. Colás Sanz^a y C. García Jordán^a

^aCS Goya. Madrid; ^bCS Castelló. Madrid.

Objetivos: Analizar la prevalencia de enfermedad celiaca en familiares de primer grado de pacientes celiacos en el ámbito de Atención Primaria.

Metodología: Estudio descriptivo observacional realizado en una consulta de A.P. del CS Goya del Área 2 de Madrid. La muestra estaba constituida por un total de 17 familiares de primer grado de 6 pacientes celiacos confirmados. Se les realizó un protocolo diagnóstico que incluía historia clínica y estudio analítico con hemograma, bioquímica con perfil básico, hepático, tiroideo, férrico, ac. fólico, vitamina B12, iones, Ig A sérica y anticuerpos antitransglutaminas Ig A. Como diagnóstico de confirmación se realizó biopsia intestinal de duodeno mediante endoscopia oral.

Resultados: De los 17 familiares estudiados (11 mujeres y 6 varones) con rango de edad entre 15 y 61 años, la determinación de anticuerpos antitransglutaminasa Ig A fue positiva en tres mujeres asintomáticas (madre y dos hijas de dos pacientes celiacos). El resultado de la biopsia intestinal determinó atrofia leve de vellosidades en dos casos.

Conclusiones: Hemos obtenido una mayor prevalencia de enfermedad celiaca (11,8%) entre los familiares de primer grado de enfermos celiacos con respecto a la población general (1-2%). Debemos pensar en la necesidad de realizar estudio de screening en esta población para disminuir los riesgos de enfermedad celiaca no diagnosticada.

10/117. CRIBADO DE HIPERTENSIÓN OCULAR/GLAUCOMA EN HIPERTENSOS ARTERIALES. VALIDEZ DEL TONÓMETRO DE AIRE

S. Juan Ezquerro^a, A. Asensi Blanch^b, M. García Serrano^c, I. Colomé^d, M. Gras Miquel^a y J. Saldias Ochandorena^a

^aABS Igualada; ^bHospital Igualada; ^cABS Miraflores; ^dAnoia Rural.

Objetivos: Conocer la prevalencia de hipertensión ocular (HTO)/glaucoma en usuarios con hipertensión arterial (HTA). Validez del tonómetro de aire CT-80 TopCon con tonómetro de aplanación Goldmann.

Metodología: Estudio multicéntrico descriptivo transversal. Tamaño muestral: confianza 95%, precisión 2%, estimación HTO 7,91%

población general, 10% pérdidas. Muestra 164 HTA de 40-80 años. Muestreo aleatorio sistemático HTA. Citación telefónica. Excluidos HTA con: ceguera, atención domiciliaria. Variables: edad, sexo, años evolución HTA, tonometría de aire (media de tres determinaciones), tonometría Goldmann (una determinación mediante instilación colirio fluoresceína + oxibuprocaina clorhidrato), retinografía (mediente cámara no midriática) y cálculo de relación diámetro/papila con diámetro excavación (cup disk ratio programa informático TopCon).

Resultados: Edad media 64,18 IC95% (62,89; 65,46), 53% mujeres, 8,75 años de evolución de la HTA. Tonometría de aire elevada (PIO 21 mmHg) en 12,2%. Retinografía alterada en 39,6% (retinopatía HTA grado I, miopía, excavación papilar, drusas, retinopatía diabética, nevus, etc.). Radio papilar indicativo de glaucoma en el 3,7%. Validez del tonómetro de aire: sensibilidad 97,14%, especificidad 50%, valor predictivo positivo 91,89%, valor predictivo negativo 75%. Los valores de PIO límites (20-23) son los que generan las diferencias entre ambos tonómetros.

Conclusiones: Los usuarios con HTA presentan PIO más elevadas que la población general. Se deben realizar más estudios para evaluar si los HTA debe realizarse cribado de hipertensión ocular/glaucoma. La retinografía amidriática detecta muchas patologías retinianas susceptibles de ser tratadas o controladas. El tonómetro de aire CT-80 TopCon ha demostrado ser un buen instrumento de cribado de HTO.

10/118. PREVALENCIA DE ENFERMEDAD CELÍACA EN UNA POBLACIÓN DIAGNOSTICADA DE ANEMIA FERROPÉNICA

M. González Martínez^a, M. Guzón Centeno^a, J. Campos Rodríguez^b, E. Gálvez Cañamaque^a, T. Lozano Fernández^a y R. Pastor García^a

^aCS Goya. Madrid; ^bCS Castelló. Madrid.

Objetivos: Conocer la prevalencia de enfermedad celiaca en una población adulta diagnosticada de anemia ferropénica y asignada a una consulta de Atención Primaria.

Metodología: Estudio descriptivo observacional realizada en una consulta de AP del CS. Goya del área 2 de Madrid. La muestra estaba constituida por pacientes de ambos sexos e intervalo de edad entre 16 y 82 años diagnosticados de anemia ferropénica. A estos pacientes se les realizó estudio analítico que incluyó: hemograma, bioquímica con perfil básico, hepático, tiroideo, férrico, vitamina B12 y ac. fólico, IgA sérica y anticuerpos antitransglutaminasa IgA. Como diagnóstico de confirmación se realizó biopsia intestinal de duodeno mediante endoscopia oral.

Resultados: Los pacientes seleccionados fueron 76; 7 rechazaron participar en el estudio. De los 69 pacientes participantes (46 mujeres, 23 hombres) con diagnóstico de anemia ferropénica, la determinación de anticuerpos antitransglutaminasa IgA fue positiva en 4 mujeres y 2 varones. El resultado de la biopsia intestinal determinó atrofia de vellosidades en 5 casos (3 mujeres y 2 varones).

Conclusiones: Hemos obtenido una prevalencia de 7,3%, superior a la estimada en la población general (1-2%) y similar a la de la población diagnosticada de anemia ferropénica: hay que considerar que la anemia es una de las manifestaciones más características y a veces la única de la enfermedad celiaca del adulto.

10/119. IMPLANTACIÓN DEL PROGRAMA DE EPOC EN UN CENTRO DE SALUD

M. Salas Tomás, M. García Lillo, I. Palazón Selva, M. Mínguez Cebrían, M. Asensio García y J. Ruiz Paterna

Médico de Familia. CS Hospital Provincial-Plá. Alicante.

Objetivos: Analizar el control del paciente con EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica) sus variables, implantación y seguimiento.

Metodología: Estudio descriptivo de una muestra de 41 pacientes seleccionados al azar. Las variables estudiadas son: Sexo, edad, tabaco, talla, peso, hábitos tóxicos, clínica, espirometría y tratamiento recogidas del sistema Abucasis II y del subprograma establecido.

Resultados: La distribución es de 59% (mujeres) y 41% (hombres). El 12,2% menores de 40, el 24,4% entre 41- 60 y el 63,4% mayores de 60 años. No fumadores 61%, fumadores 34% y un 5% exfumadores. La clínica de tos, disnea y expectoración son discordantes. En la espirometría observamos: -Disminución de la capacidad vital forzada (CVF) menor del 80% un 51% casos; -Volumen máximo espirado en el primer segundo (FEV1) menor del 80% en el 76% pacientes; -Relación FEV1/CVF debajo del 70% en 12%; -Obstructivos el 24,4%, restrictivos 34,1%, mixtos 14,5% y normales el 27%; -Gravedad según FEV1 leve (90%), moderado (7%) y grave (3%). Los pacientes tratados correctamente (pauta continuada) 39% frente al 61% con tratamientos esporádicos.

Conclusiones: La sintomatología y espirometrías deben cuantificarse en el historial, relacionándolas con estudios de calidad de vida. Las espirometrías debemos realizarlas precozmente evaluando diagnóstico, gravedad y tratamientos para conseguir un programa eficiente.

10/123. ESTUDIO DE TROMBOPENIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

J. Rodríguez Santana^a, L. Calles Hernández^b, M. García López de la Osa^a, M. González Hernández^a, P. Manglano Pintó^a y C. Bibiano Aguirre^c

^aMédico Adjunto. Servicio de Urgencias. ^bMédico de Laboratorio. ^cJefe de Servicio. Hospital La Moraleja.

Objetivos: Estudiar las trombopenias que acuden al servicio de urgencias del Hospital La Moraleja de Madrid, hospital privado y que atiende a los asegurados de dicha sociedad. También estratificar que tipo de trombopenia se encuentran en el servicio de urgencias de nuestro hospital.

Metodología: Obtener los resultado de hemogramas que se han realizado en el laboratorio de nuestro Hospital y seleccionar aquellos paciente que presenta plaquetas por debajo de 60.000. Se han revisado 36.630 análisis realizados en el hospital y 16.593 realizados para el servicio de urgencias, desde octubre de 2009 a abril de 2010. Por otro lado se han revisados 65.820 (descartando las 22,943 de pediatría) historias clínicas de los paciente con trombopenias para estratificar el tipo de trombopenia que se ven.

Resultados: De los 42.877 pacientes vistos en urgencias, 4 pacientes presentaban plaquetas por debajo de 10.000 y 18 pacientes con plaquetas entre 60.000 y 10.000, de estos la mayoría son tras quimioterapia y un pequeño porcentaje debido a hepatopatías.

10/126. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE FORMACIÓN CONTINUADA DE UN CENTRO DE SALUD

M. Richart Rufino, F. Antón García y J. Otero García

CS Fuensanta. Valencia.

Objetivos: Evaluar el Programa de Formación Continuada del Centro de Salud (CS), elaborado en 2008, dentro del proceso para obtener la Certificación de Calidad Externa del CS (INACEPS).

Metodología: El Programa de Formación facilita y promueve las actividades de formación continuada. Se evalúan: Sesiones, Cursos, Trabajos de investigación, Asistencia a Congresos. Las actividades se registran y se archivan facilitando su evaluación. Se revisan las realizadas por los trabajadores del CS: médicos 8, pediatras 2, enfermería, 9, personal auxiliar 6 (administrativos y celadores) durante 2009.

Resultados: Se han contabilizado las siguientes actividades: Sesiones clínicas (revisiones, casos clínicos) 36, 10 con ponente externo.;

Se solicitó la acreditación de esta actividad, aceptada en 2010; Sesiones comisión calidad 3; Organizativas de equipo 9; Puesta en marcha página web CS 3; Acreditación INACEPS 7; Actualización sistema informático 3; Sesiones de enfermería, 5; Cursos de planes de formación de la administración, 31, Trabajos de investigación médicos 18, (comunicaciones en congresos y publicaciones en revistas), enfermería 2; Asistencia a 6 Congresos, nacionales e internacionales.

Conclusiones: La formación continuada debe formar parte de la actividad habitual del CS. Las sesiones se realizan sistemáticamente, con elevada participación, potenciándose con el programa, participa fundamentalmente el personal médico. Se han realizado Trabajos de Investigación, participando médicos y enfermería. En los Cursos de Formación participa básicamente el personal auxiliar. La existencia de un Programa normaliza y facilita las actividades potenciando su realización de forma sistemática y reglada. Es importante su evaluación para detectar necesidades formativas y valorar soluciones.

10/127. REVISIÓN DE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA ESPONTÁNEA EN UN CENTRO DE SALUD DURANTE EL AÑO 2009

J. Escoda Mingot^a, J. Sánchez Colom^b, C. Gonzalvo Orero^c, M. González Medina^a, O. Armengol Badia^a y L. Viñas Cabrera^a

^aCAP Poblenou. Barcelona; ^bCAP Santa Margarida Montbui. Barcelona; ^cCAP Clot. Barcelona.

Objetivos: Determinar el número total de visitas domiciliarias durante el año 2009 distribuido por días de la semana, meses, horario de demanda y edad del paciente. Esto permitirá determinar las cargas de trabajo actual de los facultativos, valorar cambios de horario, refuerzos, etc. Indirectamente permitirá conocer el grado de seguimiento adecuado de los pacientes crónicos domiciliarios.

Metodología: Estudio descriptivo a partir de los datos obtenidos de la hoja de recogida diaria de visitas domiciliarias y de la historia clínica informatizada (e-cap).

Resultados: El número total de visitas ha sido de 1.133 para una población asignada de 18.317 (el 7,1%). Las visitas de 8 a 14h (horario mañanas) han sido de 829 por 244 de 14 a 19h (horario tardes). Los lunes con 304 visitas y los viernes con 169 han sido los días con mayor y menor demanda. Las mujeres representan el 63% de visitas y los mayores de 80 años el 46%. Enero es el mes de mayor demanda 143 y agosto el de menos, 59.

Conclusiones: Los facultativos de horario de mañana atienden el 78% de las visitas y los de la tarde sólo el 22% siendo desproporcionada la carga de trabajo, se podría plantear un cambio de horario. Los lunes son con diferencia (26% del total) los días de mayor demanda. Se podría plantear un refuerzo los meses de enero y febrero con 142 y 119 visitas frente a agosto con 48. Los pacientes crónicos (mayores de 80 años) no están bien controlados.

10/128. INSUFICIENCIA RENAL EN DIABÉTICOS E HIPERTENSOS DE UNA ZONA BÁSICA DE SALUD

M. Delgado Benítez^a, J. Cabrera Mateos^b y F. Noves Sánchez^a

^aUnidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Lanzarote; ^bConsultorio Local de Puerto del Carmen. Tías.

Objetivos: Conocer el grado de registro de datos para el cálculo del Filtrado Glomerular (FG) por fórmula de Cockcroft-Gault (CG) y la prevalencia de Insuficiencia Renal Crónica (IRC) en diabéticos y/o hipertensos de una Zona Básica de Salud (ZBS).

Metodología: Estudio descriptivo transversal en una muestra de 277 pacientes (150 mujeres) elegidos por muestreo aleatorio consecutivo, con una edad media de 60,81 años (DE: 13,67). Los datos fueron obtenidos del archivo de historias clínicas electrónicas.

Resultados: El 42,24% (117 pacientes) disponía de datos suficientes para el cálculo del FG. En 101 (36,46%; IC95%: 30,61-42,31) fue posible determinar el FG por fórmula de CG corregida por superficie corporal (SC). La prevalencia de IRC fue de 12,9% (13 pacientes) (IC95%: 5,85-19,9), sin diferencias significativas entre sexos. La prevalencia de IRC oculta fue de 5,94% (IC95%: 0,84-11,05) (6 pacientes de los que 5 eran mujeres). La media de edad de los pacientes de IRC era 13 años superior a la de los pacientes sin IRC (IC95%: 5,93-20,12) ($p < 0,001$) (72,7 vs 59,7). Fue más frecuente en hipertensos que en diabéticos (15,3% vs 9,8%). El tratamiento con antagonistas del calcio fue significativamente superior en los pacientes con IRC respecto al resto (61,5% frente a 44,3%) ($p = 0,023$).

Conclusiones: El registro de datos que permita el cálculo de FG en los pacientes de nuestra ZBS es muy bajo que contrasta con la alta prevalencia de IRC. En torno a la mitad de los pacientes con IRC estarían sin detectar en nuestra Zona Básica de Salud.

10/131. GRADO DE DETECCIÓN Y REGISTRO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC)

J. Luque González^a, S. Pérez López^b, M. López Córdoba^a, J. Català Coll^a, M. Arana Torras^c y M. Morales Guerra^a

^aABS Morera-Pomar. Badalona; ^bABS Nova Lloreda. Badalona; ^cABS Martí Julià. Badalona.

Objetivos: Conocer la prevalencia y el registro de datos en una vía clínica de pacientes con EPOC en una zona urbana + 1 área semi-rural que presta asistencia a 97.000 pacientes mayores de 15 años.

Metodología: Análisis de datos (edad, sexo, patrón espirométrico, severidad obstrucción por flujo espirométrico, consejo antitabaco, índice de masa corporal (IMC), tensión arterial (TA), vacunación antigripal, vacunación antipneumocócica, educación referente a conocimientos sobre su enfermedad y hábitos saludables) de los pacientes con episodio abierto en su historia clínica de EPOC.

Resultados: 1.872 pacientes con diagnóstico de EPOC (80,2% hombres). Prevalencia según población de referencia: 1,6%. Media de edad: 69,5 años (68,7 mujeres/69,7 hombres), 43,8% entre 40-69 años (prevalencia en 40-69 años: 1,9%). Espirometría registrada: 20,9% (en < 1 año: 19,9%). Patrón obstructivo: 28,6% (leve: 50,4%, moderado: 27,7%, Severo: 17,6%, Muy severo: 4,3%). Consejo anti-tabaco: 47,1%. Vacunación antigripal: 76,5%. Vacunación antineumococo: 10%. IMC determinado: 51,5%. IMC 30: 20,7%; IMC 21: 1,5%. Determinación TA: 73,3% (hipertensión: 24,8%). Educación sobre conocimientos y manejo: 30,6%.

Conclusiones: En el estudio IBERPOC (Chest. 2000;118:981-9) la prevalencia en población 40-69 años fue 9,1% por tanto existe un infradiagnóstico (1,9%). El grado de registro de la espirometría (en protocolo) es solamente del 20,9%, inferior a otras actividades protocolizadas (determinación TA, IMC, vacunación antigripal). Grado de vacunación antineumocócica inferior a vacunación antigripal. Propuestas de mejora: Difusión a profesionales de utilización de vía clínica de EPOC y distribución periódica de indicadores de proceso para mejorar implementación de la vía clínica.

10/133. COMORBILIDAD EN LA DIABETES MELLITUS

N. Vilà Jové, M. Bordalba Layo, M. Ortega Bravo, A. Pellitero Santos, M. Barco López y M. Calvo Godoy

ABS Capponet. Lleida.

Objetivos: Determinar la presencia de factores de riesgo cardiovascular como obesidad, tabaquismo, HTA, dislipemia, sedentarismo en pacientes con Diabetes Mellitus (DM) tipo 1 y 2. Así como analizar las complicaciones cardiovasculares como enfermedad ar-

terial periférica, accidente vascular cerebral ó accidente isquémico transitorio (AVC /AIT) asociadas.

Metodología: Estudio epidemiológico transversal. Se revisa la historia clínica informatizada de todos los diabéticos de un centro de Atención Primaria urbano. Variables registradas son: edad, sexo, años de evolución de la diabetes (AE), tabaquismo (sí/no), Índice de Masa Corporal (IMC), HTA (sí/no), dislipemia (DL), Enfermedad Arterial Periférica (EAP), sedentarismo, accidente vascular cerebral o accidente isquémico transitorio. Para el análisis estadístico se utilizó el EpiInfo.

Resultados: Se estudiaron a 666 individuos con DM, el 54,5% hombres. Media edad: 65,1 (DT \pm 14,5). Media AE: 5,0 (DT \pm 4,3). Tabaquismo 15,1% (IC95% 12,5-18,1). Según el IMC: el 12,5% eran normopesos 12,5%, tenían sobrepeso un 23,08% y obesidad el 57,82%. La HTA estaba presente en el 59,6% de los diabéticos (IC95% 55,8-63,4%), la DL en un 47,6% (IC95% 43,7-51,5), la EAP en un 5,1% (IC95% 3,6-7,2), el sedentarismo un 39,1% (IC95% 35,3-43,1). Habían tenido un AIT o AVC el 7,7% (IC95% 5,8-10) y CI el 9,9% de ellos (IC95% 7,8-12,5).

Conclusiones: Destaca que el 80,9% de los DM tenían sobrepeso/obesidad, el 59,6% eran HTA, el 39,1% eran sedentarios y casi el 50% tenían dislipemia. Estas cifras evidencian la elevada coexistencia de otros factores de riesgo cardiovascular en pacientes ya afectados de diabetes. Los DM son un grupo de pacientes que precisan de un abordaje multidisciplinar si queremos controlar el riesgo cardiovascular elevado.

10/134. EXPERIENCIA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD. II SEMANA SALUDABLE. LA OROTAVA X LA SALUD

I. Sánchez García^a, S. Matos Castro^a, C. Rodríguez Valerón^b, J. Santana Robayna^a y O. González Ramos^a

^aCS Orotava Dehesa. Santa Cruz de Tenerife; ^bGerencia de AP de Tenerife.

Objetivos: Exponer la importancia de actividades en promoción de la salud, fuera del Centro de Salud, para formar a la población en hábitos saludables.

Metodología: Celebramos durante siete días la II Semana Saludable en La Orotava (Tenerife) realizando talleres formativos a escolares, profesionales sanitarios y población abarcando temas de alimentación, ejercicio, risoterapia, cuidadoras, afectivo-sexual, higiene bucodental. Se concluye al final de la semana realizando una Feria Saludable en la calle montando el Centro de Salud y diversos stands relacionados con la salud: agua, frutas y hortalizas, drogodependencia, ortopedias, clínicas dentales...

Resultados: Se impartieron un total de 25 talleres, totalmente gratuitos, entre profesionales sanitarios, escolares y población. Participaron un total de 700 personas. En la Feria participaron más de 2.000 personas en la calle.

Conclusiones: 1.-Satisfacción por parte de la población excelente (sabor a poco). 2.-satisfacción por parte de los escolares. 3.-Satisfacción por parte de los profesionales sanitarios. 4.-Preparación de la III Semana Saludable del 10 al 16 de mayo de 2010.

10/153. LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA EN EL ESTUDIO DE LA ANEMIA FERROPÉNICA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

J. Ródenas Aguilar, A. Serra Vázquez, Y. Bermejo Cacharrón, R. Sequera Requero, N. Pérez León e I. Buezo Reina

ABS Badalona 6. Llefià.

Objetivos: Conocer los hallazgos de las fibrogastoscopias y de las colonoscopias solicitadas por médicos de Atención Primaria en el estudio de pacientes con anemia ferropénica.

Metodología: Estudio descriptivo retrospectivo realizado en un centro de salud urbano. Procedimos a la revisión de las historias

clínicas informatizadas de todos los pacientes a los que se les solicitó una endoscopia digestiva (fibrogastroscofia, colonoscopia o ambas) desde las consultas de nuestro centro de salud durante el año 2007. No se estudiaron las endoscopias solicitadas desde la consulta especializada. Variables: edad, sexo, tipo de estudio, negativas a la realización de endoscopia, hallazgos patológicos (solos o en asociación). El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS.

Resultados: De los 375 pacientes, se solicitó endoscopia digestiva para estudio de la anemia ferropénica en 71 (18,9%). De ellos, se solicitó fibrogastroscofia en el 30,9%, fibrocolonoscopia en el 38% y ambas en 30,9%. Edad media 65,1 años (rango entre 28 y 90). 64,8% mujeres. Fibrogastroskopias: 38,6% no realizadas; de las realizadas: 33,3% normal, 25,9% hernia de hiato, 18,5% hernia de hiato, 7,4% úlcus, 7,4% cáncer gástrico. Fibrocolonoscopias: 28,5% no realizadas; de las realizadas: 62,8% normales, 17,1% hemorroides, 11,4% cáncer de colon, 11,4% pólipos de colon, 5,7% divertículos.

Conclusiones: El estudio con endoscopia digestiva, fibrogastroscofia y fibrocolonoscopia es pieza clave en el estudio de las anemias ferropénicas desde la atención primaria de salud. Estimamos elevado el porcentaje de patología grave detectada. Nos sorprende el número de endoscopias digestivas no realizadas, especialmente fibrogastroskopias.

10/155. FARINGOAMIGDALITIS AGUDA DEL ADULTO EN ATENCIÓN PRIMARIA: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y DEMOGRÁFICAS

M. Senán Sanz, C. Gonzalvo Orero^a, E. Casajuna Brunet^a, T. Areny Ribera^a, C. Cantalapiedra Caicedo^a y M. González Jiménez^b

^aEAP El Clot. ICS. Barcelona; ^bEAP Poble Nou. ICS. Barcelona.

Objetivos: Descripción de las características demográficas y clínicas de los pacientes adultos que han presentado faringoamigdalitis aguda (FA) en Atención Primaria. Valoración de la adecuación de tratamiento antibiótico (ATB) según criterios clínicos de Centor (CC) y tipo de ATB recomendado según documento ORL SEMERGEN.

Metodología: Estudio descriptivo, observacional, transversal. Aleatorización simple de los pacientes \geq 15 años que acudieron con clínica de FA y 2 CC (odinofagia, ausencia de coriza, fiebre \geq 38o C, exudado amigdalár y adenopatías), durante el periodo de mayo 2008 a diciembre 2009. En total se incluyeron 216 pacientes. Se registraron como variables el sexo, la edad, CC, tratamiento prescrito y evolución.

Resultados: 216 pacientes incluidos: 98 hombres y 118 mujeres, con una edad media de 30 años (DE 11). 2 CC: 23,1%; 3 CC: 31,9%; 4 CC: 28,7%; 5 CC: 16,2%. 94,2% adecuación de tipo de AB según recomendación documento ORL SEMERGEN, 5,8% no adecuados. Con 2-3 CC recibieron 46,2% AB; con 4-5 CC recibieron 92,7% AB. La evolución fue favorable en 197 casos (91,2%) y 19 (8,8%) presentaron mala evolución.

Conclusiones: No hay diferencias significativas en el diagnóstico de faringoamigdalitis en cuanto al sexo. La mayoría de casos se dan en adultos jóvenes. Existe una escasa adherencia al documento ORL SEMERGEN en cuanto a tipo de ATB prescrito y tratamiento según criterios clínicos, fundamentalmente por sobreprescripción de ATB en pacientes con 2 o 3 CC.

10/156. DEPRESIÓN Y ALTERACIONES DEL SUEÑO EN UN CENTRO DE SALUD URBANO

F. López López y G. Reviriego Jaén

EAP Vicente Muzas. Área 4 Atención Primaria. Madrid.

Objetivos: Los trastornos depresivos son una de las causas más frecuentes de insomnio y las alteraciones del sueño se relacionan con el pronóstico y el tratamiento de estos trastornos.

Objetivos: hallar la prevalencia de los trastornos del sueño en pacientes deprimidos. Conocer las alteraciones del sueño en estos pacientes.

Metodología: Estudio descriptivo transversal. N: 56 varones 15; mujeres 41; que consultan al MAP y diagnosticados de trastorno del espectro depresivo. Edad media: 56,2 años. Evaluación por la escala de depresión de Beck (corte 14) y por el índice de calidad de sueño de Pittsburg (corte 6).

Resultados: El 65% presentan alteraciones del sueño. La prevalencia es superior en mujeres que en hombres sobre todo en perturbaciones y calidad del sueño. Se detectan alteraciones en la calidad del sueño y en la medicación para dormir en los trastornos depresivos. Es en el trastorno depresivo recurrente, donde aparecen más alteraciones del patrón sueño-vigilia.

Conclusiones: La alta prevalencia de las alteraciones del sueño en pacientes deprimidos aconseja estudios más amplios en este tipo de trastornos, sobre todo en la depresión recurrente.

10/161. ¿EN QUÉ DEBEMOS MEJORAR?

M. Contín Pescacén^a, E. Arana Alonso^a, A. Guillermo Ruberte^a, N. Berrade Goyena^a, N. Ruiz Huguet^b y J. Moreno Sánchez^c

^aCS Sangüesa; ^bCS Cortes; ^cCS Elizondo.

Objetivos: Establecer el nivel de calidad en el diagnóstico de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en un centro de salud de Navarra y proponer posibles áreas de mejora.

Metodología: Se realiza un estudio descriptivo, seleccionando a los 316 pacientes, que presenten el código de EPOC utilizando como criterio diagnóstico la espirometría con resultado de patrón obstructivo u obstructivo-mixto y/o informes de especialistas que los clasifiquen como EPOC. La prevalencia de EPOC de edades comprendidas entre 40 y 70 años es de 9,1 con un infradiagnóstico del 78,2%.

Resultados: El total de pacientes con código de EPOC encontrados en el centro de salud estudiado fueron 316, de los cuales, se obtuvieron 100 pacientes con espirometría diagnóstica de EPOC realizada en el centro de Salud y 188 pacientes diagnosticados por informe de especialista. El total de pacientes diagnósticos correctamente como EPOC fueron 228. El 72,15% de los pacientes con código CIAP de EPOC del centro de salud de Navarra, están correctamente diagnosticados mediante espirometría y/o informe de especialista. El total de los pacientes con código de EPOC del centro de salud clasificados mediante espirometría y/o informe de especialista es de 228; esto supondría un infradiagnóstico del 69,05%.

Conclusiones: La propuesta de mejora consiste en la captación de los EPOC no diagnosticados mediante el cribado por espirometría a todo paciente fumador o exfumador de más de 20 paquetes/año y mayor de 40 años con una sintomatología consistente en disnea, tos crónica y expectoración durante 3 meses al año durante 2 años consecutivos.

10/165. NUESTROS PACIENTES MÁS ANCIANOS Y SU SALUD

M. Pérez Maroto, C. Jiménez Ramírez, A. Ballesteros Pérez y J. Castillo Galindo

CS Los Dolores. Cartagena. Murcia.

Objetivos: Analizar el perfil social y de salud del paciente muy anciano de una zona básica de salud.

Metodología: Diseño: estudio descriptivo transversal. Sujetos: totalidad población > 90 años del total de cupos. Criterio exclusión: no quiere ser incluido, estar en residencia o no tener al menos una visita en el año 2009. Material y método: los datos se obtendrán de la Hª-OMI, recogiendo variables: sociodemográficas, patologías crónicas, antecedentes personales, demencia, fármacos, caídas, problemas visión o sordera, visitas/año, inmovilizado. Análisis estadístico: descripción y distribución frecuencias, ji-cuadrado, t-Test, ANOVA.

Resultados: Ancianos > 90 años: 99. Edad media: 92,4 años 64,6% mujeres; El 39,4% vive en casa de sus hijos siendo cuidado por los familiares. El 60,6% es hipertenso y diabético el 20,2%. Patología cardiaca más frecuente: arritmia. El 12% ha sufrido un ictus (p = 0,022) y 75,8% no tiene diagnosticada demencia. El 69,7% padecen artrosis severa y 19,2% han sufrido caídas, con antecedentes de fractura cadera si vive solo (p = 0,008). Un 51,5% consume > 5 fármacos/día (p = 0,012), existiendo relación entre consumo y visitas a Especializada (p = 0,004). Usan pañales de incontinencia el 43,4% (p = 0,0001). Incluidos en programa inmovilizados el 50,5% (p = 0,0001) con diferencias si el cuidador es familiar (p = 0,0001), la edad (p = 0,003), nº visitas medicas (p = 0,035). Un 52,5% y 43,4% tienen problemas de visión u oído. Ingresos hospitalarios: 1,6 (0-2). Visitas medicas/año: 9,06.

Conclusiones: 1º. El paciente más anciano tiene pocas patologías crónicas. 2º. La mitad llevan pañales de incontinencia y tienen problemas de visión o sordera y no viven solos. 3º. Más de la mitad utilizan menos de 5 fármacos de forma habitual. 4º. Están incluidos en programa de inmovilizados los de menos nivel de salud.

10/169. EJERCICIO FÍSICO, UNA META PARA NUESTROS PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR. USO DEL PROGRAMA PAFES (PLAN DE ACTIVIDAD FÍSICA, DEPORTE Y SALUD)

S. Sánchez Belmonte, E. Costa Atienza, A. Costa Rovira, G. Padullers Furriols, A. Forcada Arcarons y M. Oriola Sánchez

ABS Manlleu.

Objetivos: En el 2009 nuestra ABS se adhirió al programa PAFES de la Generalitat de Catalunya para luchar contra el sedentarismo y facilitar la práctica de actividad física en los pacientes con varios factores de riesgo cardiovascular (FRCV).

Metodología: Describir los pacientes adscritos en el año 2009 de este programa y describir su eficacia mediante cambios en los FRCV. El programa consistía en actividades grupales dirigidas por un licenciado en deporte, en piscinas e instalaciones municipales y rutas a pie en el municipio. En el 2010 se revisan los cambios producidos en los FRCV de los pacientes adscritos (Índice de masa corporal, tensión arterial, perfil lipídico y glucemia venosa y hemoglobina glicosilada si procede). Se hace un análisis estadístico descriptivo de las variables recogidas.

Resultados: En el 2009 participo más mujeres que hombres (3:1). Edad media de 69,7 años. El 94% eran hipertensos, el 47% eran diabéticos, un 59% eran obesos, el 41,2% eran dislipémicos. IMC promedio de 33%, 3 ex-fumadores y 14 no fumadores. El 18% presentaba 1 FRCV, el 29% 2 FRCV, el 47% 3 FRCV y el 6% 4 FRCV. Pendientes del estudio descriptivo de las variables del 2010, la tendencia de los FRCV de éstos pacientes es de mantenerse estable e incluso mejorar.

Conclusiones: Casi la mitad de los pacientes presentaban 3 FRCV. La mayoría eran mujeres, hipertensos y obesos. El programa PAFES mejora la actividad física de los pacientes implicados y también mejora su perfil clínico.

10/175. SIMTROM: ALIMENTACIÓN Y FITOTERAPIA

J. Carmona Segado^a, M. Herranz Fernández^b, M. Ortega Gutiérrez^a, M. Martínez Zaguirre^a, R. Carrasco Rodríguez^a y M. Gibert Sans^b

^aMFyC ABS Castellar del Vallés-Sant Llorenç Savall; ^bMFyC ABS Santa Perpetua de Mogoda. Barcelona.

Objetivos: Conocer si pacientes en tratamiento con anticoagulantes orales controlados en atención primaria en marzo del 2010 identifican alimentos o hierbas medicinales que interfieren con

acenocumarol y epidemiología relacionada con la toma del mismo.

Metodología: Estudio observacional transversal poblacional. 2.300 habitantes. Análisis de pacientes tratados con acenocumarol controlados en nuestro centro (características rurales). Análisis de variables como edad, sexo, número de controles INR (Ratio Internacional Normalizada) en último año y resultado de estos, patología por la cual toma anticoagulantes y conocimiento de potenciales interacciones de diversos alimentos y hierbas medicinales con el acenocumarol.

Resultados: En nuestro centro 24 pacientes toman acenocumarol. 50% mujeres. Edad media del paciente anticoagulado controlado en nuestro centro 72,8 años. Número medio controles por paciente-año 19 (11 rangos buen control). Patología principal por la cual se indicó anticoagulación fibrilación auricular valvular (50%). En cuanto a interacciones alimentos-hierbas medicinales y acenocumarol, de los productos estudiados destaca: 20% de pacientes piensan que la ingesta de hígado interfiere con acenocumarol, 12,5% ajo y ginseng, 8,5% tomate. El 100% piensan que valeriana no interfiere.

Conclusiones: El número de pacientes anticoagulados controlados en atención primaria es alto. El perfil del paciente anticoagulado-controlado por nosotros es de unos 73 años, con fibrilación auricular de origen valvular que se realiza unos 19 controles-año, el 60% de los controles cumplen criterios de buen control. En general existe desconocimiento de los riesgos potenciales del consumo de anticoagulantes. Incidir en que el progresivo aumento de pacientes anticoagulados nos debe hacer reforzar la educación sanitaria para minimizar riesgos de este tratamiento.

10/176. ANÁLISIS DE LOS FACTORES DE RIESGO DE CAÍDAS EN ANCIANOS EN EL ÁMBITO RURAL

A. Pérez Martín^a, J. López Lanza^a, A. Avellaneda Fernández^b, M. Izquierdo Martínez^b, M. Gago Bustamante^c y B. Castañón Ordóñez^a

^aMédico de Familia. CS Los Valles; ^bMédico. CS Los Cármenes; ^cMédico de Familia. CS Sardinero.

Objetivos: Analizar la existencia de causas de riesgo de caídas en población mayor de 65 años en el ámbito rural.

Metodología: Estudio descriptivo transversal, con revisión de domicilios en > 65 años, realizado en Valdeprado (Cantabria) hasta el año 2009.

Resultados: Se revisaron 51 domicilios, la edad media es 76,53 ± 6,84 años (> 75 años 70,6%), con predominio femenino (60,8%), vivían solos el 15,7%; se analizaron la existencia de problemas visuales (21,6%), auditivos (21%), alteraciones del equilibrio (33,3%), marcha (37,3%), realización test up&go (66,7%), toma > 5 fármacos (45,1%), caídas previas (35,3%), antecedentes de artrosis (68,6%), diabetes (31,4%), demencia (3,9%), ACVA (7,8%), cardiovasculares (25,5%), toma hipotensores (56,9%), hipnóticos (23,5%); ingreso previo (23,5%), baño adaptado (41,2%), asidera (58,8%), bastón (33,3%), mala iluminación (29,4%), alfombras (54,9%), sillón adecuado (23,5%), muebles (43,1%), cables (29,4%), cama (19,6%) y cocina adaptada (52,9%), escaleras (76,5%), con pasamanos (68,6%).

Conclusiones: Los ancianos rurales presentan muchos factores de riesgo de caídas, la mayoría fácilmente evitables, como eliminación de cables y alfombras; las casas suelen ser antiguas con escaleras, baños y cocinas mal adaptadas. Un tercio se caen en el año anterior lo que supone un gran riesgo de fractura principalmente de cadera. Existe dificultad para la movilidad principalmente por artrosis pero se usan pocos apoyos con bastón-muleta. Es recomendable la valoración frecuente de los fármacos, reduciendo en lo posible la toma de hipnóticos o hipotensores.

10/179. CONTROL Y MANEJO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN ATENCIÓN PRIMARIA EN ESPAÑA. ESTUDIO PANORAMA

P. de Pablos Velasco^a, B. de Rivas Otero^b, S. Fernández Anaya^c y L. Sánchez Cabrero^d

^aDepartamento de Endocrinología y Metabolismo. Hospital Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria; ^bDepartamento Médico. AstraZeneca Farmacéutica Spain SA. Madrid; ^cDepartamento Médico. Bristol-Myers Squibb Company. Madrid; ^dCS Carballada. Zamora.

Objetivos: El PANORAMA es un estudio europeo cuyo objetivo es valorar la calidad de vida y la satisfacción con el tratamiento en pacientes con diabetes tipo 2 (DMT2). En este abstract se presentan los datos relativos al control glucémico y los patrones de tratamiento en España.

Metodología: Estudio observacional, transversal, multicéntrico y multinacional. Una selección aleatoria de centros de Atención Primaria incluyeron a una muestra aleatoria de pacientes ≥ 40 años diagnosticados de DMT2 al menos 1 año antes, que acudieron a la consulta en los 6 meses previos. En la visita se recogieron las variables del estudio. Se determinó la HbA1c mediante un mismo sistema en todos los grupos, y el paciente completó cuestionarios de calidad de vida y satisfacción con el tratamiento.

Resultados: 54 médicos incluyeron datos de 752 pacientes (52,9% varones; edad media 67,7 ± 9,9 años). Duración media DMT2: 8,4 ± 6,6 años. HbA1c media 6,9 ± 1,1%; 60,2% con valores < 7%. Tratamiento para la DMT2: sin tratamiento 1,2%, sólo dieta 12,2%; sólo antidiabéticos orales (ADO) 69%; sólo insulina 6,4%; insulina +ADO 11%; análogos GLP-1 0,1%. Del 80% de los tratados con ADO, la metformina (dosis media 1,7 ± 0,6 g) fue el más utilizado 65,03%, seguido de sulfonilureas 31%; glinidas 6,8%; inhibidores DPP-4 6,3%; glitazonas 4,8%; inhibidores alfa glucosidasa 4%.

Conclusiones: Se observa una mejoría en el control de la HbA1c (< 7%) con respecto a estudios previos. En consonancia con las actuales guías de práctica clínica la metformina es el tratamiento más prescrito.

10/180. ADECUACIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS SANITARIOS PARA LA ATENCIÓN AGUDA DOMICILIARIA EN UN CENTRO DE SALUD SEMIRURAL

J. Sánchez Colom^a, V. Venteo Alcón^a, J. Escoda Mingot^b, C. Gonzalvo Orero^c, G. Llamas Quintana^a y L. Lluch Suriol^a

^aABS Santa Margarida de Montbui. Barcelona; ^bABS Poblenou. Barcelona; ^cABS Clot. Barcelona.

Objetivos: Determinar, a partir del número de visitas domiciliarias agudas del año 2009, la necesidad de adecuar los recursos humanos y las cargas de trabajo, para la correcta atención de estos pacientes.

Metodología: Estudio descriptivo a partir de los registros obtenidos en la historia clínica informatizada (e-cap) de lunes a viernes de la demanda domiciliaria aguda.

Resultados: El total de visitas domiciliarias ha sido de 264 para una población asignada de 8469, esto supone un 3,1%. Las visitas en horario de mañana (8-14h) han sido 131 (49,6%) y en horario de tarde (14 a 19h) 133 (50,4%). El día con más visitas ha sido el lunes con 61 (23,1%) y el día con menor demanda el jueves con 40 (15,1%). febrero es el mes con más demanda 30 (11,3%) y julio el de menos demanda 14 (5,3%). Las mujeres (68,2%) y los mayores de 80 años en ambos sexos (52,2%) son los más demandantes.

Conclusiones: En contra de lo que se podría suponer, no se ha observado mayor demanda domiciliaria en el turno horario de mañana. Los porcentajes de asistencia están prácticamente al 50%. Esto podría ser debido a un buen funcionamiento de la atención

domiciliaria crónica (at. dom.) y al buen control de la población mayor de 80 años.

10/182. EFECTIVIDAD DE LA TERAPIA NEURAL EN ATENCIÓN PRIMARIA: UNA POSIBILIDAD

O. Loriz Peralta, D. Pérez Morales, A. Girona Amores y A. Raya Rejón

EAP Badalona-6 Llefia. Barcelona.

Objetivos: Evaluar la efectividad de la terapia neural (TN) para disminuir el dolor y el consumo de fármacos.

Metodología: Estudio de intervención “antes y después” en centro de atención primaria de barrio de la periferia de Barcelona. Se incluyeron ochenta y dos pacientes con edades entre 25 y 85 años. Mediante entrevista personal se recogieron datos antes de la intervención y después a las 2 semanas, 3 meses y 6 meses mediante la escala visual analógica (EVA) para la valoración de las variaciones del dolor y sobre el consumo de fármacos para el dolor.

Resultados: Edad media: 55 años (DE: 15,29), 19 hombres (23,4%) y 63 mujeres (76,8%). Tiempo de dolor pre-intervención; media: 21,58 meses (DE: 28,64). Fármacos diferentes para el dolor pre-intervención: ninguno en 5 pacientes (6,1%), uno: 40 (48,8%), dos: 24 (29,3%), 3 o más: 13 (15,9%). El total de diagnósticos: 23. Rango de tandas: 1-4. EVA media pre-intervención: 7,94 (DE: 1,68). La EVA había mejorado de media a las 2 semanas 3,30 (DE: 2,50), a los 3 meses 4,19 (DE: 2,89) y a los 6 meses: 4,46 (DE: 3,02) ($p = 0,000$ comparando la media de las 3 EVAs respecto a la inicial, t de Student para datos apareados). Respecto a la reducción del consumo de fármacos: solamente un 25,6%, un 23,2% y un 20% de los pacientes no redujeron dicho consumo a las 2 semanas, 3 meses y 6 meses respectivamente.

Conclusiones: La TN puede ser eficaz en disminuir el dolor frente a múltiples diagnósticos así como el consumo de fármacos. Faltarían ensayos clínicos que lo confirmaran.

10/183. Y LAS URGENCIAS, ¿CÓMO VAN?

F. Rodríguez Erice y R. Rodríguez Erice

CS Fuensanta.

Objetivos: Primario: analizar la evolución en los últimos treinta (30) años de la atención urgente extrahospitalaria en la ciudad de Córdoba. Secundarios: I- Comparar la frecuentación en distintos periodos -1980- 1995-2010. II- Comparar y valorar la resolución de los problemas médicos en urgencias entre los años 1980 y 2010. III- Reseñar las modificaciones acaecidas en los Servicios de Urgencias Extrahospitalarios y como afectan a su eficiencia.

Metodología: Estudio de revisión de casos, transversal, retrospectivo, examinando los datos de los registros de los dos únicos Servicios de atención urgente extrahospitalaria de Córdoba. El estudio se inicia en el año 1980. Se hace un segundo análisis en el año 1995, en el que además de estudiar la población, los recursos profesionales de urgencias, se valoran los cambios organizativos establecidos hasta esa fecha. Se hace un último corte en el presente año 2010, analizando los cambios organizativos más interesantes como son la implantación “universal” de demanda de asistencia. La implantación de Emergencias 061. Desarrollo de la Receta Electrónica. Implantación de desfibriladores semiautomáticos y de la teleasistencia.

Conclusiones: 1. Mientras que la población se ha incrementando en un 2,5% el número de urgencias atendidas lo ha hecho en un 400%. 2. Los recursos humanos (médicos y ats) se han doblado y se ha incrementado el horario de atención urgente en 18 h/día, pese a ello. 3. La presión asistencial, diurna y nocturna se ha incrementado en casi 1 por mil. 4. El tiempo de espera para ser atendido ha

pasado de tres a veinte y cinco minutos a lo largo de los treinta años de estudio.

10/184. RESULTADOS DE LA IMPLANTACIÓN DEL PROGRAMA DE TABAQUISMO EN LOS AÑOS 2008, 2009 Y PRIMER TRIMESTRE DE 2010 EN EL CENTRO DE SALUD MADRE DE DIOS

M. Acemel Hidalgo^a, J. Ramírez Morilla^b y A. Fernández Rosa^a

^aMédico. ^bEnfermero. Servicio Andaluz de Salud.

Objetivos: Analizar la eficacia de la implantación del Programa de Tabaquismo en un Centro de Salud urbano en Jerez de la Frontera en el período citado.

Metodología: Se realiza un estudio descriptivo transversal, las variables estudiadas fueron sexo, edad, adherencia al programa y resultados en cuanto a logro de abstinencia y reducción de COOX.

Resultados: Durante el periodo se inscribieron 127 personas, el 90% comprendidos entre los 25 y 65 años, un 57% de hombres y un 43% de mujeres, de ellos inician el programa el 37,8%, (34,70% hombres y 41,80% mujeres), lo acaban un 31% de los que lo inician (36% hombres y 26% mujeres), consiguiendo abstinencia el 23% de ellos (24% hombres y 21,70% mujeres) y reducción de COOX el 31% (36% hombres y 26% de mujeres).

Conclusiones: El programa se muestra eficaz para aquellas personas que lo completan consiguiendo el 100% de las mismas reducción de COOX y el 75% abandono del tabaco. Es mayor el porcentaje de mujeres que inician el programa pero es menor el porcentaje de las que lo terminan en relación a los hombres. La eficacia se ve reducida por el alto porcentaje de personas que no lo completan o ni siquiera lo inician.

10/186. MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE LA PRESIÓN ARTERIAL Y PATRÓN CIRCADIANO

N. Domené Martí, M. Díaz Hernández, R. Cadenas Martín, O. Heredia León y O. Ortiz Oliete

ABS Sant Ildefons. Cornellà de Llobregat.

Objetivos: Conocer el patrón circadiano pacientes hipertensos por MAPA (monitorización ambulatoria presión arterial). Valorar la utilidad MAPA en la optimización del tratamiento según cronoterapia. Estudiar los cambios del patrón circadiano tras modificar el tratamiento según cronoterapia.

Metodología: Estudio observacional descriptivo, transversal. Muestra 39 sujetos seleccionados registro MAPA (septiembre 2005-mayo 2009). Criterios inclusión: pacientes con 2 MAPA (modelo spacelabs medical). Criterios exclusión: aparato MAPA no validado, pacientes desplazados, exitus, pacientes atención domiciliaria y MAPA no válido (< 14 lecturas en actividad o < 7 lecturas en descanso). Variables: Sociodemográficas, factores riesgo cardiovascular, patrón circadiano basal y tras tratamiento (patrón riser (R) cifras PA aumentan en periodo descanso, patrón non Dipper (ND) descenso PA < 10%, patrón Dipper (D) descenso entre 10 y 20%, patrón extreme Dipper (ED) descenso > 20%.

Resultados: 39 pacientes. Edad media 70,4 (35-87 años) DE (desviación estándar) 9,9, 39,5% varones, con media de 7,1 años de evolución TA DE 6,7. FRCV asociados: alcohol 7,9%, tabaquismo 13,2%, dislipemia 47,4%, DM II 42,1%. Patrón circadiano: extrem dipper (ED) 1 (2,6%), Dipper (D) 2 (5,3%), Non dipper (ND) 18 (47,4%), Riser 17 (44,7%). Patrón circadiano tras cronoterapia: 1ED no varió, 2D: 50% ND, 50% sin modificación. 18 ND: 10 sin cambios (55,5%), 7 D (39%), y 1 a R (5,5%) a éste no se realizó cronoterapia. 17 R: 7 mismo patrón (41,3%), 8 ND (47%), 2 D (11,7%).

Conclusiones: En nuestro estudio se observó que el 92.1% pacientes presentaban un patrón circadiano de riesgo (non dipper y

riser), parece que el modificar tratamiento según cronoterapia mejora el patrón circadiano en los pacientes non dipper (39%), y los riser (58,7%), sobre todo es importante porque estos patrones se han relacionado con mayor incidencia de eventos cardiovasculares mayores. La cronoterapia nos abre un nuevo camino en el tratamiento de la HTA.

10/193. FIBROMIALGIA Y VITAMINA D

J. Casals Sánchez^a, M. Vázquez Sánchez^b, C. Casals Vázquez^c, J. Daryanani^b y R. Vázquez Alarcón^b

^aHospital Clínico de Málaga; ^bCS San Andrés. Málaga; ^cFacultad de Ciencias de la Actividad Física y el Deporte. Universidad de Granada.

Objetivos: Determinar la existencia de diferencias en los niveles séricos de vitamina D (25 OH vitamina D) entre pacientes con fibromialgia (FBM) y sujetos controles (pacientes con artrosis).

Metodología: Estudio transversal. Muestreo aleatorio simple de pacientes, mujeres, de un centro de salud urbano atendidas en Reumatología. Cumplimiento de criterios ACR para fibromialgia o para artrosis de cadera o rodilla (OA).

Resultados: Muestra de 33 pacientes con FBM y 30 pacientes con OA. Edad media de las pacientes con FBM de 55,5 años, en pacientes con OA de 65,2 ($p < 0,01$); los niveles de vitamina D eran de 35,6 ng/ml en pacientes con FBM y de 40,17 en OA. Al incluir en un modelo multivariante el diagnóstico y la edad, el grupo de fibromialgia tiene una vitamina D menor en 0,05 ng/ml ($p = 0,84$).

Conclusiones: Las diferencias encontradas en el análisis bivariable, aunque no alcanzan significación estadística al nivel habitual apuntarían a la existencia de una diferencia entre estas dos poblaciones. Sin embargo, al considerar la edad como posible factor confusor hemos comprobado que efectivamente puede ser un factor de confusión en esta asociación, y las diferencias encontradas en el análisis bivariantes carecen de significación clínica y estadística. No existe asociación entre bajos niveles de vitamina D y fibromialgia.

10/194. DIAGNÓSTICO PRECOZ DE ENFERMEDADES PULMONARES EN FUMADORES MAYORES DE 40 AÑOS

M. Herrero Gil, R. Calonge Cordovilla, R. Laborda Ezquerra, P. Marín Murillo, M. Pérez Moliner y J. Pérez Pérez

MFyC. CS Sádaba. Zaragoza.

Objetivos: Realizar espirometrías a fumadores para hacer un diagnóstico y tratamiento precoz de enfermedades pulmonares. Detección y abordaje de fumadores para introducirlos en programa de atención al fumador para lograr su deshabituación. Mayor aprovechamiento y conocimiento del uso del espirómetro y de la valoración de resultados. Calibración quincenal del espirómetro.

Metodología: Emplazamiento: zona básica de salud de Sádaba (Zaragoza). Población: pacientes incluidos en programa de atención a dependencia tabáquica. Criterios inclusión: fumadores mayores de 40 años o ex-fumadores de 10 o menos años. Tipo descriptivo y periodo de estudio desde 1 marzo 2009 al 1 marzo 2010. Fuente de datos: programa informático de historias clínicas y registro específico de calibración de espirómetro.

Resultados: Antes de marzo del 2009 había incluidos en dependencia al tabaco 90 personas, habiéndose incrementado en periodo de estudio a 228. De éstos 143 son hombres y 85 mujeres, siendo en más del 50% de edades comprendidas entre 40 y 54 años. De las 228 incluidas en atención al tabaco al 84,6% se realizó actuación breve y al 15,3% intensiva. Realizadas espirometrías al 41,66% del grupo; de las 42,10% de alteradas 67% tenían patrón obstructivo, 27,5% patrón restrictivo y 5% mixto. Realizada la calibración cada 15 días.

Conclusiones: Se han diagnosticado fumadores con patrón obstructivo en fases incipientes a los que se ha iniciado tratamiento. Los de patrón restrictivo se han derivado a neumólogo para estudio. Ha habido un incremento notable de captación de fumadores iniciando con ellos actuación breve o intensiva tanto de forma individual como con terapia grupal para dejar de fumar.

10/201. GRADO DE CONTROL DE LOS DIABÉTICOS TIPO 2 UTILIZANDO LA HEMOGLOBINA GLICOSILADA (A1C)

C. González Martín^a, C. Hernández Hernández^a, S. Peters^a, S. Fariña Pacheco^b y F. Cejas-Fuentes Padrón^a

^aCS Orotava San Antonio. Santa Cruz de Tenerife; ^bCS Icod de los Vinos. Santa Cruz de Tenerife.

Objetivos: La A1C es el mejor parámetro para valorar el control glucémico en diabéticos tipo 2, en los que proporciona una mejor ayuda que las glucemias para plantear cambios en el tratamiento. Nuestro objetivo fue analizar el grado de control de nuestros diabéticos, según su A1C.

Metodología: Realizamos un estudio observacional-transversal, sobre los diabéticos tipo 2 que siguen control rutinario en dos Consultorios Periféricos rurales. Recogimos los siguientes datos: edad, género, cifras de A1C del último control analítico, tiempo de evolución y tratamiento de la diabetes. El análisis se hizo mediante estadística descriptiva. Consideramos que existía un buen control glucémico si la A1C era $< 7\%$.

Resultados: El total de pacientes fue 377, con 51% mujeres, 49% hombres, y una media de edad de 64 años. Más del 50% tenían > 10 años de evolución de la diabetes. El 60% estaban tratados con anti-diabéticos orales (ADOs), el 23% con insulina (sola o en combinación) y el 17% sólo con dieta. La A1C era $< 7\%$ en el 56% de los pacientes, estaba entre 7 y 8% en el 20% y era $> 8\%$ en el 24% de los casos. Tenían A1C $< 7\%$ el 92% de los tratados sólo con dieta, el 60% de los tratados con ADOs y el 21% de los tratados con insulina.

Conclusiones: Aunque un 56% de diabéticos con buen control glucémico podría parecer un resultado aceptable, las graves complicaciones derivadas de un mal control de la diabetes, nos obligan a intentar elevar este porcentaje al máximo, teniendo en cuenta las características de cada paciente.

10/202. INFILTRACIONES EN LA ATENCIÓN PRIMARIA: 2 AÑOS DE EXPERIENCIA

J. Zambudio Noguera, S. Juan Ezquerra y X. Cantero Gómez

ABS Igualada.

Objetivos: Medir la eficiencia y la efectividad de la realización de infiltraciones en la Atención primaria (AP).

Metodología: Muestra: todas las infiltraciones realizadas por 2 equipos de AP de febrero 2008-abril 2010. Ámbito: CS urbano. Estudio: descriptivo retrospectivo. Variables: edad, sexo, diagnóstico, intensidad del dolor previo según EVA, intensidad dolor posterior, número de caso 2ª infiltración, complicaciones, coste infiltración AP, coste 1ª visita traumatología (COT), tiempo 1ª visita COT, tiempo visita médico AP-infiltración.

Resultados: N: 89, Edad: 63 (37-90) años, hombres: 27 (30,3%), mujeres: 62 (69,7%). Diagnóstico: tendinitis anserina 13 (14,7%), gonartrosis 4 (15,7%), tendinitis hombro 18 (20,2%), epicondilitis 18 (20,2%), epitrocleitis 1 (1,1%), bursitis peritrocantérea 8 (9%), nódulo palmar 4 (4,5%), fascitis plantar 7 (7,9%), bursitis rodilla 4 (4,5%), síndrome miofascial 1 (1,1%), síndrome túnel carpiano 1 (1,1%). Dolor previo: 7,35, dolor posterior 2,5. 4 nódulos palmares resueltos. Número casos 2ª infiltración 7 (7,9). Complicaciones: 4 despigmentación. Coste AP: (23 euros visita AP + 0,54 euros material fungible) $\times 89 = 2.095$; 95 euros coste 1ª visita COT $\times 89 = 8.455$, 6.360 euros ahorro. Tiempo visita COT: 3 meses, tiempo en AP: 1 semana.

Conclusiones: Según nuestro estudio la realización de infiltraciones en la AP significa un ahorro del 75% por cada caso, la disminución del dolor es importante, alrededor del 66%, el número de complicaciones es escaso y son leves. Se colabora a disminuir la lista de espera de COT y se le ofrece al paciente una atención más integral y rápida. Por lo tanto pensamos que la práctica de infiltraciones en la AP es eficiente y efectiva. Creemos que sería importante la formación de los médicos de AP en esta área.

10/207. TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL EN ATENCIÓN PRIMARIA Y CALIDAD DE VIDA

J. Cabrera Mateos^a, F. Noves Sánchez^b, M. Delgado Benítez^c, M. Burgo Bravo^d y J. Ibero Villa^e

^aConsultorio Local de Puerto del Carmen. ZBS Tías; ^bUnidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Lanzarote;

^cUnidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Lanzarote;

^dCS de Santa Coloma. Arrecife; ^eCS de Valterra. Arrecife.

Objetivos: Conocer las características de los pacientes anticoagulados y su calidad de vida.

Metodología: Estudio descriptivo transversal de los 163 pacientes en tratamiento anticoagulante oral (TAO) de 2 zonas básicas de salud. Se evaluó la calidad de vida con un cuestionario heteroadministrado validado de 32 ítems (puntuación: 32-192; a mayor puntuación, peor calidad de vida). Edad media = 71,89 años (DE: 11,66). El 54,6% eran mujeres.

Resultados: El 93,2% (152) recibían acenocumarol, dosis media semanal = 15,7 mg (DE: 8,55) que disminuía con la edad (coeficiente de correlación de Pearson = -0,327; $p < 0,001$) y superior en pacientes con objetivo de control del INR entre 2,5 y 3,5 (diferencia media $d = 4,95$ mg/semana; IC95%: 0,87-9,03). La causa más frecuente para anticoagulación fue la fibrilación auricular (75,5%), seguido de ACV (16%). Tenían los 5 últimos controles del INR dentro del rango objetivo, 10 pacientes (6,1%), y 5 (3,1%), fuera del mismo. Los hombres puntuaron más en la dimensión "alteraciones sociales" (13,98 vs 12,41; $p = 0,041$). La puntuación total del test correlacionó positivamente con dosis de acenocumarol ($p = 0,189$; $p = 0,036$), y negativamente con edad ($p = -0,244$; $p = 0,005$). Correlacionaron positivamente con la dosis las "limitaciones diarias" ($r = 0,257$; $p = 0,004$) y "alteraciones sociales" ($r = 0,235$; $p = 0,009$). La edad también correlacionó negativamente con la "satisfacción" ($r = -0,216$; $p = 0,013$), "limitaciones diarias" ($r = -0,307$; $p < 0,001$) y "alteraciones sociales" ($r = -0,326$; $p < 0,001$).

Conclusiones: El anticoagulante más empleado en atención primaria es el acenocumarol. La causa más frecuente para TAO es la fibrilación auricular. Los pacientes con mayor dosis de TAO y los de menor edad perciben peor calidad de vida.

10/213. PERFIL CLÍNICO Y FARMACOLÓGICO DE LOS PACIENTES CON ALZHEIMER EN UN CENTRO DE SALUD

L. Soriano Carrascosa^a, J. Sabatel Gómez-Román^a y C. Rincón González^b

^aCS La Caleta. Granada; ^bCS de Santa Fe. Consultorio de Castillo de Tajarja. Granada.

Objetivos: Conocer características clínico-epidemiológicas y el perfil de prescripción que tiene la población con demencia tipo Alzheimer leve en el Centro de Salud La Caleta.

Metodología: Estudio descriptivo transversal realizado en el centro de salud La Caleta. Se seleccionaron los 69 pacientes diagnosticados de Alzheimer leve no institucionalizados ni inmovilizados, Los datos se recogieron de la historia digital DIRAYA, durante febrero-abril de 2010, para lo que se elaboró una hoja de recogida con todas las variables. Se realizó un análisis descriptivo, se expresan con medias \pm desviación estándar las variables continuas y en valores absolutos o porcentajes las categóricas. Para las medias la t de Student.

Resultados: Mujeres 46,37% y hombres 53,62% ($p > 0,05$), edad media $73,66 \pm 8,24$ años, MNN $31,33 \pm 3,68$, Barthel $96,34 \pm 3,72$, diabetes 20,28%, HTA 57,97%, ACV 11,9% I. urinaria 17,39%. Los fármacos más utilizados fueron: donepezilo 10 el 86,65%, inhibidores de la bomba de protones 76%, inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina 51,2%, bromazepán 38%, risperidona 15%, rivastigmina 11,2%, trazodona 3%, y otros psicótropos (34%). El 72% de los pacientes tenían más de 6 fármacos prescritos.

Conclusiones: 1. El Test Mini Examen Cognoscitivo de Lobo, no discrimina el deterioro cognitivo en la fase leve de la enfermedad en la población de estudio. 2. No hay discapacidad para el autocuidado en la población. 3. Los factores de riesgo cardiovascular tienen la misma prevalencia que en la población general. 4. El fármaco más utilizado es el donepezilo. 5. Es una población polimedicada en la que los psicótropos son los fármacos de mayor prevalencia.

10/223. ¿CONOCEN LOS PACIENTES QUÉ ES UN MÉDICO INTERNO RESIDENTE?

N. China Coello^a, M. Suárez Hernández^a, A. González Díaz^b, F. Pérez-Llombet García^a, E. Navarro Brito^a y P. Fernández Melián^b

^aCS Añaza. Santa Cruz de Tenerife; ^bCS Barrio La Salud. Santa Cruz de Tenerife.

Objetivos: Valorar los conocimientos de los usuarios sobre los MIR de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC), su función y el nivel de satisfacción.

Metodología: Estudio descriptivo-transversal en centros de salud docentes de S/C-Tenerife entre enero-marzo 2009. Cuestionario validado de 20 ítems sobre conocimientos, formación y satisfacción del MIR. Herramienta: SPSS-17.0.

Resultados: 216 pacientes, 63,9% mujeres, edad media: 44,4. El 13,9% desconoce qué es un MIR. 70,4% contestó "médico que se forma en especialidad", aumentando este porcentaje con nivel educativo y edad ($p = 0,007$; $p = 0,063$). Respecto a la función, 31,5% cree que "la misma que su médico". El 27,3% "observar la actividad del tutor", encontrando asociación significativa con nivel educativo ($p = 0,030$). En ausencia del médico prefieren ser atendidos por: sustituto (34,4%), MIR (21,8%), indistintamente (38,4%) encontrando asociación con el sexo ($p = 0,022$). El 93,1% considera importante la presencia del MIR en consultas para su formación. El 62,5% cree que la MFyC es una especialidad aunque el 26,9% considera que dura un año. El 51,9% conoce que el MIR rota por distintas especialidades hospitalarias encontrando diferencias con la edad ($p = 0,01$). Al 89% no le molesta la presencia del MIR. Un 15% de los pacientes no se sienten igualmente atendidos por su médico ante la presencia del MIR ($p = 0,06$). El 88,4% nunca ha dejado de expresar algo por la presencia del MIR. Un 57% ha sido atendido por el MIR, de los que el 6,5% no se siente igualmente valorado que por su médico. La satisfacción con el MIR fue alta en el 95,9%.

Conclusiones: La mayoría de pacientes conocen lo que es un MIR. Su presencia no influye en la consulta pero prefieren ser atendidos por su médico. El grado de satisfacción de la atención recibida del MIR es alto.

10/224. DISCAPACIDAD ESPECÍFICA EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA

B. Casanueva Fernández^a, R. Sánchez Villar^b, A. Pérez Martín^c, B. Rodero Fernández^d, S. Herrera Castanedo^d y J. Vázquez-Barquero^d

^aClínica Especialidades. Cantabria; ^bCS Zapatón. Cantabria; ^cCS Los Valles. Cantabria; ^dCentro Rodero. Cantabria.

Objetivos: Analizar el grado de discapacidad en pacientes con fibromialgia (FM), mediante un instrumento específico, la versión Española del World Health Organization Disability Assessment Sche-

dule II (WHO-DAS II). Evaluar la aplicabilidad y la fiabilidad del cuestionario.

Metodología: 200 pacientes diagnosticados consecutivamente de FM según criterios del Colegio Americano de Reumatología de 1990. La evaluación clínica incluía la aplicación en dos ocasiones, por entrevistadores diferentes, y separadas por un lapso de 6 días, del cuestionario WHO-DAS II. El análisis test-retest se ejecutó para las puntuaciones globales.

Resultados: Los niveles de mayor discapacidad aparecen en el dominio "Actividad Doméstica y Laboral" (85,27, DE 19,35), seguidos del dominio relacionado con la "Movilidad" (69,64, DE 21,15), "Participación social" (62,58, DE 22,17), "Comprensión/comunicación" (60,56, DE 22,04), "Relaciones interpersonales" (48,27, DE 30,26) y "Cuidado Personal" (42,23, DE 25,31). La puntuación global resulta de 61,23 (DE 18,47), lo que traduce un nivel de discapacidad medio-alto. Coeficiente de correlación de Pearson 0,805 ($p = 0,000$). Coeficiente de correlación intraclase 0,802. Intervalos de confianza al 95% (0,73-0,85). Alfa de Cronbach 0,936. Cifras de fiabilidad test-retest muy altas e índices de consistencia interna "muy buenos".

Conclusiones: La versión española del WHO-DAS II es un instrumento fiable y con muy buenos índices de consistencia interna para medir discapacidad en pacientes con FM. Los dominios relacionados con la "actividad doméstica/laboral" y "moverse en el entorno" son los que condicionan mayor nivel de discapacidad. En nuestra serie de pacientes con FM el WHO-DAS II evidencia un nivel de discapacidad medio-alto.

10/226. PATOLOGÍA COLORRECTAL EN UNA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

J. Campos Rodríguez^a, M. Guzón Centeno^b, A. González Gamarra^b, B. Fernández-Cuartero Rebollar^b, I. Fernández Gutiérrez^b y M. de Hoyos Llorente^b

^aCS Castelló. Madrid; ^bCS Goya. Madrid.

Objetivos: Detectar mediante pruebas de SOH y colonoscopia la patología colorrectal más frecuente en una población adulta, aparentemente sana, asignada a una consulta de AP.

Metodología: Se incluyeron 281 pacientes de ambos sexos, sin patología colorrectal conocida y edad entre 50 y 74 años, que acudieron de forma espontánea a una consulta de AP del C.S. Goya de Madrid durante el mes de noviembre de 2009. 19 pacientes rechazaron su participación con lo que la muestra final fue de 262 (155 mujeres, 107 varones). Se consideró positivo la aparición de hemoglobina en al menos una muestra.

Resultados: 27 pacientes dieron positivo para SOH por método ELISA. Rechazaron 2 personas continuar en el estudio por lo que la muestra se redujo a 25 (una persona con antecedente familiar de cáncer colorrectal). Los 25 pacientes fueron sometidos a colonoscopia completa. 19 pacientes presentaron patología colorrectal de diversa índole (pólipos, divertículos, hemorroides internas, proctitis, angiodisplasia y un caso de cáncer colorrectal) y 6 casos resultaron falsos positivos. Los pacientes con pólipos colónicos fueron sometidos a polipectomía endoscópica con resultado de adenomas tubulares en todos los casos.

Conclusiones: Numerosas sociedades y autoridades médicas indican realizar screening de cáncer colorrectal a partir de los 50 años por su alta prevalencia y mortalidad. La detección precoz de cáncer de colon es importante para lograr la curación y/o mejorar la supervivencia. Aunque nuestro estudio es limitado para obtener conclusiones, el método SOH es útil para la detección de lesiones premalignas de colon en personas asintomáticas y puede aplicarse a población sana mayor de 50 años.

10/230. DOCTOR, ¡NO PUEDO TRABAJAR!

M. Hernández Ribera^a, M. Ciurana Tebé^a, M. García Font^a, J. Vidal Alaball^b y E. Descals Singla^a

^aMedicina Familiar. ABS Manresa 2. Barcelona; ^bMedicina Familiar. SAP Bages-Berguedà. Barcelona.

Objetivos: Conocer los motivos más frecuentes de incapacidad temporal (IT) en nuestro centro durante el 2009 y si la duración de éstas se correspondió con la estandarización aconsejada por cada proceso.

Metodología: Estudio descriptivo de las incapacidades temporales prescritas periodo enero a diciembre 2009, ámbito urbano. Población asignada: 22.000 usuarios, población activa de 13.258. Variables estudio: sexo, edad, motivo baja laboral y duración del proceso.

Resultados: Durante el 2009 se tramitaron un total de 3.365 IT. (25% población activa). Sexo 52,3% mujeres y 47,7% hombres. Edades: 16 a 29 años (807) 24,1%, 30 a 39 (1.115) 33,1%, 40-49 (720) 21,3%, 50 a 65 (723) 21,5%. Diagnósticos más frecuentes: infección vírica inespecífica, 9,47% (319 usuarios), diarrea/gastroenteritis (262) 7,78%, catarro vías altas (227) 6,74%, lumbalgia/ciatalgia (225) 6,68%, ansiedad-depresión (201) 5,97%. Duración del proceso de incapacidad: Infección vírica: promedio duración 4,47 días, duración estandarizada 4 días. Diarrea y gastroenteritis: promedio 3,71 días, estandarizada 4 días. Catarro de vías altas: promedio 4,47 días, estandarizada 4 días. Lumbago/ciática: promedio 45 días, estandarizada 30 días. Ansiedad/depresión: promedio 45,4 días, estandarizada 30 días.

Conclusiones: El perfil del usuario suele ser jóvenes, y las causas más frecuentes infecciones víricas. Con una media de duración de las IT similar a la aconsejada por los expertos, excepto en ansiedad/depresión y lumbalgia/ciática que presentan un incremento de los días establecidos. Una cuarta parte de la población activa presenta un proceso de incapacidad laboral al largo del año, generando un aumento del impacto socio-económico.

10/232. OBESIDAD INFANTIL: ¿EPIDEMIA DEL SIGLO XXI?

R. Vallès Navarro^a, R. Coma Carbó^a, H. Galdós Tangüis^b, J. Núñez Cirera^c, I. García Subirats^d y P. Torán Monserrat^d

^aEAP Mataró 6-ICS; ^bEAP Mataró Cirera Molins-CSM; ^cEAP Rocafonda-ICS; ^dEAP Gatassa-ICS. Unitat Suport a la Recerca Metropolitana Nord. IDIAP Jordi Gol.

Objetivos: La obesidad infantil es un problema de Salud Pública importante. Para conocer su prevalencia y compararla entre poblaciones de diferentes áreas geográficas se utiliza el IMC. El objetivo de este estudio es conocer la prevalencia de sobrepeso/obesidad infantil y compararla utilizando las diferentes tablas de referencia existentes.

Metodología: Estudio observacional y transversal en población infantil de 6 a 12 años de las 5 escuelas de Vilassar de Mar. Se incluyen a los 1.068 niños/as del curso escolar 2008-2009. Las medidas de peso y talla se realizaron en las escuelas. La muestra final fue de 929 alumnos. Se compararon las prevalencias según las tablas de Orbegozo, Cole, AEP-SENC-SEEDO, OMS, Carrascosa y Andrea Prader.

Resultados: La prevalencia de obesidad osciló entre 1,6% (Carrascosa) y 14,9% (OMS) y la prevalencia de sobrepeso entre 10,5% (Orbegozo) y 25,0% (Cole). Se han observado diferencias por sexo en los valores de sobrepeso y obesidad. La prevalencia de obesidad en niños estaba entre 1,6% (Carrascosa) y 18,1% (OMS). En niñas los valores oscilaron desde 1,3% (Carrascosa) hasta 11,1% (OMS). En niños el sobrepeso varió entre un 10,1% (Orbegozo, AEP-SENC-SEEDO) y 23,2% (Cole). En niñas entre 8,3% (Andrea Prader) y 27,0% (Cole).

Conclusiones: Las comparaciones entre prevalencias de sobrepeso y obesidad en diferentes poblaciones deben hacerse con cautela pues éstas varían según las tablas y los puntos de corte utilizados. Para conocer la prevalencia de sobrepeso y obesidad de una población deben utilizarse tablas creadas a partir de población con similares características a la población de estudio.

10/234. PERCEPCIONES Y CONOCIMIENTOS DE LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LAS PALMAS EN RELACIÓN CON LA ATENCIÓN PRIMARIA Y MEDICINA DE FAMILIA (MF)

O. Segura Álamo^a, C. Jiménez Mena^b, J. Rodríguez Borges^c y J. Santana Caballero

^aCS Cono Sur. Las Palmas de Gran Canaria. Facultad de Medicina de Las Palmas de Gran Canaria; ^bCS San Gregorio. Telde. Facultad de Medicina de Las Palmas de Gran Canaria; ^cCS Escaleritas. Las Palmas de Gran Canaria. Facultad de Medicina de Las Palmas de Gran Canaria; ^dCS Barrio Atlántico. Las Palmas de Gran Canaria. Facultad de Medicina de Las Palmas de Gran Canaria.

Objetivos: Obtener datos sobre estas cuestiones dentro del proyecto FIS P1070975.

Metodología: Se pasa cuestionario previamente validado a alumnos de 1º, 3º, 5º y 6º de Medicina. Analizamos los resultados con el programa SPSS 17.

Resultados: El 65% son mujeres. El 65% son de 1º. La mayoría percibe positivamente la función social de la MF y negativamente su prestigio científico, interés para investigación y sueldo. La experiencia personal como paciente influye positivamente en su opinión de la MF. Se decantan por la obligatoriedad de la MF en la carrera, basándose en su contribución a la mejora de la atención de salud y su papel nuclear del sistema sanitario. Consideran que la docencia de la MF debe ser impartida dentro del 2º ciclo por profesionales de la MF. Los aspectos más valorados que aporta la MF a la carrera son: relación médico-paciente, prevención y promoción de la salud, enfoque biopsicosocial, familiar y comunitario, atención a los problemas más frecuentes, atención longitudinal, bioética y colaboración con otros sectores. Un 80% considera de gran utilidad la rotación por los centros de salud. La mayoría muestra poco interés en trabajar en la MF, pero si ejercieran como MF estarían satisfechos. En la elección de especialidad valoran altos ingresos económicos, buenas condiciones laborales y calidad de vida.

Conclusiones: Reconocen la importancia de la MF en el sistema sanitario y en la formación de pregrado. Sin embargo la mayoría muestra escaso interés por la MF como opción futura.

10/235. APROXIMACIÓN A LA PREVALENCIA DE HIPOTIROIDISMO ADQUIRIDO (HA) EN UNA ZONA BÁSICA DE SALUD (ZBS)

F. Carbonell Franco, M. Ibáñez Casaña, I. Lledó Fillol, A. Hernández Pérez y A. Vila Maupoey

Médicos de Familia. CS de Mislata. Valencia.

Objetivos: Estimar la prevalencia de HA en una ZBS a partir de su registro en la historia clínica electrónica (HCE). Describir la población adulta con HA.

Metodología: Estudio descriptivo transversal. Calculamos la prevalencia de HA en nuestra ZBS (47.726 habitantes) mediante el módulo de consultas de la HCE. Describimos 301 pacientes con HA correspondientes a 5 cupos médicos con 7.743 pacientes atendidos. Detallamos variables demográficas, así como de diagnóstico, terapéutica y grado de control.

Resultados: La prevalencia de HA en mayores de 14 años en nuestra ZBS es del 3,8% (IC95% 3,6-3,9%). Mucho mayor en mujeres

6,6% (IC95% 6,4-6,8%), que en varones 0,8% (IC95% 0,7-0,9%). En la muestra analizada (90,4% mujeres, 9,6% varones), la edad media es de 55,5 ± 17 años. En cuanto al origen del HA: 242 casos (80%) no se especifica, 35 (11,6%) atribuidos a tiroiditis autoinmunes, 13 (4,3%) posttiroidectomía, 8 (2,7%) desencadenados por amiodarona o litio, 2 (0,7%) yódicos y 1 (0,3%) tras tratamiento con I131. En 66 casos (21,9%) el hipotiroidismo es subclínico. No precisan tratamiento sustitutivo 33 pacientes (10,9%) y el resto recibe una media de 88 ± 35 µg/diarios de tiroxina. Por sus niveles de TSH consideramos que en su última visita sólo están bien controlados un 60% de los pacientes.

Conclusiones: La prevalencia de HA encontrada en este estudio es similar a la descrita previamente en la literatura. Disponemos de un amplio margen de mejora en el correcto diagnóstico y control del HA.

10/236. ESTUDIO COMPARATIVO DE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA ESPONTÁNEA EN 2 ÁREAS BÁSICAS DE SALUD, UNA URBANA Y OTRA SEMIRURAL DURANTE EL AÑO 2009

J. Escoda Mingot^a, J. Sánchez Colom^b, C. Gonzalvo Orero^c, V. Venteo Alcón^b, M. González Medina^a y O. Armengol Badia^a

^aABS Poblenou. Barcelona; ^bABS Santa Margarida de Montbui. Barcelona; ^cABS Clot. Barcelona.

Objetivos: Comparar y evidenciar diferencias en el número de visitas domiciliarias espontáneas, por población asignada, así como su distribución horaria, semanal, mensual y por edades. Los resultados comparativos posibilitaran posibles cambios organizativos asistenciales.

Metodología: Estudio descriptivo a partir de los datos obtenidos de la hoja diaria de domicilios agudos de adultos, la historia informatizada (e-cap), y de los técnicos de salud correspondientes.

Resultados: En el ámbito urbano con una población asignada de 18.317 y 11 médicos, el número total de visitas es de 1.133 (6,1%), frente a 8.469 con 6 médicos una demanda de 364 (3,1%) de la semirural; en el ámbito urbano el horario (mañanas 8-14h y tardes de 14-19h), día de la semana y mes de mayor demanda son las mañanas con el 78% los lunes con el 26% y enero con el 12% siendo en el semirural 49% mañanas por el 51% tardes, los lunes con el 23,1%, y febrero con el 11,3%. Los mayores de 80 años representan con el 46% (63% mujeres) y 52% (73% mujeres) las visitas totales en el ámbito urbano y rural. Los meses de menores visitas son agosto (4,2%) y julio (5,3) respectivamente. En la ciudad una media de 125 visitas médico año por 60 en el medio rural.

Conclusiones: La presión asistencial por médico y turno de mañana es mayor en la ciudad. Agosto y julio con menos visitas y los lunes el de mayor demanda. Valorar estos datos para optimizar los recursos. Los mayores de 80 años representan el 50% en los dos ámbitos.

10/238. ESTUDIO DE TROMBOPENIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

J. Rodríguez Santana^a, L. Calles Hernández^b, J. Aguilar Escalera^a, L. Velázquez Arjona^a, M. González Hernández^a y C. Bibiano Guillén

^aMédico Adjunto. Servicio de Urgencias. ^bMédico Laboratorio. Unilab. ^cJefe Servicio de Urgencias. Hospital La Moraleja.

Objetivos: Estudiar las trombopenias que acuden al servicio de urgencias del Hospital La Moraleja, de Madrid. Se estratifican los diversos tipos de trombopenias.

Metodología: Se obtienen los resultados de los hemogramas realizados en el laboratorio de nuestro hospital y se selecciona aque-

llos que tiene plaquetas inferiores a 60.000 plaquetas/mL, y se ha revisado 36.630 hemogramas realizados en el hospital y los 16.593 realizados para el servicio de urgencias desde el 1 de octubre de 2009 hasta 30 de abril de 2010. Por otro lado en ese mismo periodo se seleccionan de los 65.820 las historias clínicas, se descartan las 22.943 de pediatría y se estudian las que tienen trombopenias y estudian para estratificar las mismas.

Resultados: De los 47.877 pacientes adultos vistos en urgencias, 30 pacientes presentaban plaquetas por debajo de 60.000, de los cuales 20% son secundario a quimioterapia, el mismo porcentaje a hepatopatía crónica y púrpura trombocitopénica idiopática, 10 a aplasia medular, sepsis, 6,6% a pseudotrombopenia, 3,3% a tóxicos, difenilhidantoína y 10% no se pudo saber el diagnóstico, ya que no fueron seguidos en nuestro centro.

Conclusiones: Las trombopenias es una alteración poco frecuente en nuestro centro representado un 0,06% de los pacientes atendido, pero se corresponden con patología grave y urgente, aunque la mayoría de los pacientes no presentaban síntomas de sangrado, si un potencial importante de complicarse, y todos los pacientes que se acompañaban de sepsis fallecieron y la mayoría de los paciente con hepatopatía también aunque no a corto plazo.

10/241. ANÁLISIS DE LAS VARIABLES QUE INFLUYEN EN LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES ANTICOAGULADOS CONTROLADOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

E. Ruiz Gil, M. Valls Esteve, J. Parcet Solsona, M. Grande Trujillo, I. Torres Fernández y A. Segura Anducas

CS Sant Ildefons. Cornellà de Llobregat. Barcelona.

Objetivos: Identificar efectos adversos (EA) en relación con la administración de anticoagulantes orales (ACO). Análisis de la asociación entre EA y variables relacionadas con pacientes y con la intervención del médico de familia.

Metodología: Pacientes con fibrilación auricular no valvular seleccionados aleatoria y consecutivamente de consultas atención primaria entre junio-diciembre 2009. Mediante entrevista (telefónica al cuidador en atdom) registro de variables: sociodemográficas, tipo ACO, años duración, presencia y tipo complicaciones, grado control, grado cumplimiento terapéutico (MorinsKy-Green) y grado conocimientos. Revisión historia clínica y registro: polimedición, duplicidades, interacciones, productos herboristería, alcohol, insuf. renal, cardiaca o mal control TA.

Resultados: 87 pacientes: 54% hombres, edad media 74,63, atención domiciliaria 8%, media 5,5 años tto, 56,3% warfarina, 13,8% mal control. 36,8% hemorragias (moderadas 10,3%, graves 4,6%). 96,6% buen cumplimiento. 46% alto grado de conocimientos y 37,9 aceptable, 15% tienen dudas. 24,1% polimedificados, 1,5% duplicidades, 100% llevan IBP+AAS, aines o cortis, 7% amiodarona, 3,5% consumen productos herboristería. 5,7% insuficiencia renal y 18,5% cardiaca, 26,4% tienen mal control HTA. Al analizar la relación entre hemorragias moderadas + severas con otras variables únicamente hemos encontrado resultados significativos ($p < 0,05$) con atención domiciliaria.

Conclusiones: Porcentaje de hemorragias se corresponde literatura. Destaca alto grado de buen control y cumplimiento terapéutico. Apreciamos diferencias de seguridad (polifarmacia, interacciones...) en pro de estos pacientes quizás debido a ser considerada "medicación de riesgo" y a la existencia de alertas informáticas y self-audit. Nos llama la atención la inexistencia de relación entre EA y edad > 80 años, polimedición o educación sanitaria.

10/242. ¿QUÉ HALLAZGOS ENCONTRAMOS AL PROTOCOLIZAR LA ENTREGA DE TIRAS REACTIVAS?

F. Guillén Cavas^a, R. Requena Ferrer^a, E. Esparza Pérez^a, J. Flores Torrecillas^a, S. Martín Soto^a y E. Esteban Redondo^b

^aMédico de Familia. CS Cartagena Casco Antiguo; ^bMédico del Trabajo. Equipo de Prevención de Riesgos Laborales Área II.

Objetivos: Conocer las características del autocontrol de nuestros pacientes diabéticos que retiran tiras reactivas en el Centro de Salud.

Metodología: Estudio descriptivo, longitudinal, prospectivo de una población de 1280 pacientes diabéticos pertenecientes a 12 cupos de adultos del C.S. Cartagena-Casco. La muestra es de 338 pacientes que acuden a retirar tiras reactivas. El periodo de estudio comprende de enero a junio de 2009. El rango de edad de los estudiados: 14-99 años. La recogida de datos se realiza en la consulta programada de enfermería. Análisis de datos descriptivos, frecuencia y bivalente.

Resultados: El género de la población estudiada es: femenino 162 (47,93%), y masculino 176 (52,07%). El perfil del paciente que retira tiras reactivas corresponde a un diabético tipo 2, (226: 66,86%), de 60-76 años (202: 59,76%), que aporta resultados de autocontroles a la recogida de tiras reactivas (227: 67,16%) y se realiza entre 11-25 controles al mes (103: 30,56%). Indicados por su médico de familia 268 (79,29%) y por especializada 70 (20,71%). Las cifras de hemoglobina glicosilada de 171 (50,76%) son inferiores al 8%. No constan registros de hemoglobina glicosilada en la historia clínica en 90 casos (26,41%).

Conclusiones: Tenemos un mayor número de diabéticos tipo 2 que retiran tiras reactivas para su autocontrol. La mitad de los pacientes con registros de hemoglobina glicosilada tienen cifras aceptables. Existe un porcentaje mejorable de pacientes que no aportan resultados de autocontroles a la hora de retirar las tiras reactivas.

10/244. PROCESO DE DETECCIÓN DE LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD EN EL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE CIUTAT MERIDIANA, BARCELONA

E. Arias Pagán^a, M. Troyano Cussó^a, R. Royo Palacio^b, O. Muñoz Membrives^a, A. Royo Palacio^b y A. Roig García^a

^aCAP Ciudad Meridiana. Barcelona; ^bEAP Marc Aureli, Barcelona.

Objetivos: Análisis de las necesidades de salud de la población. Disminuir las desigualdades sociales en salud. Potenciar la participación ciudadana.

Metodología: Participativa. Se buscaron alianzas y colaboración de los vecinos y agentes del territorio.

Resultados: Nivel demográfico y socioeconómico: el total de la población asignada al CS es de 15913 habitantes, mayoritariamente joven, con hogares de 4 personas o más. La población extranjera proviene de Ecuador, Marruecos y Pakistán, con bajo nivel cultural respecto Barcelona ciudad. Nivel de salud: -Salud reproductiva: alto porcentaje de natalidad en madres adolescentes, ligeramente superior al resto de Barcelona. -Salud mental: los diagnósticos más relevantes en salud mental de adultos son: trastorno de pánico sin agorafobia, distímico, esquizofrenia tipo paranoide crónica. En el caso de infancia y adolescencia son: trastorno de adaptación con alteración de conducta y ansiedad respecto a otros barrios. -Estilos de vida. Consumo de tabaco: un 28,7% superior al resto de Barcelona, con 15 años o más fumando. Consumo de drogas (legales/ilegales): la tasa por dependencia o abuso de drogas, son similares a las de Barcelona, según los datos del Centro de Atención y Seguimiento de Drogodependencia.

Conclusiones: Gracias a la implicación de los agentes, vecinos y el CS, se crea el diagnóstico socio sanitario del territorio, que nos

permitirá crear futuras actividades para mejorar las desigualdades sociales y de salud detectadas.

10/245. PROYECTO COMUNITARIO PUJA'M-BAIXA'M, ZONA NORTE DE BARCELONA CIUDAD

R. Royo Palacio^a, E. Arias Pagán^b, A. Royo Palacio^b, O. Muñoz Membrives^b, M. Troyano Cussó^b y A. Roig García^b

^aEAP Marc Aureli. Barcelona; ^bCAP Ciudad Meridiana Barcelona.

Objetivos: El aislamiento social en personas mayores y su discapacidad funcional, afecta a la salud mental e influye en la percepción del estado de salud y calidad de vida de este colectivo. La integración social obtenida con la participación en actividades sociales y de ocio, implicación y soporte familiar, de red social y del entorno, mejoran directamente la función cognitiva y emocional. Mejorando la calidad de vida de las personas con aislamiento social provocado por barreras arquitectónicas.

Metodología: La población a la cual dirigimos este programa son las personas mayores de 65 años con aislamiento social, provocado por barreras arquitectónicas ubicadas en la zona norte de Barcelona. Se benefician del programa los usuarios atendidos en su domicilio. El primer contacto se realiza telefónicamente informándoles del programa, valorando su interés. Excluyendo aquellas que no desean participar o que no es factible la logística para realizarlo. Para la ejecución utilizaremos: 1 silla de ruedas tipo oruga y elemento para transportarla, 2 sillas de ruedas convencionales y un vehículo de transporte adaptado.

Resultados: Se detectan 47 personas beneficiarias del programa puja' m-baixa'm. Actualmente se han realizado 22 entrevistas de las cuales 12 pueden beneficiarse del mismo.

Conclusiones: En la zona norte existe un problema de aislamiento y soledad en personas mayores. Este programa les ofrece la oportunidad de potenciar las relaciones sociales mejorando así los efectos psicosociales y su aislamiento, mediante elementos externos que atenúan las barreras arquitectónicas.

10/246. MEDIADORA CULTURAL EN LOS CENTROS DE SALUD

O. Muñoz Membrives^a, M. Troyano Cussó^a, R. Royo Palacio^b, A. Royo Palacio^a, A. Roig García^a y E. Arias Pagán^a

^aCAP Ciudad Meridiana. Barcelona; ^bEAP Marc Aureli. Barcelona.

Objetivos: El Centro de Salud de Ciudad Meridiana, vio la necesidad de realizar un estudio de la población recién llegada, mejorando así la detección y el abordaje. Conocer la población recién llegada desde el punto de vista demográfico y socio sanitario, objetivando diversos aspectos de la demanda realizada en nuestro centro. Evidenciar la necesidad de una mediadora cultural en los Centros de Salud, mejorando así la comunicación posibilitando una actuación más eficaz.

Metodología: Es un estudio longitudinal, comprende los datos de los nuevos 91 usuarios del centro que se han beneficiado de la intermediación cultural desde mayo del 2008 hasta agosto del 2009. Diseñando una plantilla para la recogida de datos y se extrapolan a un Excel para su explotación. Incluyendo los datos que reflejan las características más significativas de esta nueva población.

Resultados: Sexo: Hombres 30; Mujeres 59; Menores 2. Nacionalidad: Marruecos 72; Burkina Faso 13; Pakistán 3; Ghana 1; Nigeria 1; Egipto 1. Nivel de instrucción: Analfabeto 42; Leer y escribir 2; Estudios Primarios 18; Estudios Secundarios 22; Universitarios 7.

Conclusiones: La población que ha precisado el servicio de mediación cultural, es mayoritariamente de sexo femenino, y de origen marroquí. Hay un alto porcentaje de analfabetismo y con dificultad para comunicarse, dado que su idioma de origen es el árabe.

La mayor intervención es realizada por el médico de familia y comunitaria junto con la mediadora cultural, quien realiza intervenciones lingüísticas y culturales.

10/248. EXPERIENCIA EN MEDIO RURAL DEL ESTUDIO DE CONTACTOS DE TBC EN POBLACIÓN ANCIANA

J. Gentile Lorente^a, J. Borrull Povill^a, N. Martín Andrade^b, C. Curto Romeu^c, H. Tarabishi Marín^b y Y. Doménech Cid^b

^aABS Tortosa Oeste. Benifallet; ^bABS Amposta. Tarragona; ^cABS Deltebre. Tarragona.

Objetivos: Describir una experiencia llevada a cabo en población anciana pluripatológica en un medio rural de 892 habitantes con soporte de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica de los Servicios Territoriales de Salud para el estudio de contacto de TBC pulmonar. A partir de un caso de infección en la trabajadora familiar del pueblo con infección tuberculosa pulmonar y cultivo de esputo positivo que creó una gran alarma social.

Metodología: Estudio descriptivo retrospectivo. Estudio de los contactos de una paciente con TBC. Población rural y anciana. Charla por la Unidad de Vigilancia epidemiológica en el consultorio del propio pueblo para los contactos y sus familias. Realización de PPD en dos ocasiones (2 meses de diferencia) y si esta fuera positiva realización de Rx de tórax.

Resultados: Total sujetos 16: Hombres 6 (37,5%) Mujeres 10 (62,5%), Sujetos encamados 2 (12,5%). Primer PPD positivo 0%, segundo PPD positivo 0%. Rx realizadas 0.

Conclusiones: La TBC es una patología que crea gran impacto y alarma social en la población. Es posible en atención primaria y en el medio rural el estudio de contactos en la población anciana produciendo la mínima alteración en su vida diaria a los pacientes por su médico y con soporte epidemiológico. A pesar de la pluripatología de los pacientes no existe ningún contacto infectado.

10/250. COMPARACIÓN DE LA MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE LA PRESIÓN ARTERIAL DE 24 Y 48 HORAS: IMPLICACIONES DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICAS

N. González Wellens^a, G. Solsona Tomàs^a, C. Albaladejo Blanco^a, J. Martín García^a y N. Montellà Jordana^b

^aCAP Llefia; ^bCAP Dr. Robert.

Objetivos: Conocer si existen diferencias en las cifras medias de presión arterial (PA) obtenidas por monitorización ambulatoria de la PA (MAPA) entre las primeras 24 horas respecto a las segundas 24 horas y respecto al total de las 48 horas. Asimismo, averiguar si éstas condicionan un abordaje diagnóstico-terapéutico distinto.

Metodología: Diseño: estudio descriptivo, prospectivo y longitudinal (abril 2009-10). Emplazamiento: centro de atención primaria urbano. Población: sujetos a los que se solicita una MAPA, a criterio del facultativo, y aceptan llevar el monitor 48 horas. Criterios de exclusión: Negativa del paciente, circunferencia braquial > 50 cm, deterioro cognitivo o patología psiquiátrica y MAPA técnicamente no válida. Variables: Sexo, edad, factores de riesgo cardiovascular, último valor de PA clínica, tratamiento antihipertensivo, indicación de la MAPA, medias de PAS/PAD, actitud diagnóstico-terapéutica, patrón circadiano e inconvenientes.

Resultados: Se analizaron 50 pacientes con edad media de 60 ± 13 años. Los valores medios de PAS/PAD fueron de 127,34/73,24 mmHg con unas disminuciones medias de 3,08/1,86 mmHg el segundo día y de 1,50/1,31 mmHg en el total de 48 horas, sin significación estadística. Durante el segundo día de monitorización, el 68% de los pacientes presentaron una reducción de la PAS y el 74% de la PAD. Las diferencias de PA observadas no comportaron cambios significativos en la actitud diagnóstico-terapéutica posterior.

Conclusiones: Existen ligeras diferencias en las medias de PA entre el primer y el segundo día aunque éstas no se traducen en cambios diagnóstico-terapéuticos, por lo que parece razonable no indicar una MAPA de duración superior a 24 horas.

10/251. COMPARACIÓN DE LA FRECUENCIA CARDÍACA ENTRE HOMBRES Y MUJERES EN TRATAMIENTO CON DISTINTOS FÁRMACOS ANTIHIPERTENSIVOS

L. Soriano Carrascosa^a, J. Sabatel Gómez-Román^a y E. Moreno Abril^b

^aCS La Caleta. Granada; ^bHospital Materno Infantil. Ruiz de Alda. Granada.

Objetivos: Medir la frecuencia cardíaca de pacientes hipertensos en tratamiento con distintos grupos de fármacos antihipertensivos (diuréticos, IECAS, ARAll, y antagonistas del calcio) y comparar los valores entre hombres y mujeres.

Metodología: Estudio transversal, junio a noviembre 2009. Población 200 pacientes hipertensos (100 hombres y 100 mujeres), sin factores de riesgo metabólicos (ni diabetes o ni obesidad), no fumadores, edades entre 55-65 años, divididos en grupos de 25 en función del sexo y grupo antihipertensivo (diuréticos, IECAS, ARAll, Antagonistas del Calcio). Se midió la frecuencia cardíaca en reposo en cada grupo y se comparó los resultados entre hombres y mujeres. t de Student.

Resultados: En el grupo tratados con diuréticos las mujeres tenían la FC a ($81 \pm 1,3$ ppm) de manera significativa ($p > 0,01$) más alta que los hombres, que tenían una FC de ($76 \pm 2,2$). Los valores más bajos de FC se han encontrado en el grupo de pacientes tratados con antagonista del calcio (ACA), aunque las mujeres también tenían con este grupo terapéutico una FC más alta ($67 \pm 2,8$ ppm) de manera significativa ($p > 0,05$) que los hombres con ($62 \pm 1,2$ ppm), al comparar la FC de los pacientes tratados con ARAll e IECAS no hubo diferencias significativas.

Conclusiones: 1. Independientemente del grupo terapéutico las mujeres tienen más elevada la frecuencia cardíaca. 2. La frecuencia cardíaca es más baja en pacientes tratados con calcio antagonistas que con el resto de los grupos farmacológicos. 3. En el tratamiento antihipertensivo con diuréticos o antagonistas del calcio la frecuencia cardíaca es mayor en mujeres que en hombres.

10/252. ESTUDIO DE LA EFICACIA DE 2 CERUMINOLÍTICOS COMERCIALIZADOS

M. Navarrete Durán^a, M. Caballero Borrego^b y A. Franco Alonso^a

^aEAP Rosselló. Barcelona; ^bServicio de ORL. Hospital Clínic. Barcelona.

Objetivos: Comparar la efectividad de dos productos comerciales que contienen como principios activos clorobutanol o carbonato sódico con suero fisiológico.

Metodología: Estudio prospectivo, aleatorizado y con grupo control. Noventa adultos diagnosticados de tapón completo de cerumen en la consulta de atención primaria de los CAPs Eixample o Gavarra fueron aleatorizados en tres grupos según si se les aplicó 2 ml de un compuesto comercial que contenía clorobutanol (Grupo I, $n = 30$), carbonato sódico (Grupo II, $n = 30$) o suero fisiológico, grupo control, (Grupo III, $n = 30$). Después de 15 minutos se realizó un lavado con jeringuilla. Los datos se introdujeron y analizaron con el programa SPSS 10.0 (SPSS Inc., Chicago, IL). La valoración del éxito de cada tratamiento se realizó con el porcentaje de membranas timpánicas visualizadas después de la irrigación y se compararon con el estadístico χ^2 .

Resultados: La edad media de los pacientes fue de 45,3 años (intervalo 19-78). Cincuenta pacientes fueron mujeres (56%). Los

grupos fueron similares en edad y sexo. No se detectó una diferencia significativa ($p = 0,17$) en la proporción de membranas timpánicas completamente visualizadas en el grupo I (20/30, 66%), grupo II (16/30, 53%) y grupo III (13/30, 43%).

Conclusiones: La aplicación de clorobutanol o carbonato sódico no ha mejorado de forma significativa la proporción de membranas timpánicas que se pueden visualizar en comparación con suero fisiológico.

10/261. CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN HIPERTENSOS MEDIANTE SEGUIMIENTO COMPARTIDO MÉDICO/ENFERMERA

M. Herranz Fernández^a, J. Carmona Segado^b, S. García Mantilla^a y E. Romero Arasanz^a

^aMFyC ABS Santa Perpetua de Mogoda. Barcelona; ^bMFyC ABS Castellar del Vallès-Sant Llorenç Savall; ^cMFyC ABS Sant Oleguer. Sabadell.

Objetivos: Conocer el grado de control de la PA, mediante el seguimiento compartido médico/enfermería de pacientes hipertensos durante un año.

Metodología: Se trata de un estudio descriptivo, del seguimiento de los pacientes hipertensos pertenecientes a 2 cupos médicos ($N = 167$), que fueron atendidos a lo largo del 2009. Las variables recogidas fueron: edad, sexo, IMC, antecedentes de enfermedad cardiovascular: ECV (Cardiopatía Isquémica: CI, Accidente cerebrovascular: ACV, Arteriopatía periférica: AP, e Insuficiencia cardíaca: IC), cifras de presión arterial, nº de antihipertensivos que recibe, nº de consultas médico/enfermería y si se realizó modificaciones terapéuticas durante el seguimiento. Para el análisis se utilizaron índices estadísticos descriptivos.

Resultados: Un 52% mujeres, edad media 68,01 y mayores de 65 años un 65,1%. ECV 19,2%, diabetes 37,3%, obesidad 52,1%, y fumadores 6%. Las cifras medias de PA eran PAS 139,25 mmHg y PAD 80,17 mmHg. El grado de control de PA menor 140/90 era del 53,3%, los diabéticos menor 130/80 del 21%. Estaban con monoterapia un 49,1%, tomaban 2 antihipertensivos un 37,7% y 3 o más un 12,6%. La media de las consultas del médico 3,28 y de enfermería 4,53. Se realizaron modificaciones terapéuticas en un 55,2%.

Conclusiones: El grado de control de la PA es mejorable. Debemos aumentar la terapia combinada, disminuir la inercia terapéutica, así como intervenir más sobre la obesidad.

10/262. DOCTOR, SE ME OLVIDAN LAS COSAS. DOCTOR, HAZLE CASO

N. Martín Andrade^a, Y. Doménech Cid^a, J. Gentile Lorente^b, H. Tarabishi Marín^a, C. Curto Romeu^c y C. Oltra Carañana^a

^aABS Amposta. Tarragona; ^bABS Tortosa Oest. Consultorio Benifallet; ^cABS Deltebre. Tarragona.

Objetivos: El deterioro cognitivo leve (DCL) y las demencias son un problema de gran impacto social y económico. En España existe un infradiagnóstico según diferentes estudios. Nuestro objetivo es valorar si las sospechas de familiares, pacientes y equipos de AP concuerdan con la positividad de un test.

Metodología: Estudio descriptivo prospectivo. Se analiza, durante un año, el test de Lobo como test de cribado para el DCL y las demencias a aquellos pacientes en los cuales haya quejas de familiares/paciente o sospecha del equipo AP en tres cupos de diferentes centros asistenciales.

Resultados: Muestra total: 78. Mujeres 51 (65,61%), Hombres 27 (34,61%), Edad 58-90 años, edad media: 71,23. Realizados por quejas pacientes: 39 (50%); familiares: 24 (30,76%), equipo AP: 15 (19,23%). Test normal: 50%; Borderline: 19,23%; Deterioro leve:

26,92%; D. moderado 0%; D. grave: 3,84%. Ante queja del paciente patología 46,15%; del familiar 50% y del equipo AP 60%. De todos los test patológicos 38,46% son demandados pacientes/familiares 38,46%, y 11,53% por sanitarios.

Conclusiones: El diagnóstico del DCL y la demencia es clínico y se debe sospechar ante las quejas de los pacientes (grado de recomendación B) y/o sus familiares (grado de recomendación A), y ante la sospecha de médicos de Familia y/o enfermería. Cuando el deterioro cognitivo es descrito por un familiar o paciente hay que tenerlo en cuenta y realizar el test de cribado. No existen diferencias en la positividad del resultado con la sospecha del sanitario, pero el paciente/familiar presentan una detección más alta de casos.

10/266. SIMTROM: ALIMENTACIÓN Y FITOTERAPIA

J. Carmona Segado^a, M. Herranz Fernández^b, M. Ortega Gutiérrez^c, M. Martínez Zaguirre^d, R. Carrasco Rodríguez^d y M. Gibert Sans^e

^aMFyC. ^cPediatra. ^dEnfermera. ^eAdmisiones. ABS Castellar del Vallès-Sant Llorenç Savall; ^bMFyC ABS Santa Perpetua de Mogoda. Barcelona.

Objetivos: Conocer si pacientes en tratamiento con anticoagulantes orales controlados en atención primaria en marzo del 2010 identifican alimentos o hierbas medicinales que interfieren con acenocumarol y epidemiología relacionada con la toma del mismo.

Metodología: Estudio observacional transversal poblacional. 2.300 habitantes. Análisis de pacientes tratados con acenocumarol controlados en nuestro centro (características rurales). Análisis de variables como edad, sexo, número de controles INR (Ratio Internacional Normalizada) en último año y resultado de estos, patología por la cual toma anticoagulantes y conocimiento de potenciales interacciones de diversos alimentos y hierbas medicinales con el acenocumarol.

Resultados: En nuestro centro 24 pacientes toman acenocumarol. 50% mujeres. Edad media del paciente anticoagulado controlado en nuestro centro 72,8 años. Número medio controles por paciente-año 19 (11 rangos buen control). Patología principal por la cual se indicó anticoagulación fibrilación auricular valvular (50%). En cuanto a interacciones alimentos-hierbas medicinales y acenocumarol, de los productos estudiados destaca: 20% de pacientes piensan que la ingesta de hígado interfiere con acenocumarol, 12,5% ajo y ging-seng, 8,5% tomate. El 100% piensan que valeriana no interfiere.

Conclusiones: El número de pacientes anticoagulados controlados en atención primaria es alto. El perfil del paciente anticoagulado-controlado por nosotros es de unos 73 años, con fibrilación auricular de origen valvular que se realiza unos 19 controles-año, el 60% de los controles cumplen criterios de buen control. En general existe desconocimiento de los riesgos potenciales del consumo de anticoagulantes. Incidir en que el progresivo aumento de pacientes anticoagulados nos debe hacer reforzar la educación sanitaria para minimizar riesgos de este tratamiento.

10/270. CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS DE PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 ESTRATIFICADAS POR SEXO EN UN CENTRO DE SALUD

J. Sabatel Gómez-Román^a, L. Soriano Carrascosa^a y M. Sánchez Naveros^b

^aCS La Caleta. Granada; ^bCS de Góngora. Granada.

Objetivos: Conocer características clínico-epidemiológicas de pacientes con diabetes tipo 2 y compararlas por sexo.

Metodología: Estudio transversal, en C.S. La Caleta que tiene 954 diabéticos tipo 2 registrados. Se aleatorizaron dos grupos

(hombres y mujeres) de 142 pacientes entre 60 y 75 años. Se elaboró una hoja de recogida de datos con las variables: La recogida de datos se realizó en el segundo semestre de 2009 de la historia digital DIRAYA. El análisis descriptivo, se expresan con medias \pm desviación estándar para las variables continuas y en porcentajes las categóricas. Para las medias la t de Student.

Resultados: La edad media fue de 67,53 \pm 7,3 años en hombres y 69,55 \pm 6,3% en mujeres; con más de 5 años de evolución el 44,37 \pm 3,2% de los hombres y el 59,15 \pm 0,2% de mujeres ($p < 0,05$); la HTA tiene mayor prevalencia en la mujer 42,95 \pm 4,3 ($p < 0,05$); mientras que el LDL lo tienen elevado un 29,57 \pm 3,28% de los hombres con respecto al 18,30 \pm 9,2% de las mujeres ($p < 0,05$); triglicéridos superiores a 300 mg/dl el 30,28 \pm 1,2% en mujeres frente a 15,49 \pm 4,6% de hombres ($p < 0,05$), en la glicosilada 8, y monofilamento normal no había diferencias; la retinopatía diabética 19,01 \pm 2,3% en hombres frente a 16,19 \pm 3,7% mujeres ($p < 0,05$); cardiopatía isquémica en hombres 26,05 \pm 1,1% frente a mujeres 8,45 \pm 2,9% ($p < 0,01$); el ACV en mujeres 16,19 \pm 1,5% y hombres 8,45 \pm 2,9% ($p < 0,01$).

Conclusiones: 1. La edad media es similar en ambos grupos. 2. En la mujer hay más prevalencia de hipertensión, ACV e hipertrigliceridemia. 3. En el hombre hay más prevalencia de retinopatía y cardiopatía isquémica. 4. El control metabólico es similar en ambos grupos.

10/271. FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR (FRCV) MODIFICABLES EN UNA POBLACIÓN HIPERTENSA (HTA)

M. Zardoya Zardoya^a, M. Hernández Galindo^b, R. Doiz Arriazu^c, M. Rodríguez Balbuena^d y M. Doiz Ruiz^a

^aMédico de Familia. ^dDUE. CS de Buñuel. Navarra; ^bSubdirección de Atención Primaria. Tudela. Navarra; ^cDUE. Departamento de Cardiología. Hospital de Navarra.

Objetivos: Conocer el grado de control de los FRCV modificables en nuestra población hipertensa de referencia (611 pacientes), en un marco rural (3.600 habitantes).

Metodología: Estudio transversal, de los pacientes con diagnóstico de hipertensión. Muestra: incluye todos los pacientes hipertensos. Excepciones: hipertensión secundaria (8 pacientes). FRCV: Índice de masa corporal (IMC), objetivo 18,5-24,9, sobrepeso 25-30, obesidad > 30 . Alcohol: no bebedor, bebedor moderado < 28 U varones, < 17 U mujeres, bebedor de riesgo > 28 U. Tabaquismo: fumador, no fumador. Colesterol LDL: bajo < 130 mg, medio 130-159 mg, alto 150-190 mg. Triglicéridos (TG): bajo < 150 mg, medio 150-159 mg, alto > 200 mg.

Resultados: Para el factor IMC: objetivo 24% (150), sobrepeso 57% (344), obesidad 18% (109). Alcohol: no bebedor 90,38% (545), moderado 8,29% (50), bebedor de riesgo 1,32% (8). Fumador: no fumador 90% (543), fumador 9,95% (60). Colesterol LDL: riesgo bajo < 130 mg, 60,5% (365), riesgo moderado, 130-159mg 16,08% (97), riesgo elevado 150-190 mg, 23,38% (141). Triglicéridos: riesgo bajo < 150 mg, 68,8% (415), riesgo moderado, 150-159 mg 20,72% (125), riesgo elevado > 200 mg 10,44% (63).

Conclusiones: Consideramos aceptable, el manejo en estilos de vida de nuestros pacientes hipertensos, siendo éste apartado el pilar fundamental para seguir trabajando. En el desarrollo del estudio detectamos 8 pacientes en rango enólico, siendo captados y en tratamiento actualmente. Consideramos la lucha contra el hábito tabáquico como una prioridad, siendo una realidad el grupo de trabajo para la deshabitación tabáquica. La obesidad constituye un serio problema de salud.

10/280. SÍNDROMES GERIÁTRICOS EN UNA POBLACIÓN ANCIANA RURAL

I. Gosalves Mariño^a, F. Saiz Cáceres^b y O. Pulido Astasio^c

^aCS Salorino. Cáceres; ^bEquipo de Soporte Cuidados Paliativos. Cáceres; ^cEnfermera. CS de Ceclavin. Cáceres.

Objetivos: Los síndromes geriátricos son situaciones de enfermedad expresadas por un conjunto de síntomas. Son la manifestación de muchas enfermedades, pero también son el principio de otros problemas (incapacidad funcional, social) que debemos tener en cuenta desde su detección para establecer una buena prevención de los mismos. El objetivo de este estudio es determinar la prevalencia de síndromes geriátricos en una población anciana rural.

Metodología: Estudio descriptivo transversal. Se estudia a 40 pacientes ≥ 75 años de un núcleo rural. Se analizan las siguientes variables: fragilidad (cuestionario Barber), edad, sexo y mediante una valoración geriátrica integral se estudia la presencia de los siguientes síndromes geriátricos: caídas, incontinencia, inmovilismo, deterioro cognitivo, depresión, estreñimiento, déficit auditivo y visual, polifarmacia, y malnutrición.

Resultados: 80% ancianos frágiles. 67,5% mujeres. Edad media 81 años. Sd. geriátricos: caídas, 22,5%; incontinencia urinaria, 60%; alteraciones movilidad, 27,5%; deterioro cognitivo 30%; ánimo deprimido, 42,5%; estreñimiento 15%; malnutrición 12,5%; déficit visual 65%; déficit auditivo 45%; polifarmacia 42,5% con promedio de 3,5 fármacos.

Conclusiones: Los síndromes geriátricos tienen una alta prevalencia, sobre todo la incontinencia urinaria, el ánimo deprimido, los déficits sensoriales y la polifarmacia. Los síndromes geriátricos son una forma habitual de presentación de las enfermedades en los ancianos y exigen una cuidadosa valoración de su significado y etiología para realizar un correcto tratamiento. Su detección y estudio protocolizado es una exigencia ante cualquier anciano.

10/283. IMPACTO DE LA ATENCIÓN INTEGRADA EN CARDIOLOGÍA SOBRE LA PRÁCTICA CLÍNICA EN LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CRÓNICA

Y. Herreros Herreros^a, M. Sorribes Capdevila^a, Y. Romero Fernández^a, R. Andrea Riba^b, C. Falces Salvador^b y C. Vehí Gasol^b

^aCAP Numancia. Barcelona; ^bHospital Clínic. Barcelona.

Objetivos: Evaluar el impacto de un programa de integración entre Cardiología y Atención Primaria sobre la práctica clínica en pacientes con insuficiencia cardíaca crónica (ICC).

Metodología: Estudio analítico observacional transversal de 2 cohortes: atención convencional (AC) y atención integrada (AI), que consultan al cardiólogo consecutivamente para control ICC desde enero 2008 hasta diciembre 2009 en 7 Centros Atención Primaria (CAP). La AI consiste en: un cardiólogo hospitalario por CAP, historia clínica compartida, guías clínicas consensuadas, sesiones de consultoría, disponibilidad de consultas telefónicas y/o electrónicas. Se analiza la realización de ecocardiografía, tratamiento con inhibidores sistema renina-angiotensina (ISRA), betabloqueantes (BB), evaluación de la clase funcional (CF) y anticoagulación si fibrilación auricular (FA).

Resultados: De 3.194 consultas, 302 (9,5%) eran por ICC, edad 76 \pm 10 años. En la AI, la ICC es motivo de control más frecuente que en la AC (13,5% vs 5,3%). A los pacientes se les realizan más ecocardiografías (98,2% vs 90,4%; $p = 0,02$), indicación ISRA (95,5% vs 79,5%; $p < 0,001$), BB (77,7% vs 39,8%; $p < 0,001$), combinación ISRA-BB (74,1% vs 32,5%; $p < 0,001$). La clase funcional se documenta en 92% vs 21%. Con la AI, el control para IC con FE deprimida vs preservada es mayor (62,3% vs 50,6%; $p = 0,004$), con elevada prevalencia de FA (64,6% vs 49,4%) y, en estos casos, más anticoagulación (93,7% vs 85,4%; $p = 0,08$).

Conclusiones: La atención Integrada aumenta los casos que se controlan de ICC. La atención integrada mejora el estudio del paciente con ecocardiografía y valoración funcional, el tratamiento médico con ISRA, BB y la anticoagulación en los casos indicados.

10/285. LA ATENCIÓN INTEGRADA EN CARDIOLOGÍA MEJORA EL CONTROL Y EL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA CRÓNICA

M. Sorribes Capdevila^a, A. Bertolin Arnau^a, Y. Herreros Herreros^a, R. Andrea Riba^b, C. Falces Salvador^b y C. Vehí Gasol^b

^aCAP Numancia. Barcelona; ^bHospital Clínic. Barcelona.

Objetivos: Evaluar el impacto de un programa de integración entre Cardiología y Atención Primaria sobre la práctica clínica en pacientes con cardiopatía isquémica crónica (CI). La Atención Integrada (AI) consiste en: un cardiólogo hospitalario que visita en cada centro atención primaria (CAP), historia clínica informatizada compartida, guías clínicas consensuadas, sesiones de consultoría para discusión de casos, disponibilidad de consultas telefónicas y/o electrónicas.

Metodología: Estudio analítico observacional transversal de dos muestras: atención convencional (AC) y atención integrada (AI), que consultan al cardiólogo para control crónico de CI, desde enero 2008 hasta diciembre 2009 en 7 CAP. Analizamos tratamiento: antiagregación (AA), betabloqueantes (BB), inhibidores sistema renina-angiotensina (ISRA), estatinas, documentación de función ventricular (FE), control óptimo del colesterol (LDL < 100) y tensión arterial (TA).

Resultados: Se analizan 3.194 consultas, 1.128 (35%) corresponden a CI (689 AI; 439 AC), que constituye el motivo de consulta más frecuente, edad media 71 \pm 11, hombres (75%). Los pacientes de AI se tratan más con AA (96,4% vs 88,8%), BB (81,7% vs 55,8%), ISRA (77,5% vs 53,5%), estatinas (96,4% vs 67,7%). Mayor tratamiento "óptimo" con los cuatro fármacos (60,9% vs 24,8%). Con la AI se documentan más cifras de colesterol óptimas (72,4% vs 22,6%), más cifras de TA óptimas (83,4% vs 55,8%) y más documentación de la FE (76,2% vs 43,3%). Todas las diferencias son significativas ($p < 0,001$).

Conclusiones: La cardiopatía isquémica es el principal motivo de control crónico en la atención ambulatoria de cardiología. La atención integrada mejora significativamente el tratamiento y la prevención secundaria de la CI en los parámetros estudiados.

10/288. IMPACTO DE LA INTEGRACIÓN ENTRE CARDIOLOGÍA Y ATENCIÓN PRIMARIA EN LA ANTICOAGULACIÓN ORAL Y EL ESTUDIO ECOCARDIOGRÁFICO EN LA FIBRILACIÓN AURICULAR

Y. Herreros Herreros^a, I. Andreu Oliete^a, M. Sorribes Capdevila^a, R. Andrea Riba^b, C. Falces Salvador^b y C. Vehí Gasol^b

^aCAP Numancia. Barcelona; ^bHospital Clínic. Barcelona.

Objetivos: Evaluar el impacto de un programa de integración entre cardiología y Atención Primaria (AP) sobre la indicación de anticoagulación oral (ACO) en pacientes con fibrilación auricular (FA). La atención integrada (AI) consiste en: un cardiólogo hospitalario que visita en cada centro atención primaria (CAP), historia clínica informatizada compartida, guías clínicas consensuadas, con criterios anticoagulación definidos, sesiones de consultoría para discusión casos dudosos, disponibilidad de consultas telefónicas y/o electrónicas, con la posibilidad de indicar ACO y control por el médico de familia.

Metodología: Estudio analítico observacional transversal de dos muestras: atención convencional (AC) y atención integrada (AI), que consultan al cardiólogo para control crónico de FA desde enero de 2008 a diciembre de 2009 en 7 CAP.

Resultados: Se analizan 3.194 consultas, de las que 681 (21,3%) presentaban FA, 513 (16,1%) como motivo de consulta principal y

168 (5,2%) asociada a ICC. Se excluyen pacientes con prótesis valvulares o valvulopatías graves. La realización de ecocardiografía para estudio de FA aumenta con la AI (85,7% vs 71,7% ($p < 0,001$)). La indicación de ACO aumenta, tanto en pacientes con FA como motivo de consulta (94,6% vs 69,3%; $p < 0,001$), como en los pacientes con FA asociada con IC (93,7% vs 85,4%; $p = 0,08$). Los pacientes controlados por el cardiólogo crónicamente por FA disminuyen con la AI (13,7% vs 18,4%; $p < 0,001$).

Conclusiones: La atención integrada mejora significativamente el estudio de la FA ambulatoria con ecocardiografía y la indicación de ACO. La atención integrada disminuye los pacientes que requieren control crónico por el cardiólogo y potencia el papel del equipo de AP.

10/296. USO DE METFORMINA Y CONTROL METABÓLICO

M. del Val Viñolas, M. Pérez Miras, M. Martí Vila y M. Miralles Piñeyro

Médico. CAP Vila Olímpica.

Objetivos: Evaluar el uso de metformina en la población diabética, los motivos por los que no se utiliza en algunos pacientes y analizar diferencias en cuanto al control metabólico al utilizarla.

Metodología: Evaluación retrospectiva de una muestra elegida al azar de una población de pacientes diabéticos de un área urbana, con diagnóstico de diabetes de más de 1 año.

Resultados: Prevalencia de diabetes en mayores de 15 a. 7,31%. Edad promedio 68,8 a. Registro de HbA1C en el 74,5% de los pacientes con diabetes. El resto fueron mayoritariamente pacientes controlados en otros centros o pacientes que no habían acudido a consulta en el último año. Usaban metformina un 58,4% de los pacientes. Motivos de no prescripción de metformina: alergia (0,99%), intolerancia (5,94%); control con dieta exclusivamente (14,85%); DM-I (2,97%); contraindicaciones (4,95%); sin motivo o datos insuficientes (15,84%). El grupo mejor controlado era el de pacientes en tratamiento con dieta, (glicada 6,7%). Después pacientes sin metformina por contraindicación (glicada 7,4%) y pacientes en tto con metformina (glicada 7,5%). Finalmente pacientes sin metformina sin motivo evaluable (glicada 9,3%) y con intolerancia a metformina (glicada 9,4%).

Conclusiones: El uso de metformina contribuye al control metabólico del paciente diabético. Sería necesario un esfuerzo para detectar y tratar aquellos pacientes aún no tratados con metformina, en el caso que no haya contraindicaciones para su uso y ser más estrictos en el control metabólico de los pacientes con intolerancia a metformina, ya que parecen ser los pacientes con peor control.

10/301. ESTUDIO OBSERVACIONAL PARA EVALUAR EL CONTROL METABÓLICO EN PACIENTES RECIENTEMENTE INSULINIZADOS. ESTUDIO RAIN

J. Gonzálbez Morgaez^a y D. Ramírez Alcántara^b

^aCentro Médico Teknon. Barcelona; ^bSanofi-Aventis. Barcelona.

Objetivos: Evaluar el control metabólico y la práctica clínica habitual al inicio del tratamiento con insulina en combinación con Antidiabéticos Orales (ADO) en pacientes con DM2.

Metodología: Estudio nacional, multicéntrico, observacional, de corte transversal realizado durante 2008 en 597 centros de AP y endocrinología, con 976 pacientes evaluables de ambos sexos, mayores de edad, recientemente insulinizados. En visita única se recogieron datos sobre control glucémico, fármacos, satisfacción con el tratamiento y retrospectivamente datos del momento de insulinización.

Resultados: El 44,2% de los pacientes eran mujeres, la edad media (DE) fue 65,4 (10,5) años, la duración de DM2 11,2 (6,3) años y el tiempo desde la insulinización 5,7 (2,0) meses. La HbA1c en la insulinización fue 9,2 (4,4)%. El 87,5% recibía insulina basal y el 11,7% premezclas. La HbA1c fue 7,87 (4,5)% en el momento del

estudio y el porcentaje controlados (HbA1c < 7%) 31,6%, Éste fue superior en los tratados con glargina (34,4%) comparado con detemir (19,1%, $p = 0,012$) y NPH (24,0%, $p = 0,071$), si bien en este último caso la diferencia no fue significativa. El 50,8% presentaba valores de GBA < 130 mg/dl. Glargina fue la insulina basal con dosis diaria menor (26,8 UI), detemir (31,6 UI, $p = 0,016$) y NPH (31,9 UI, $p < 0,001$). La satisfacción con el tratamiento se mostró significativamente relacionada con el control metabólico.

Conclusiones: Tras la insulinización se observa una mejoría del control metabólico aunque el porcentaje de pacientes controlados es relativamente bajo, cercano al 30%. En este estudio de práctica clínica glargina alcanzó en los primeros meses tras la insulinización un mayor porcentaje de pacientes controlados utilizando dosis menores que el resto de insulinas basales.

10/305. LA MALETA DEL R1 LLENA DE CUALIDADES FORMATIVAS

E. Monzó Núñez^a, J. Saura Llamas^a, A. Martínez Pastor^a, J. Gómez Portela^a, E. Rubio Gil^a y S. Egea Fernández del Pina^b

^aUnidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Murcia;

^bCS Alguazas. Murcia.

Objetivos: Conocer que opinan los residentes de primer año sobre las cualidades que deben tener el tutor y el residente.

Metodología: Estudio cualitativo descriptivo en residentes de primer año de MFYC de la promoción 2009-2013, mediante "tormenta de ideas". Cada residente respondía abiertamente a 2 preguntas: "¿qué cualidades valoras más positivamente en un residente? y ¿qué cualidades valoras más positivamente en un tutor?". Las respuestas se agruparon por similitud con los aspectos a valorar en un tutor y residente según el programa docente de la especialidad. Los datos se expresan en cifras absolutas y porcentajes sobre el total de respuestas.

Resultados: Se obtienen un total de 42 y 43 encuestas en relación a las cualidades del tutor y del residente respectivamente, con una media de 7,3 y 8,8 respuestas. La cualidad más valorada en los tutores es su cualificación docente (41,5%) y en los residentes es la actitud personal (29,5%). A continuación en los tutores figura la actitud personal (35,3%), siendo los demás aspectos a valorar con porcentajes inferiores al 10%. En cuanto a los residentes, las cualidades más valoradas son la cualificación docente y el trabajo en equipo, con un 18,3% y 17% respectivamente. Otras cualidades del tutor y del residente como la investigación y la cualificación psicosocial son menos valoradas.

Conclusiones: Los residentes quieren un tutor docente y que tenga buena relación con ellos, valorando poco que sea investigador. La relación tutor-residente y el trabajo en equipo son prioritarios para los residentes.

10/306. PERFIL LIPÍDICO DE LOS PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA TRATADOS CON ESTATINAS EN ESPAÑA. ESTUDIO INTERNACIONAL DE DISLIPEMIA (DYSIS-ESPAÑA)

J. Lozano^a, J. González Juanatey^b, J. Millán^c, C. Guijarro^d, E. Alegría^e y G. Vitale^f

^aAtención Primaria. CS Serrería 2. Valencia; ^bServicio de Cardiología. Hospital Universitario de Santiago de Compostela. A Coruña; ^cServicio de Medicina Interna. Hospital Gregorio Marañón. Madrid; ^dServicio de Medicina Interna. Fundación Hospital Alcorcón. Madrid; ^eServicio de Cardiología. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona. Navarra; ^fDepartamento Médico. Merck Sharp and Dohme (MSD España).

Objetivos: Los pacientes con cardiopatía isquémica (CI) tienen un alto riesgo cardiovascular y el objetivo terapéutico de c-LDL en

estos pacientes es más estricto. Los niveles bajos de c-HDL y elevados de TG también son factores de riesgo coronario, las estatinas, que reducen los niveles de c-LDL, tienen una acción limitada sobre ellos. En este estudio se analizan las alteraciones en el perfil lipídico de los pacientes españoles del estudio DYSIS con CI en tratamiento con estatinas.

Metodología: Análisis de 3.710 pacientes españoles incluidos en el estudio DYSIS (Dyslipidemia International Study), realizado en Europa y Canadá, con 22.063 pacientes ≥ 45 años en tratamiento con estatinas. Los datos se recogieron de la historia clínica del paciente. Se clasificó el RCV según la guía NCEP ATP III y para valorar los niveles lipídicos se asumieron los objetivos o recomendaciones de esta directriz.

Resultados: El 23,8% de los 3.710 pacientes (edad media 65 años) presentaban CI (68,0% hombres y 27,6% mujeres; $p < 0,001$), de entre ellos el 75,1% eran hipertensos, el 44,8% diabéticos, un 16,8% fumadores y el 25,6% tenía antecedentes familiares de CI prematura. El c-LDL no estaba controlado en el 46,9% de los pacientes con CI frente al 51,4% de aquellos que no presentaban CI ($p < 0,05$). El c-HDL estaba bajo en el 34,9% de los pacientes con CI, prevalencia mayor comparada con el 28,1% de los pacientes sin CI ($p < 0,001$). El 35,1% de estos pacientes con CI tenía los TG elevados frente al 38,4% de los pacientes que no habían sufrido CI. Un 8,2% de los pacientes coronarios tenía los tres parámetros lipídicos alterados.

Conclusiones: A pesar de que los pacientes coronarios tienen un mejor control del c-LDL que los que no tienen CI, la mitad de ellos sigue sin alcanzar los objetivos recomendados. Además, la prevalencia de c-HDL bajo es significativamente mayor en estos pacientes y 1/3 de ellos presenta los TG elevados. Es necesario considerar nuevas terapias clínicas para el tratamiento integral del perfil lipídico (c-LDL, c-HDL y TG) que consigan reducir el riesgo persistente de eventos cardiovasculares en estos pacientes.

10/309. PREVALENCIA DE C-HDL BAJO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR TRATADOS CON ESTATINAS EN ESPAÑA. ESTUDIO INTERNACIONAL DE DISLIPIDEMIA (DYSIS-ESPAÑA)

J. Lozano^a, E. Alegría^b, J. Millán^c, C. Guijarro^d, J. González Juanatey^e y G. Vitale^f

^aAtención Primaria. CS Serrería 2. Valencia; ^bServicio de Cardiología. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona. Navarra; ^cServicio de Medicina Interna. Hospital Gregorio Marañón. Madrid; ^dServicio de Medicina Interna. Fundación Hospital Alcorcón. Madrid; ^eServicio de Cardiología. Hospital Universitario de Santiago de Compostela. A Coruña; ^fDepartamento Médico. Merck Sharp and Dohme (MSD España).

Objetivos: La prevención secundaria intenta reducir la aparición de nuevos episodios cardiovasculares controlando factores de riesgo como la dislipemia. El c-LDL es la principal diana terapéutica en el tratamiento de la dislipemia, pero se ha demostrado que también el c-HDL bajo es un factor de riesgo de enfermedad cardiovascular (ECV), especialmente en cardiopatía isquémica (CI). En este análisis se estudia la prevalencia de c-HDL por debajo de los niveles normales en pacientes españoles con ECV en tratamiento con estatinas.

Metodología: Análisis de 3710 pacientes españoles incluidos en el estudio transversal DYSIS (Dyslipidemia International Study), realizado en Europa y Canadá, con 22.063 pacientes ≥ 45 años en tratamiento con estatinas. Los datos se recogieron de la historia clínica del paciente. Se clasificó el RCV según la guía NCEP ATP III y para valorar los niveles lipídicos se asumieron los objetivos o recomendaciones de esta directriz.

Resultados: El 35,7% de los 3.710 pacientes (edad media 65 años) presentaba ECV, 62,1% hombres y 34% mujeres, $p < 0,001$ (76,3% hipertensos, 45,4% diabéticos, 17,6% fumadores y el 24,6% con antecedentes familiares de CI prematura). El 51,1% de los pa-

cientes con ECV no tenía el c-LDL controlado. El 35,7% de estos pacientes presentaba niveles bajos de c-HDL, prevalencia mayor que en pacientes sin ECV (26,4%, $p < 0,001$). El 36,8% de los pacientes tenía los TG elevados. El perfil lipídico completo (c-LDL y TG elevados y c-HDL bajo) se encontraba alterado en el 10,4% de pacientes con ECV (14,3% [mujeres] vs 8,4% [hombres], $p < 0,01$).

Conclusiones: La mitad de los pacientes con ECV en tratamiento con estatinas no alcanza el objetivo terapéutico de c-LDL y más de 1/3 presentan alteraciones lipídicas de c-HDL o de TG. La prevalencia de c-HDL bajo es mayor en los pacientes con ECV, lo que puede contribuir al riesgo cardiovascular en estos pacientes. El tratamiento integral de los parámetros lipídicos podría contribuir a prevenir el desarrollo de complicaciones cardiovasculares, especialmente en pacientes de alto riesgo o en prevención secundaria.

10/310. ACERCANDO PRIMARIA Y HOSPITAL. PROYECTO ECOPIH

D. Lacasta Tintorer, A. Escobar Oliva, N. Piquer Farrés, S. Flayed Beneyto, A. Vallejo Domingo y J. Comín Junquera

ABS La Salut. Badalona. Barcelona.

Objetivos: Diseñar una herramienta de comunicación rápida y eficiente entre profesionales de atención primaria (AP) y especializada (AE).

Metodología: Creación de un grupo on-line para cada especialidad, de acceso restringido. El profesional de AP plantea el caso (dudas farmacológicas, diagnósticas u otras) y el especialista lo resuelve. El resto de compañeros de AP admitidos al grupo pueden participar en la discusión y resolución (tipo foro-debate). Se pueden añadir archivos (imágenes...). Un administrador modera los mensajes antes de la publicación. No se admitirán datos que permitan identificar al paciente (sólo edad y sexo). Se adecua a la Ley de Protección de Datos. Se ha creado una página web que da acceso a los contenidos. Al cerrar el caso, valoración mediante una encuesta del grado de utilidad de la respuesta.

Resultados: Se ha iniciado de forma piloto hace 3 meses con estas especialidades: Medicina Tropical, Paliativos, Farmacología, Trabajador Social, Odontología y Podología. 21 casos comentados; 38% dudas farmacológicas, 29% diagnósticos, 33% otras. Tiempo medio de respuesta 48 horas. En el 20% han participado dos o más profesionales de AP en la discusión. En el 85% ha supuesto la no derivación del paciente. El 80% de los profesionales lo ha valorado como muy útil.

Conclusiones: El proyecto es una forma útil y rápida de resolver casos clínicos planteados en la práctica clínica. Destacan la facilidad de uso, el bajo coste, la participación de profesionales de AP, la autoformación y la mejora de comunicación entre niveles asistenciales. Al año se evaluará la disminución de derivaciones.

10/311. ALTERACIONES LIPÍDICAS PERSISTENTES EN PACIENTES DIABÉTICOS TRATADOS CON ESTATINAS. ESTUDIO INTERNACIONAL DE DISLIPIDEMIA (DYSIS-ESPAÑA)

J. Lozano^a, J. Millán^b, C. Guijarro^c, J. González-Juanatey^d, E. Alegría^e y G. Vitale^f

^aAtención Primaria. CS Serrería 2. Valencia; ^bServicio de Medicina Interna. Hospital Gregorio Marañón. Madrid; ^cServicio de Medicina Interna. Fundación Hospital Alcorcón. Madrid; ^dServicio de Cardiología. Hospital Universitario de Santiago de Compostela. A Coruña; ^eServicio de Cardiología. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona. Navarra; ^fDepartamento Médico. Merck Sharp and Dohme (MSD España).

Objetivos: La prevalencia enfermedad cardiovascular (ECV) en pacientes con diabetes mellitus tipo II (DMT2) es elevada y persiste

un riesgo CV (RCV) importante. Con frecuencia el objetivo terapéutico de c-LDL no se alcanza en estos pacientes y alteraciones en otros parámetros lipídicos pueden incrementar el RCV. En este análisis se estudia la prevalencia de anomalías en el perfil lipídico (c-LDL y TG elevados y c-HDL bajo) en pacientes diabéticos tratados con estatinas.

Metodología: Análisis de 3.710 pacientes españoles incluidos en el estudio transversal DYSIS (Dyslipidemia International Study), realizado con 22.063 participantes de Europa y en Canadá, pacientes ≥ 45 años de edad, en tratamiento con estatinas (≥ 3 meses). Los datos se recogieron de la historia clínica del paciente. Se clasificó el RCV según la guía NCEP ATP III y para valorar los niveles lipídicos se asumieron los objetivos o recomendaciones de esta directriz.

Resultados: De los 3.710 pacientes, el 39% ($n = 1.445$) tenía DMT2 (edad media 66 años, 82,1% hipertensos, 83,4% con síndrome metabólico, 45,7% obesos, 46,2% mujeres, 18,1% fumadores). La prevalencia de ECV en estos pacientes diabéticos es del 41,5% frente al 31,9% en no diabéticos ($p < 0,0001$). Los valores de c-LDL, c-HDL y TG eran normales/recomendados sólo en el 18,8% de los diabéticos (34,6% en noDM, $p < 0,0001$). El 59,2% de los diabéticos no tenían c-LDL en objetivo, el 36,4% presentaba el c-HDL bajo y el 43,6% tenía TG elevados (frente al 44,5%, 25,5% y 33,9% de los noDM, respectivamente, $p < 0,0001$). Dentro de los pacientes diabéticos que no tenían el c-LDL en objetivo, un 12,6% presentaba simultáneamente c-HDL bajo y TG elevados (7,8% de los noDM, $p < 0,0001$). El porcentaje total de pacientes con c-LDL fuera de objetivo con c-HDL bajo y/o TG elevados fue del 35,7% en diabéticos (24,9% en noDM, $p < 0,0001$).

Conclusiones: En los pacientes diabéticos estudiados las anomalías en el perfil lipídico (c-LDL no en objetivo, c-HDL bajo y TG elevados) persisten incluso bajo tratamiento con estatinas. La prevalencia de estas alteraciones lipídicas y de ECV es mayor en diabéticos que en no diabéticos. Es necesario realizar un control lipídico integral mejorado en pacientes diabéticos para reducir el alto riesgo de ECV asociado a la diabetes.

10/318. ¿REALIZAMOS ACTIVIDADES PREVENTIVAS CON EL ADOLESCENTE EN EL ÁMBITO RURAL?

M. Antón Sanz^a y A. Sánchez Calso^b

^aCS Cercedilla. Área 6. Madrid; ^bCS Galapagar. Área 6. Madrid.

Objetivos: 1. Evaluar las actividades preventivas en la consulta del adolescente. 2. Analizar los motivos de demanda de los adolescentes.

Metodología: Diseño: estudio descriptivo transversal. Sujetos: adolescentes comprendidos entre 14 y 19 años, que consultaron en una zona básica de salud rural: Equipo Atención Primaria Cercedilla (Madrid). Periodo: desde 1 enero 2007 hasta 31 diciembre 2009. Variables a estudio: edad, sexo, número y motivos de consulta, actividades preventivas realizadas: intervención sobre tabaco-alcohol-drogas, métodos anticonceptivos (MAC), enfermedades de transmisión sexual (ETS), hábitos alimentarios, y abordaje de detección de problemas psicológicos. Análisis estadístico: SPSS 14.0.

Resultados: N = 278. Edad media: $16,34 \pm 1,73$. Sexo: 53% (149) Mujeres. Motivos de consulta: $3,30 \pm 2,14$, frecuentemente por: 45% (125) infecciones de vías respiratorias superiores, 17,2% (48) dolor abdominal, 12% (33) traumatismos, 9,7% (27) cefaleas, 8% (22) acné, 6% (17) patología oftálmica, 2,1% (6) otras causas. Se realizaron las siguientes actividades preventivas: 70% (195) intervención antitabaco-alcohol-drogas, 15% (42) MAC, 10% (28) ETS, 61% (170) hábitos alimentarios, 9,7% (27) abordaje de detección de problemas psicológicos.

Conclusiones: 1. El médico de familia insiste en gran medida en el consejo antitabaco-alcohol-drogas y en los hábitos nutricionales;

pero apenas aborda los métodos anticonceptivos, las ETS y los problemas psicológicos, tan importantes en esta etapa de transición. 2. El adolescente frecuenta poco la consulta de atención primaria en el medio rural, siendo la mayoría de las veces por patología banal. 3. Debemos acercarnos al adolescente aumentando las actividades de promoción y prevención de la salud.

10/319. MANEJO DEL PACIENTE CON EPOC EN ATENCIÓN PRIMARIA. ¿PEDIMOS ESPIROMETRÍAS?

M. Álvarez Rodríguez^a, A. Ocaña Padilla^b, D. de la Rosa Carrillo^c, E. Calvo Rosa^d, R. Bonich Juan^e y M. Isnard Blanchar^f

^aEAP Santa Coloma 6-Fondo. Barcelona; ^bEAP Ocata-Teià. Barcelona; ^cHospital Plató. Barcelona; ^dEAP Sants. Barcelona; ^eABS Vic 1 Nord. Barcelona; ^fEAP Masnou-Alella. Barcelona.

Objetivos: 1. Describir el porcentaje de EPOC con espirometría forzada. 2. Valorar si confirma el diagnóstico. 3. Estadiaje de la EPOC según GOLD. 4. Comprobar el grado de derivación al especialista. 5. Valorar variabilidad entre los distintos EAP.

Metodología: Estudio descriptivo, transversal, multicéntrico. Colaboraron 5 centros de AP de Cataluña (EAP Masnou-Alella, EAP Ocata-Teià, EAP Santa Coloma 6, EAP Sants, EAP Vic) con diferentes características poblacionales. Se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico de EPOC (código CIE-10:J44). Recogida de datos epidemiológicos, centro, datos espirométricos en los últimos 2 años y control por neumólogo de zona.

Resultados: Identificamos 1.220 pacientes, 71,5% hombres, de edad media $69,8 \pm 13$ años (rango: 18-97). Elevada proporción de nunca fumadores (37,5%). Fumadores activos, 23,7%. La tasa de realización de espirometría fue muy baja (46,3%, entre 34% y 56% según centro), y significativamente mayor (53,6%, $p = 0,02$) en los casos valorados por el especialista. La espirometría sólo confirmó el diagnóstico en el 46% de los casos. El porcentaje de pacientes derivados al neumólogo era bajo (25,2%), siendo algo mayor en los estadios Gold II (44,3%) y III (42,0%).

Conclusiones: La mayoría de los EPOC eran controlados en las consultas de AP. La tasa de realización de espirometrías fue muy baja. La espirometría confirma la EPOC en menos de la mitad de los pacientes. Muy baja proporción de fumadores. Estos datos ponen de manifiesto la necesidad de sensibilizar a los profesionales en la realización de esta prueba así como aumentar su formación para una correcta interpretación.

10/321. CONOCIMIENTOS E INFORMACIÓN SOBRE SEXUALIDAD EN ADOLESCENTES

A. Campos Aguilera, M. Alcarria Águila y J. Gay López

CS Cruz de Caravaca. Almería.

Objetivos: Evaluar de donde obtienen los conocimientos sobre sexualidad los adolescentes, analizando calidad, satisfacción, cantidad y demanda de información.

Metodología: Estudio comparativo, sobre una muestra aleatoria en alumnos de 3º de ESO (14-15 años) de dos I.E.S. pertenecientes a la Zona de UGC Cruz de Caravaca (Distrito Sanitario Almería). Los alumnos realizaron un cuestionario de múltiples respuestas tras la realización de taller formativo (Punto Forma Joven).

Resultados: Comparamos una muestra de 132 alumnos (71 sexo femenino y 61 sexo masculino). Sus fuentes de información son variadas, destacando: Centro escolar 78% mujeres. 54% hombres. Amigos 72% mujeres 76% hombres. Familia 38% mujeres, 47% hombres. Medios audiovisuales: 59% mujeres, 57% hombres. En líneas generales los adolescentes aprecian información suficiente y de calidad.

Conclusiones: La información sobre sexualidad en adolescentes a nivel femenino no es suficiente y la perciben como tal, deman-

dando información de calidad, en contraposición a nivel masculino creen tener conocimientos suficientes y por este motivo no demandan información. En el ámbito familiar no se da información suficiente, sería necesario fomentar la formación a nivel de padres. A través de los medios de comunicación la información buscada (series TV, Internet, revistas...) no está enfocada para aprender sobre sexualidad, es de baja calidad y poco didáctica. Consideramos que se está haciendo un gran esfuerzo a nivel formativo por parte de los educadores, médicos, familia, asociaciones juveniles, programas de salud específicos. Los resultados obtenidos nos indican que se tienen que realizar esfuerzos mayores en la formación de los adolescentes.

10/327. EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE ANTICOAGULACIÓN ORAL EN EL ÁMBITO RURAL

A. Sánchez Calso^a, V. González Llorente^a, M. Antón Sanz^b y E. Fernández Yebra^a

^aCS Galapagar. Área 6. Madrid; ^bCS Cercedilla. Área 6. Madrid.

Objetivos: Describir y evaluar registros del programa anticoagulación oral en Equipo de Atención Primaria en medio rural.

Metodología: Diseño: estudio descriptivo transversal. Sujetos: 268 pacientes incluidos en programa anticoagulación oral en una zona básica salud rural: Equipo Atención Primaria Galapagar (Madrid). Período: 1 enero 2009 hasta 31 diciembre 2009. Variables: edad, sexo, diagnóstico principal, antecedentes personales, ámbito prescripción, pertinencia tratamiento, complicaciones, tiempo tratamiento, valor INR (Razón Normalizada Internacional) e interacciones farmacológicas. Análisis estadístico: SPSS 14.0.

Resultados: N = 268 pacientes anticoagulados, 129 varones (48,13%) edad media 70,2 años y 139 mujeres (51,86%) edad media 73,97 años. El 70,14% pacientes anticoagulados presentaba fibrilación auricular. Otros diagnósticos: valvulopatía mitral 16,79%, prótesis valvulares 12,68%, tromboembolismo pulmonar 10,44%, valvulopatía aórtica 7,46%, trombosis venosa profunda 6,71%, infartos anteriores 4,47%, miocardiopatía dilatada 4,1%. Indicación correcta 100% casos. Pertinencia tratamiento: 98,8% casos. 67,16% indicaciones provienen del hospital, 26,86% consultas ambulatorias y 5,97% desde atención primaria. El 34,64% tienen complicaciones: 20,84% hemorrágicas y 13,8% cardiovasculares. Tiempo medio de seguimiento en atención primaria 57,66 meses (4,8 años). El valor medio del último registro INR fue 2,58 (rango de 1-6,9). Valor correcto último INR 75%. Interacciones farmacológicas: omeprazol 33,2%, simvastatina 16,4%, dipironas 10,82%, diclofenaco 10,97%, pravastatina 5,72%.

Conclusiones: Se realiza un buen control de la anticoagulación oral en el ámbito rural con los medios y recursos adecuados. El perfil del paciente anticoagulado en nuestro equipo es: usuario entre 70-75 años, con indicación de anticoagulación en atención especializada, incluido en el programa desde hace 4 años y ocho meses, con fibrilación auricular como motivo de inclusión más frecuente. Debemos vigilar interacciones farmacológicas con omeprazol, estatinas y/o AINES.

10/328. ¿PODEMOS LOS MÉDICOS GESTIONAR RECURSOS?

M. Baré Mañas, R. Andreu Alcover, A. Fabra Noguera, G. Marcos Aldea, V. Sabaté Cintas y J. Vilá Moneny

CAP Creu Alta. Sabadell.

Objetivos: La gestión de recursos va ligada íntimamente a nuestra actividad clínica y ésta tiene repercusión en población y en gasto sanitario. Conscientes de nuestra influencia y responsabilidad decidimos iniciar una intervención en nuestro equipo sobre las pruebas diagnósticas. Nuestro objetivo es introducir criterios de calidad en la indicación de las pruebas diagnósticas y cómo esta intervención repercute en consumo de producto intermedio.

Metodología: Intervención: inicio del 2009 se plantea revisión de las indicaciones de las pruebas diagnósticas que más frecuentemente se solicitan en Primaria (endoscopia digestiva, RMN, TAC, ecocardiograma, ecografía abdominal, TEGD, enema opaco, ecografía tiroidea, electromiografía, densitometría). Cada médico participante compromiso de revisión de prueba, elaboración de documento y presentación al resto de profesionales. Variables: número peticiones equipo, gasto equipo (% cambio, media peticiones/médico, media gasto/médico, número de médicos que sobrepasan la media. Período de análisis: primer trimestre de 2009 y 2010.

Resultados: Primer trimestre 2009 € Primer trimestre 2010: nº peticiones 503 - 368 (% cambio 26,84); importe 30.190,62 -19.735,7 (% cambio 34,63); media peticiones/médico 31,81 - 25; media importe/médico 2.326 -1.344; nº médicos con peticiones y importe > media de la zona 5/14 - 0/14.

Conclusiones: Las pruebas diagnósticas se deben solicitar con criterio, mala praxis puede causar yatrogenia. Buenos resultados: disminución variabilidad entre médicos y globalmente reducción del consumo de pruebas. La implicación de los profesionales en la definición de criterios de calidad es básica para la consecución de buenos resultados. Los médicos podemos y debemos gestionar bien los recursos porque son limitados.

10/329. IMPACTO DE LA RECOMENDACIÓN SOBRE CRIBADO DE CÁNCER DE CÉRVIX EN LA POBLACIÓN FEMENINA ESPAÑOLA

J. Iturralde Iriso, D. Ramírez Puerta, A. de Santiago Nocito, J. Vázquez Castro, E. Redondo Margüello y J. Aguirre Rodríguez

Grupo de actividades preventivas de SEMERGEN.

Objetivos: Conocer que impacto tienen las recomendaciones que damos los facultativos en nuestras pacientes sobre el cáncer de cérvix.

Metodología: Estudio descriptivo transversal mediante encuesta orientada a mujeres mayores de 16 años, se realizó mediante entrevista telefónica con preguntas cerradas y abiertas de aproximadamente 15 minutos de duración a una muestra representativa de 1.200 mujeres de todo el territorio nacional.

Resultados: Ante las siguientes preguntas: ¿Cada cuanto tiempo cree que debe hacerse una citología? El 78,21% cree que cada año, el 12,45% cada 2 años, el 5,11% no sabe, el 2,74% cada 3 años, el 1,37% cada 5 o más años, 0,12% cada 3 años. ¿Cada cuanto le ha dicho el médico de familia que debe hacérsela? El 36,88% dice que no le ha informado, el 35,82%, cada año, el 17,02% no sabe, el 7,45% cada 2 años, 1,54% cada 3 años, 1,18% cada 5 o más años. ¿Cada cuanto le ha dicho el ginecólogo que debe hacérsela? El 62,85% cada año, el 13,55% cada 2 años, el 9,58% no sabe, el 8,8% no está informada, 3,5% cada 3 años, 1,29% cada 5 o más años.

Conclusiones: El mensaje de periodicidad anual de la citología de cérvix es el más prevalente en la población femenina y que la información en estos temas genéricos y protocolarios de revisión, citología y mamografía recae en el especialista. Un porcentaje pequeño pero importante de la población femenina tiene poca información clara sobre cómo proceder, debemos mejorar en los conocimientos sobre prevención de cáncer de cérvix de nuestra población.

10/331. DIAGNÓSTICO DE EPOC EN ATENCIÓN PRIMARIA

M. Fuentes Riaza, M. Sarlat Rivas, A. Bonillo Gómez, A. Gaspar Lasanta, S. Moreno Gutiérrez y A. Ubieto Lope

Consell de Cent-Magoria. Barcelona.

Objetivos: Conocer la fiabilidad de los diagnósticos registrados como EPOC, así como conocer la adecuación del tratamiento y vacunas.

Metodología: Estudio descriptivo transversal revisión de 126 historias clínicas informatizadas de pacientes con diagnósticos CIM10 relacionados con EPOC: (J4, J42, J44.9, J43, J44). Variables: sexo, edad, tabaquismo, paquetes/año, realización espirometría, FEV1/FVC, FEV1, PBD, tratamientos, vacunación gripe estacional, A y neumocócica, diagnóstico registrado, diagnóstico real. Clasificación GOLD.

Resultados: 126 pacientes analizados, 85 hombres (67,5%), edad media 71,9 años, 28 fumadores activos (23%), 56 (45,9%) exfumadores. Media paquetes/año 40. 80 espirometrías realizadas (63,5%), 61 (66,3%) en pacientes con diagnóstico registrado EPOC. PBD (46,8%). 92 pacientes (73,01%) tenían diagnóstico inicial EPOC (J44.9, J43) se confirma obstrucción al flujo aéreo en 51 (55,4%). 16 (17,4%) errores diagnósticos al no cumplir criterios funcionales para EPOC y 25 (27,2%) carecían de espirometría que permitiera confirmar el diagnóstico y establecer la gravedad del proceso. De los restantes 34 pacientes con diagnósticos relacionados con EPOC pero no específicos, bronquitis (J41, J42) y otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas (J44) 13 (38,2%) eran EPOC ocultos y 11 (32,4%) quedaron sin diagnóstico. Confusión asma/EPOC (2,2%). Pacientes con diagnóstico real para EPOC 64 (50,8%). 50 pacientes EPOC permiten clasificar su gravedad según la GOLD, moderada (72%), grave (24%). Vacuna gripe A (33,3%). En EPOC reales (40,6%). Vacuna neumocócica (40,7%). EPOC reales (47,6%). Vacuna gripe estacional (65,9%). EPOC reales (65,9%). Pacientes en tratamiento farmacológicos (65,1%) en EPOC reales (84%): anticolinérgicos (65,6%), corticoides/beta2larga duración (59,4%).

Conclusiones: Elevado porcentaje de errores diagnósticos, mal clasificados y casos ocultos. Infratilización y escaso registro de espirometrías. Bajo índice de vacunaciones correctas. Los fármacos más utilizados fueron los anticolinérgicos inhalados seguidos de la combinación corticoide/beta2 de larga duración. Necesidad de proyecto de mejora tras esta evaluación.

10/333. COMPARACIÓN DEL GRADO DE HIPERTENSIÓN POR MAPA Y POR PRESIÓN ARTERIAL CLÍNICA. ¿HAY DIFERENCIAS?

N. Domené Martí, M. Díaz Hernández, O. Ortiz Oliete, R. Cadenas Martín y O. Heredia León

ABS Sant Ildefons.

Objetivos: Comparar el grado de hipertensión (HTA) según el registro de las tensiones presentado en MAPA (monitorización ambulatoria de la presión arterial) y presión arterial clínica (PAC).

Metodología: Estudio observacional descriptivo, transversal. Muestra 39 sujetos seleccionados registro MAPA (septiembre 2005-mayo 2009). Criterios inclusión: pacientes con 2 MAPA (modelo spacelabs medical). Criterios exclusión: aparato MAPA no validado, pacientes desplazados, exitus, pacientes atención domiciliaria y MAPA no válido (< 14 lecturas en actividad o < 7 lecturas en descanso). Variables: Sociodemográficas, grado HTA por MAPA y por PAC.

Resultados: 38 pacientes. Edad media 70,4 (35-87 años) DE (desviación estándar) 9,9, 39,5% varones, con media de 7,1 años de evolución TA DE 6,7. Grados HTA: normal MAPA 18 (47,7%), PAC 1 (2,6%); Normal-alta MAPA 10 (26,3%), PAC 3 (7,9%); Grado 1 MAPA 8 (21,1%), PAC 20 (32,6%); Grado 2 MAPA 1 (2,6%), PAC 8 (21,1%); Grado 3 MAPA 1 (2,6%), PAC 5 (13,2%).

Conclusiones: En nuestro estudio encontramos que la PAC sobreestima las cifras de tensión arterial en todos los grados de HTA (Grado 1,2 y3 por MAPA:10, PAC 33) también observamos que existe un 44,7% de efecto bata blanca (concuera con los resultados de otros estudios), por todo ello pensamos que la PAC nos induce a intensificar tratamientos antihipertensivos en pacientes que puede no necesitan más tratamiento, esto abre un campo importante para la realización de MAPA en Atención Primaria, creemos sería necesario realizar estudios en nuestro medio para valorar si el diagnóstico y seguimiento de HTA por MAPA es más eficaz y eficiente que por PAC.

10/334. IMPACTO DE LA RECOMENDACIÓN SOBRE VACUNACIÓN DE ADULTOS EN LA POBLACIÓN FEMENINA ESPAÑOLA

J. Iturralde Iriso, D. Ramírez Puerta, A. de Santiago Nocito, E. Redondo Margüello, J. Vázquez Castro y E. García Virosta

Grupo de Actividades Preventivas de SEMERGEN.

Objetivos: Conocer que impacto tienen las recomendaciones que damos los facultativos a nuestras pacientes sobre la vacunación del adulto.

Metodología: Estudio descriptivo transversal mediante encuesta orientada a mujeres mayores de 16 años, se realizó mediante entrevista telefónica con preguntas cerradas y abiertas de aproximadamente 15 minutos de duración a una muestra representativa de 1.200 mujeres de todo el territorio nacional.

Resultados: Ante las siguientes preguntas: ¿Le informa su médico de cabecera sobre las vacunas que debe ponerse? El 62,75% nunca le informa, el 19,83% en ocasiones, el 9,89% muchas veces, el 8,61% casi siempre, el 7,93% pocas veces. ¿Considera que debe ponerse alguna vacuna que no se ha puesto? Al 79,54% considera que no debe ponerse más, al 7,16% si y el 13,30% no sabe. ¿Le queda de ponerse alguna dosis de vacuna del tétanos? Al 61,41% no le queda, al 13,37% sí le queda y el 25,21% no sabe si le queda,

Conclusiones: La percepción de la población femenina española es que el médico de familia le informa poco o nada sobre que vacunas debe ponerse según calendario, aunque también es cierto que un muy alto porcentaje considera que está bien vacunada y que no debe recibir más vacunas. Bastantes mujeres desconocen si están bien vacunadas para el tétanos por lo que debemos los médicos de familia informar a nuestras pacientes sobre su estado vacunal. No sabemos si el cambio del calendario vacunal del tétanos puede influir sobre la percepción y estado vacunal de nuestra población femenina.

10/335. ¿LA CRONOTERAPIA SEGÚN MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE LA PRESIÓN ARTERIAL MODIFICA EL RIESGO CARDIOVASCULAR?

O. Ortiz Oliete, R. Cadenas Martín, M. Díaz Hernández, O. Heredia León y N. Domené Martí

ABS Sant Ildefons.

Objetivos: Conocer estratificación del riesgo cardiovascular según MAPA (Monitorización ambulatoria presión arterial). Comprobar si existe reducción del riesgo cardiovascular después de realizar cambios de tratamiento según cronoterapia.

Metodología: Estudio observacional descriptivo, transversal. Muestra 39 sujetos seleccionados registro MAPA (septiembre 2005-mayo 2009). Criterios inclusión: pacientes con 2 MAPA (modelo spacelabs medical). Criterios exclusión: aparato MAPA no validado, pacientes desplazados, exitus, pacientes atención domiciliaria y MAPA no válido (< 14 lecturas en actividad o < 7 lecturas en descanso). Variables: sociodemográficas, factores riesgo cardiovascular (FRCV), riesgo cardiovascular según tabla estratificación del riesgo Guía Europea HTA.

Resultados: 39 pacientes. Edad media 70,4 (35-87 años) DE (desviación estándar) 9,9, 39,5% varones, con media de 7,1 años de evolución TA DE 6,7. FRCV asociados: alcohol 7,9%, tabaquismo 13,2%, dislipemia 47,4%, DM II 42,1%. RCV: 7 pacientes bajo, 6 normal, 6 moderado, 7 alto, 11 muy elevado. Tras cronoterapia: 7 RCV bajo: 6 (85,7%) no cambios, 1 pasa a riesgo normal. 6 RCV normal: 5 (83,3%) no cambios, 1 a RCV bajo. Estos 6 pacientes no presentaban otros FRCV. 6 RCV moderado 4 (66,7%) no cambios (presentan 1 o 2 FRCV asociados), 1 alto riesgo (diabetes mellitus), otro pasa a riesgo muy alto tras sufrir ictus isquémico. 7 RCV alto, 4 (57,1%) no varían (presentaban de 1 a 3 FRCV asociados), 3 (42,8%) pasan a riesgo moderado (presentaban de 1 a 3 FRCV asociados). 11 RCV

muy elevado no variaron, presentaban enfermedad cardiovascular establecida en primer MAPA y FRCV asociados.

Conclusiones: En nuestro estudio el 57.1% de pacientes que presentaban RCV alto y el 100% con RCV muy elevado, a pesar de instaurar cronoterapia no modificaron el riesgo, estos pacientes presentan otros FRCV por lo que es necesario plantear una estrategia de intervención individualizada en cada uno de ellos para incidir en los otros FRCV además de en HTA.

10/339. PREVALENCIA DE LA ANTIAGREGACIÓN EN PREVENCIÓN PRIMARIA EN LA DIABETES

N. Vilà Jové, M. Bordalba Layo, A. Pellitero Santos, M. Calvo Godoy, M. Barco López y O. Sacristán García

ABS Capponet. Lleida.

Objetivos: Determinar la prevalencia de diabéticos (DM) tipo 1 y 2 que precisan antiagregación (AA) como prevención primaria.

Metodología: Estudio epidemiológico transversal. Se revisa la historia clínica informatizada de todos los diabéticos tipo 1 y tipo 2 de un centro de Atención Primaria urbano. Se excluyeron aquellos con enfermedad cardiovascular: cardiopatía isquémica (CI), enfermedad arterial periférica (EAP), accidente vascular (AVC) o accidente isquémico transitorio (AIT). Se registran las variables siguientes: edad, sexo, AA con: ácido acetilsalicílico, clopidogrel, trifusal, dipiridamol, y años de tratamiento (AT) con la AA. Análisis estadístico con el programa EpiInfo.

Resultados: Se estudiaron a 666 individuos con DM1 o DM2, el 54,5% de los cuales fueron hombres. Media edad: 65,1 (DT \pm 14,5). Media AE: 5,0 (DT \pm 4,3). Porcentaje de DM que presentan EAP 5,1% (IC95% 3,6-7,2), AIT/AVC 7,7% (IC95% 5,8-10), CI 9,9% (IC95% 7,8-12,5). El 48% de los diabéticos estaba AA. Tipo de AA distribuidos como sigue: AAS 93,2%, AAS + Clopidogrel 2,9%, Clopidogrel 2,4%, Ticlopidina 0,5%, Trifusal 1%.

Conclusiones: A pesar de la controversia sobre la ventaja o no de AA en prevención primaria casi el 50% de los diabéticos de nuestro estudio estaban antiagregados como prevención primaria. Las últimas evidencias y las recomendaciones actuales de las sociedades especializadas deberían hacer replantear la situación.

10/340. HEPATITIS VÍRICA CRÓNICA EN EL RAVAL DE BARCELONA

M. Sendra Pons, M. Albaigès Ràfols, A. García Junquera, J. Franch Nadal y E. Baeza Zanella

CAP Raval-Sud. Barcelona.

Objetivos: Conocer la prevalencia de hepatitis crónica en la población asignada a nuestro Centro de Salud. Asociación con otras enfermedades infecciosas, factores de riesgo e inmigración.

Metodología: Estudio descriptivo transversal de los casos de hepatitis crónica B y C registrados en la historia clínica informatizada. Total de casos: 1.008. Asociación con otras enfermedades infecciosas: VIH, sífilis, herpes genital y uretritis. Muestra aleatoria: 300 pacientes, 164 diagnosticados de hepatitis crónica, 146 controles. Variables: sexo, edad, país de procedencia, hábitos tóxicos y prácticas sexuales de riesgo.

Resultados: La prevalencia de hepatitis crónica en población asignada es del 1,9%. El 67% son hombres. Hay una asociación estadísticamente significativa entre hepatitis crónica y VIH (2,9%), herpes genital (0,3%) y sífilis (1,5%). En la muestra, un 87,8% de hepatitis crónicas son C, 8,6% hepatitis B y 3,6% B+C. Según país de procedencia, los autóctonos son el 54,1%, indostaníes 32%, resto 14%. La edad media de los pacientes con hepatitis es de 54,53 \pm 20,9 en autóctonos y 40 \pm 10,5 entre indostaníes, p < 0,001. La población indostaní tiene más hepatitis B (17,7%) que

la autóctona (8,6%). Existe una fuerte asociación entre hábitos tóxicos y hepatitis C: tabaco (el 90,8% de los pacientes con hepatitis crónica y fumadores son VHC +), alcohol (97,6%), UDVP (96,8%).

Conclusiones: La prevalencia de hepatitis crónica en nuestra población se acerca a la de países en vías de desarrollo. Se asocia con otras enfermedades infecciosas. Destaca la mayor proporción de casos de hepatitis B entre indostaníes y la asociación entre hepatitis C y hábitos tóxicos.

10/341. VEINTE AÑOS DE TUBERCULOSIS

S. García Pleyán, A. García Junquera, M. Curiel Martos, V. Saviola, M. Sendra Pons y E. Baeza Zanella

CAP Raval-Sud. Barcelona.

Objetivos: Comparar las características socio-demográficas, factores de riesgo y formas de presentación de tuberculosis entre 1991-1999 y 2000-2009, en un barrio urbano con alta incidencia.

Metodología: Estudio descriptivo retrospectivo de 1991 a 2009, comparando antes y después de la llegada de inmigrantes en el año 2000. Variables: sexo, edad, inmigración, tabaco, alcoholismo, ADVP, prisión, HIV. Formas pulmonares y extrapulmonares. Resistencias, mortalidad, conclusión final de los casos.

Resultados: Total de 734 casos, 397 entre 1991 y 1999, y 337 entre 2000 y 2009. La tuberculosis es más frecuente en hombres que en mujeres, sin diferencia entre las 2 décadas. No hay diferencias de edad (44 años y 41 años de media respectivamente). En 1991-1999 se observa una asociación de TBC con hábitos tóxicos (tabaco: 65,9%, alcohol 51,8%, ADVP 20,9%, prisión 9,82%, indigencia 8,5%) y HIV (27,9%) mayor que en 2000-2009. En la segunda década observamos un aumento de inmigrantes (64,9%), resistencias (2,6%) y formas extrapulmonares (42,43%). Todas las variables presentan diferencias estadísticamente significativas, excepto la mortalidad por TBC y los casos perdidos.

Conclusiones: Las características de la TBC en el barrio son un reflejo de los cambios sociales ocurridos en los últimos 20 años. En los primeros 10 años, la TBC era una enfermedad "de la marginalidad" (ADVP, HIV, indigencia, alcoholismo, prisión). A partir del año 2000 la TBC se da sobre todo en pacientes inmigrantes, sin factores de riesgo, observándose un aumento de las resistencias y de las formas extrapulmonares.

10/342. ¿DIAGNOSTICAMOS Y SEGUIMOS CORRECTAMENTE A LOS PACIENTES CON OSTEOPOROSIS?

M. Pérez Pérez, J. Ródenas Aguilar, A. Girona Amores, A. Serra Vázquez, A. Gómez Saldaña y D. Pérez Morales

EAP Badalona 6. Llívia.

Objetivos: Conocer la prevalencia, cómo se realiza el diagnóstico y su adecuación a las guías clínicas y evaluar el seguimiento de los pacientes con alteraciones de la mineralización ósea (osteoporosis y osteopenia).

Metodología: Estudio descriptivo retrospectivo realizado en un centro de salud urbano. Procedimos a la revisión de las historias clínicas informatizadas (ecap) de todos los pacientes con diagnóstico de osteoporosis y osteopenia de un contingente (1.580 pacientes). Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, prevalencia del diagnóstico, adecuación del diagnóstico a las guías de práctica clínica, realización de densitometrías de control.

Resultados: En 41 pacientes constaba el diagnóstico de osteoporosis (2,59%), en 24 de osteopenia (1,51%). El 95% son mujeres y la edad media es de 64,4 años. El diagnóstico es correcto teniendo en cuenta criterios densitométricos o clínicos en el 73,1% de los casos. Se ha realizado control densitométrico en el 48,7%, (en el resto, en

el 50% el diagnóstico de osteoporosis se había realizado en el último año y por tanto, aun no estaba indicado el control).

Conclusiones: La prevalencia de osteoporosis en la población estudiada es baja si la comparamos con estudios realizados en la población española. Existe un importante infradiagnóstico e infraregistro ya que cada día en Atención Primaria un médico puede visitar entre 2 y 3 pacientes con osteoporosis, por lo que creemos que si seguimos las guías clínicas deberíamos aumentar la solicitud de densitometrías. Estimamos adecuado el control densitométrico realizado en nuestros pacientes.

10/347. EL MAL CONTROL DIABÉTICO SE ASOCIA A DISLIPEMIA, MAYOR NÚMERO DE ANTIDIABÉTICOS E INSULINOTERAPIA EN PERSONAS DE 85 AÑOS

G. Padrós Soler, R. Navarro Badal, A. Gil Nieves, J. Almeda Ortega, T. Baqués Cavallé y G. OCTABAIX

ICS.

Objetivos: Describir el grado de control de diabetes mellitus (DM) e implicaciones en tratamiento antidiabético en ancianos.

Metodología: Estudio transversal al inicio de un ensayo clínico multicéntrico de caídas y malnutrición. Individuos: de la comunidad nacidos en 1924, diagnosticados de DM en historia clínica (HC) o tratamiento antidiabético o glicemia > 7 mmol/L. Variables: sociodemográficas, enfermedades crónicas, geriátricas habituales, prescripciones crónicas y analítica con filtrado glomerular (FG).

Resultados: De 328 pacientes del ensayo, 64% mujeres y 24% diabéticos. Según HC, 2,4% presentaban IRC, 11,8% IAM, 15,3% IC, 17,6% AVC, 50,6% dislipémicos y 89,4% hipertensos. La media del Índice Barthel fue 87 (Desviación estándar (DE) = 17), Minimental 26 (7), prescripción 7,7 fármacos (3,3) y tiempo evolución de DM 9,6 (7,3) años. La media HbA1c fue 6,6% (1,5). El 20% no seguían tratamiento antidiabético, 59% tenían un fármaco y 21% dos o más. De 68 pacientes en tratamiento, 57,4% biguanidas, 25% sulfonilureas y 26,5% insulina. El análisis bivariado mostró asociación de buen control (HbA1c < 7%) con menos de 10 años de evolución ($p = 0,038$), colesterol normal ($p = 0,027$) y mayor número antidiabéticos ($p = 0,008$); existiendo también asociación de mal control diabético con insulino terapia ($p = 0,006$) y creatinina normal ($p = 0,045$). En análisis multivariado persistió asociación entre mal control diabético y insulino terapia (OR 0,013 IC95% 0,001-0,229 $p = 0,003$), incremento de colesterol (OR 9,63 IC95% 2,19-42,34 $p = 0,003$) y incremento del FG (OR 1,39 IC95% 1,07-1,81 $p = 0,014$).

Conclusiones: Existe asociación entre mal control diabético, dislipemia, mayor número de antidiabéticos y insulino terapia a los 85 años en la muestra estudiada.

10/351. INSUFICIENCIA RENAL INFRADIAGNOSTICADA EN PACIENTES DE 85 AÑOS CON DIABETES MELLITUS EN ATENCIÓN PRIMARIA. ESTUDIO OCTABAIX

G. Padrós Soler, A. Gil Nieves, A. Sanabria Uribe, M. Rodríguez Latre, M. Fisa Aregall y G. OCTABAIX

ICS.

Objetivos: Describir complicaciones asociadas a diabetes mellitus (DM) a los 85 años en Atención Primaria.

Metodología: Estudio transversal al inicio de un ensayo clínico multicéntrico de caídas y malnutrición. Individuos: de la comunidad nacidos en 1924, diagnosticados de DM en historia clínica (HC) o en tratamiento con antidiabéticos o con glicemia basal > 7 mmol/L el año anterior. Variables: sociodemográficas, enfermedades crónicas, geriátricas habituales, prescripciones crónicas, analítica con estimación filtrado glomerular MDRD4 (FG).

Resultados: De 328 pacientes del ensayo clínico, 64% mujeres y 24% de diabéticos. Había 8% sin diagnóstico en HC ni antidiabéticos, con una glucemia basal > 7 mmol/L. Según HC: 2,4% fumadores; 7,1% enfermedad arterial periférica; 11,8% IAM; 15,3% IC; 17,6% AVC; 50,6% dislipémicos; 89,4% hipertensos y 2,4% IRC. Un 42,4% presentaban IRC según FG < 60 (estadio 3 clasificación NHA-NES) no registrada en HC. La media Índice Charlson fue 2,36 (Desviación estándar (DE) = 1,7), Índice Barthel 87 (17) y Minimental 26 (7). La media de evolución de DM fue 9,6 (7,3) años y número de fármacos 7,7 (3,3), con 26,5% insulinizados. Del 8% con DM oculta, 2 presentaban FG < 60. El análisis bivariado destacó una tendencia de mayor proporción de insulino terapia en presencia de la complicación renal FG alterado ($p < 0,09$), no existiendo asociación significativa para otras variables.

Conclusiones: En la muestra estudiada casi la mitad de los DM presenta IRC como complicación no diagnosticada en HC. Además existe todavía una prevalencia del 8% de DM infradiagnosticada, en personas de 85 años a tener en cuenta en Atención Primaria.

10/358. EVALUACIÓN DE LAS CAÍDAS EN PERSONAS DE 85 AÑOS DE LA COMUNIDAD

A. Gil Nieves^a, A. Tobella Princep^a, O. Plana Ripoll^b, D. Sánchez González^a, J. Alcalde Pontaque^a y G. Estudi Octabaix^a

^aICS; ^bIDIAJ Jordi Gol.

Objetivos: Evaluar prevalencia de caídas y factores asociados en octogenarios de la comunidad.

Metodología: Estudio descriptivo, transversal multicéntrico de caídas y malnutrición. Individuos de la comunidad nacidos 1924. Variables: se recogieron datos sociodemográficos, enfermedades crónicas, actividades básicas índice Barthel (IB), cognición Mini examen cognitivo LOBO (MEC), comorbilidad índice Charlson, Mini nutrición test (MNA), Escala Visual Analógica (EVA) Calidad Vida, test social Gijón, Test Tinetti equilibrio y fármacos. Las variables significativas en el análisis bivariado ($p < 0,150$) fueron exploradas mediante análisis de regresión logística.

Resultados: Se evaluaron 328 personas, mujeres 61,6%, viudos 53%, vivía solo 30,5%, hipertensión arterial 76%, dislipemia 51,2%, diabetes mellitus 17,4%. El valor medio del IB: 87,6 (desviación estándar [DE] de 19), MEC: 27 (6,7), Índice Charlson: 1,4 (1,6), Tinetti: 6,7 (2,9), MNA: 24,5 (3,7), Gijón: 9,8 (2,6), EVA: 62,0 (21,1), media fármacos 6,1 (3,3). Un 21% de individuos habían caído el último año. Existían barreras arquitectónicas en 63%, media de caídas 0,43 (0,97), media fracturas 0,05 (0,26). Los factores que se encontraron independientemente asociados con riesgo de caídas fueron: género femenino (OR: 0,50; IC95%: 0,29-0,85; $p = 0,010$), IB (OR: 0,98 IC95%: 0,97-1,00; $p = 0,009$) y MEC (OR: 1,05; IC95%: 1,00-1,09; $p = 0,026$).

Conclusiones: Casi una cuarta parte de personas sufren una o más caídas a los 85 años. En nuestro entorno, ser mujer, tener menor capacidad funcional i menor capacidad cognitiva son factores asociados a caídas en la comunidad.

10/363. SITUACIÓN SOCIOSANITARIA DE LAS PERSONAS QUE VIVEN SOLAS EN EL MEDIO URBANO Y RURAL (RESULTADOS PRELIMINARES)

C. Velarde Mayol^a, M. Fragua Gil^b y R. Labajo^c

^aCS Urbano Segovia I; ^bCS Rural Carbonero el Mayor. Segovia; ^cRobledo.

Objetivos: Lentamente se va afianzando como una forma de convivencia: Vivir solo. Conocer sus condiciones psico-sociales, sanitarias y apoyo familiar es necesario para valorar sus recursos sociales.

Metodología: Estudio descriptivo-longitudinal. Periodo 2008-2010. Muestra: 3 consultas de 2 centros de salud: urbano y rural. Variables: sociosanitarias. Test de apoyo social (DUKE) y Escala de soledad (UCLA-en proyecto de investigación para su validación en España-). Estadística: descriptiva con sus intervalos de confianza del 95%-[IC95%], significativo $p < 0,05$.

Resultados: Total 153. 76,9% mujeres [IC95% = 69-9-83,8], edad media 70,7 DE = 8,2; tiempo medio viviendo solo = 10,5 años (rango 0-60); el 59,9% [IC95% = 47,4-63,7] son pensionistas y 61,7% [IC95% = 49,0-74,0] lo son por el cónyuge; 56,7% [IC95% = 48,5-64,9] viven solos desde que enviudaron; 29,0% por su trabajo, estudios [IC95% = 21,5-36,5]; 78,9% [IC95% = 72,8-86,3] tiene familiares cercanos y 35,3% [IC95% = 27,3-43,3] se relacionan con su vecindario. Un 14,0% [IC95% = 8,2-19,8] carecen de relaciones sociales. 72,3% [IC95% = 64,8-79,8] no tienen ayuda domiciliaria; 8,0% [IC95% = 3,5-12,5] tienen telealarma. La vivienda adecuada en 70,7% [IC95% = 62,2-77,8]; el 47,4% [IC95% = 38,9-55,8] cuentan con sus hijos si algo grave les ocurriera, un 11,1% [IC95% = 5,8-16,4] tienen que acudir a vecinos/amigos. Test DUKE: media de 42,6/máximo de 55, test UCLA media 26,6/máximo de 40, 61,0% [IC95% = 51,4-70,1] < 30 puntos.

Conclusiones: 1-La soledad afecta principalmente a mujeres ancianas por pérdida del cónyuge, pero casi 1/3 viven solos por su trabajo, estudios. 2-La mayoría tiene familiares cercanos, y sólo 1/3 tienen relación con sus vecinos. 3-Menos de la mitad pueden contar con sus hijos en situaciones urgentes. 4-La percepción de apoyo social fue aceptable pero la Escala de soledad (sentirse solo) de UCLA obtuvo una puntuación muy discreta, casi 2/3 se sienten solos.

10/367. USO DE LA NORMATIVA GOLD PARA EL TRATAMIENTO DE LA EPOC EN ATENCIÓN PRIMARIA

M. Álvarez Rodríguez^a, A. Ocaña Padilla^b, D. de la Rosa Carrillo^c, E. Calvo Rosa^d, R. Bonich Juan^e y M. Isnard Blanchar

^aEAP Santa Coloma 6-Fondo. Barcelona; ^bEAP Ocata-Teià. Barcelona; ^cHospital Plató. Barcelona; ^dEAP Sants. Barcelona; ^eABS Vic 1 Nord. Barcelona; ^fEAP Masnou-Alella. Barcelona.

Objetivos: Valorar adecuación del tratamiento al grado de EPOC según normativa GOLD, en pacientes que siguen controles en Atención Primaria.

Metodología: Estudio descriptivo, transversal, multicéntrico en 5 centros de AP de Cataluña (Masnou-Alella, Ocata-Teià, Santa Coloma 6, Sants, Vic). Revisión de historias informatizadas de pacientes EPOC. Recogida de datos espirométricos, epidemiológicos y tratamiento. Se determinó si la espirometría confirmaba EPOC, el estadio GOLD y la adecuación del tratamiento según el grado de severidad.

Resultados: 1.220 pacientes (71,5% hombres), edad media 69,8 ± 13 y 37,5% nunca fumadores. La tasa de realización de espirometría (46,3%) y de confirmación espirométrica de EPOC (46%) fueron muy bajas. En los pacientes con datos espirométricos, la adecuación del tratamiento fue del 61,4%, y aumentaba a mayor gravedad de la enfermedad ($p < 0,05$). En pacientes Gold 2, sólo el 15,5% usaban exclusivamente broncodilatadores. Por contra, un 40,4% realizaba tratamiento con esteroides inhalados (solos o asociados). Además, el 31,8% tomaba "otros" tratamientos (mucolíticos, montelukast...). En Gold 3 (28%), tomaban 1 o 2 broncodilatadores un 9,9% de los pacientes, realizaban tratamiento con 2 broncodilatadores de larga acción asociados a esteroides inhalados el 18,3% y un 46,5% usaba otros tratamientos.

Conclusiones: A mayor gravedad de EPOC, el tratamiento se adapta más a la normativa Gold. Los Gold 2 reciben demasiados esteroides inhalados. Exceso de tratamientos "no inhalados". Realizamos pocas espirometrías a los pacientes EPOC, y sólo en la mi-

tad se confirma la enfermedad. La gran proporción de no fumadores crea dudas acerca de la correcta codificación.

10/373. PAPEL DE LA OXIGENOTERAPIA EN LA DISNEA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD AVANZADA

A. del Arco Luengo^a, M. Diego Lourenço^b y A. Rodríguez Rodríguez^a

^aUnidad Domiciliaria de Cuidados Paliativos. Ávila. AECC-Sacyl; ^bCS de Vidriales. Zamora.

Objetivos: Realizar una revisión acerca del beneficio de la oxigenoterapia en el alivio de la disnea, en los pacientes con enfermedad avanzada, con o sin hipoxemia.

Metodología: Búsqueda en la base de datos Medline, en British Medical Journal, Palliative Medicine y en google Scholar, de artículos, utilizando los términos "dysnea", "oxigen", "advanced disease", y "palliative care". Criterios de inclusión: ensayos clínicos aleatorizados y artículos de revisión; en español e inglés; últimos 10 años.

Resultados: Analizados dos artículos de revisión y dos ensayos clínicos aleatorizados. Un ensayo demostró que la administración de oxígeno mejoró la sensación de disnea, independientemente del grado de hipoxemia; pero sin diferencia significativa respecto a la administración de aire, en los enfermos sin hipoxemia, según demuestran todos los estudios analizados. En los enfermos con hipoxemia, los resultados de los estudios son contradictorios, sin estar aún claro el beneficio de la oxigenoterapia.

Conclusiones: Con frecuencia se asume que los suplementos de oxígeno son útiles en la hipoxemia y no son beneficiosos si no existe hipoxemia. Ninguna de estas afirmaciones es una verdad universal. Los pacientes hipoxémicos no necesariamente obtienen alivio de su disnea con el oxígeno, hecho que subraya el carácter multifactorial del este síntoma. Es imposible predecir, incluso en función de la saturación arterial de oxígeno, quien se beneficiará de la oxigenoterapia. Por otra parte, los ensayos de un solo paciente pueden identificar pacientes que responderán a la oxigenoterapia.

10/378. PERFIL Y ACTITUD DEL ACOMPAÑANTE EN UNA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

N. Piquer Farrés^a, D. Lacasta Tintorer^a, J. Ojuel Solsona^a, O. García Castillo^a, C. Pérez Raga^b y J. Comín Junquera^a

^aABS La Salut. Badalona. Barcelona; ^bABS Camp de l'Arpa. Barcelona.

Objetivos: Conocer las características de las personas que vienen acompañadas a la visita. Perfil de los acompañantes. Actitud percibida por el/la profesional.

Metodología: Estudio descriptivo transversal en dos centros de salud urbanos (55.000 asignados). Se recogieron todas las visitas acompañadas en 3 días seleccionados al azar, por cada profesional. Variables del paciente: edad, sexo, nacionalidad, convivencia, barrera idiomática, analfabetismo, dificultad de movilidad, problemas graves de visión, demencia, Parkinson, AVC con secuelas y polifarmacia (> 10 fármacos). Para el/la acompañante: rango de edad, sexo, relación con el/la paciente, tipo de convivencia. Los/las profesionales valoraron su actitud (pasiva, activa colaboradora, activa no colaboradora).

Resultados: N = 358, 219 mujeres (61,2%) y 139 hombres (38,8%), edad media 60,3 (DE 22) y 58 (DE 18,5) respectivamente. 8,1% presentaban barrera idiomática y 33% situaciones que podían dificultar la comunicación médico/a-paciente y justificaban la necesidad de acompañamiento. 44,4% de los/as acompañantes eran > 60 años y 61,8% mujeres. 79,9% convivían con el/la paciente. Los hombres acompañaban a su pareja en un 77% y a sus hijos/as en 9,4%. Las mujeres acompañaban más si había patología ($p = 0,045$), en 51,9%

a su pareja, 25% a hijos/as, 10,2% a progenitores y 8,8% a amistades ($p > 0,001$). Los/las acompañantes presentan actitud colaboradora en 73,9%, activa no colaboradora en 6,7% y pasiva en 19,4% (60,9% hombres).

Conclusiones: El perfil del/la acompañante es mujer, más de 40 años, conviviente con el paciente. La actitud de los/las acompañantes es colaboradora, destaca que la mayoría de los que presentan actitud pasiva son varones que acompañan a sus parejas sin patología.

10/381. SALUD Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN. DEMANDA DE INFORMACIÓN POR NUESTROS PACIENTES

M. Pérez Unanua, Y. Muñoz González, C. Mateo Pascual, N. Ortega Inclán y S. Alvarado Torres

CS Dr. Castroviejo. Área 5. Madrid.

Objetivos: Conocer interés de nuestros pacientes en la demanda de información de salud a través de los medios de comunicación.

Metodología: Estudio ecológico descriptivo transversal. Ámbito urbano, consultas horario de tarde, población activa 84%. Se planteó a los pacientes la siguiente pregunta: "Que usted recuerde, en los últimos quince días, ¿ha realizado una consulta, visto o leído algún medio de comunicación relacionado con algún problema de salud?".

Resultados: 136 encuestas, 48 hombres (35%) y 88 mujeres (65%). Edad media de los participantes 51,9 años \pm 32,54, rango 18 y 87 años. El 61% \pm 8,36 de los pacientes había consultado en algún medio un tema de salud, el medio más consultado fue la televisión (48%) y el programa más visto Saber Vivir en La 1, 19 personas (50%), telediarios (21%) y publicidad (8%). El 42% habían utilizado Internet como acceso a la información, la mayoría Google como buscador inicial, excepto 6 pacientes (17%) que recibió la información por correo electrónico. 4 pacientes habían escuchado salud en la radio (3%). Referente a la prensa, 13 pacientes (9,5%): El País, prensa de distribución gratuita y revistas de farmacia fueron los medios más consultados. En cuanto a los temas de interés alimentación, cáncer, enfermedades cardiovasculares, patología osteomuscular, alergias, próstata y embarazo fueron los temas demandados.

Conclusiones: La salud es una de las principales preocupaciones de la sociedad, por tanto los medios de comunicación ofrecen cada vez más información sobre temas relacionados con la salud para satisfacer las necesidades de la población.

10/382. LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA. ESTUDIO DESCRIPTIVO DEL CONTINGENTE DE UN MÉDICO DE FAMILIA

R. Sánchez Collado^a, J. Carrera Clota^b, M. Guillamón Gifré, J. Malo Guillén^b, L. Sánchez Albarracín^a y R. Ortí Grifé^a

^aABS Plana Lladó. Mollet; ^bABS Vall del Ges. Torelló; ^cABS Manlleu.

Objetivos: Objetivo principal: evaluar la actitud personal ante la MGF entre la población procedente de países de riesgo. Objetivo secundario: conocer mejor las comunidades practicantes.

Metodología: El estudio descriptivo empieza el 1 de enero de 2009 y finaliza el 1 de enero de 2010. Recogemos información sobre edad, sexo, años que llevan en Europa, país de origen, lengua materna o etnia así como la actitud personal ante la MGF.

Resultados: Identificamos 37 individuos de población diana. Exploramos la actitud personal ante la MGF en el 64% de los casos; un 52% de ellos defiende la MGF, el 48% restante la rechaza. El 73% son hombres. Las mujeres preferentemente rechazan la MGF y los hombres la aceptan, aunque ambos sexos procuran no pronunciarse. La franja de edad mayoritaria se halla entre 30 y 40 años. Los países

de origen son diversos. Las etnias son diversas y su posición ante la MGF también es diversa.

Conclusiones: Destaca el alto porcentaje que defiende la MGF. Por lo que es necesario esforzarse en saber qué piensan nuestros pacientes de estos países sobre la MGF, romper los mitos e informarles de los problemas que representa para la salud física y psíquica de las niñas la práctica de la MGF. Hemos desarrollado un Plan de Prevención de la MGF, basado en la entrevista y la motivación para el cambio adaptada de Prochaska y Di Clementi. África es diversa, con lenguas diversas y actitudes diversas. Estos datos nos permiten plantear hipótesis para próximos estudios.

10/385. GRADO DE APLICACIÓN DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA RESPECTO A LA DETECCIÓN DE MICROALBUMINURIA EN PACIENTES HIPERTENSOS

J. Luque González^a, M. Morales Guerra^a, M. López Córdoba^a, M. Arana Torras^b y J. González Ares^c

^aABS Morera-Pomar. Badalona. Barcelona; ^bABS Martí i Julià. Badalona. Barcelona; ^cServeis Assistencials de Badalona. Barcelona.

Objetivos: Medir la repercusión de las recomendaciones de la Guía Práctica Clínica de la ESH/ESC2007 así como del Documento de Consenso SEN/SEMFyC2008, respecto al cribado de lesión renal mediante uso de detección de oligoalbuminuria, al cabo de dos años de la publicación de dichas guías.

Metodología: Revisión de historias clínicas de una muestra de 254 pacientes mayores de 60 años, hipertensos, no diabéticos, sin evidencia de vasculopatía, o lesión de órgano diana, embarazo en curso o hepatopatía. Recogimos datos de filiación, antropométricos, analíticos y de presión arterial clínica.

Resultados: Microalbuminuria 2007: 94 con alguna determinación (total: 37%; negativa: 70 [74,5%]; positiva: 24 [25,5%]); 160 sin ella (63%). En 2009: 119 pacientes con alguna determinación (total: 46,9%; negativa: 74 [62,2%]; positiva: 45 [37,8%]); 135 sin ella (53,1%). De los 37 (45,3%) que dieron negativo en 2007 y tenían nueva determinación en 2009, se detectaron 13 positivos (35,1%).

Conclusiones: En nuestra muestra de hipertensos la frecuencia de medida de oligoalbuminuria es globalmente del 37% en 2007, alcanzando el 46,9% al cabo de, al menos, 2 años. Las determinaciones repetidas dieron buen rendimiento, detectando un viraje en el 35,1% de pacientes. Hay una evolución positiva del cribado de lesión renal en pacientes hipertensos sin evidencia de lesión de órgano diana, aunque estamos lejos de la aplicación sistemática de dichas guías.

10/387. LA CISTATINA-C COMO MARCADOR DE FUNCIÓN RENAL

I. Quirante Díaz^a, I. Martín García^a, N. Valenzuela Pulido^b, W. Portorreal Guerrero^c, G. Magaña Ruiz^a y J. Garzón Fernández^c

^aCS Las Flores. Granada; ^bCS de Alfacar. Granada; ^cConsulta Privada. Motril. Granada.

Objetivos: Valorar si la determinación de la cistatina-C en Atención Primaria es un buen marcador de la función renal.

Metodología: Se estudian en 222 pacientes (127 hombres, 57,2% y 95 mujeres, 42,8%, edad = 61,3 \pm 16,6 años) pertenecientes a 4 zonas básicas de Salud el grado de función renal, tomando como gold standard el aclaramiento de creatinina (obtenido en orina de 24 horas) y comparándolo con los niveles de cistatina-c en sangre y con diversas ecuaciones que estiman la función renal: Filler, Le Bricon, Hoek y Larsson. Métodos: ecuaciones utilizadas. Filler: 10 (1,962 + 1,123*LN (1/cistatina). Le Bricon: (78/cistatina)+4. Hoek: -4,32+ (80,35/cistatina). Larsson: 77,24*cistatina-1,2623.

Resultados: Los coeficientes de correlación obtenidos tras el estudio comparativo son: 0,746 con respecto a la creatinina sérica, 0,710 con el aclaramiento de creatinina, 0,417 con Filler, 0,509 con Le Bricon, 0,511 con Hoeck y 0,485 con Larsson. La cistatina-c tiene un comportamiento similar a la creatinina sérica en los estadios I y II de función renal ($p < 0,001$). En los estadios III y IV sin embargo observamos una dispersión evidente ($p < 0,05$) que dificulta su utilización. La ecuación de Filler es inoperativa, ya que en aclaramientos inferiores a 40 ml/min nos notifica de funciones renales prácticamente inexistentes. Respecto a las 3 ecuaciones restantes (Le Bricon, Hoeck y Larsson) sólo pueden utilizarse en estadios IIIb y IV, ya que en fases iniciales de insuficiencia renal, su dispersión las hace poco útiles.

Conclusiones: 1. En los estadios I y II es la cistatina-c en sangre similar a la creatinina en términos de diagnóstico del grado de función renal. Ninguna de las ecuaciones propuestas pueden ser utilizadas debido a su gran dispersión. 2. En los estadios III y IV son más eficaces para la valoración de la función renal las ecuaciones de Le Bricon, Hoeck y Larsson que el valor sérico de la cistatina-c, pero nunca superan a la creatinina. 3. La ecuación de Filler no es válida en ningún estadio de función renal. 4. Concluimos que la cistatina-c no aporta nada en Atención Primaria, ya que no es superior a la creatinina sérica y su determinación es mucho más costosa en términos económicos.

10/388. ANÁLISIS DE LA CONSULTA DE ESPIROMETRÍAS DE UN ÁREA BÁSICA DE SALUD

M. López Córdoba, A. Fraga García, J. Luque González, N. Salomón, M. López Piqueres y S. Sánchez Anglada

ABS Morera-Pomar. Badalona.

Objetivos: Conocer el perfil del paciente citado en la agenda de espirometrías de una área básica de salud.

Metodología: Análisis de datos de los pacientes citados a espirometría durante el 2009: edad, sexo, motivo de la prueba, tabaquismo.

Resultados: Total visitas programadas: 219, de ellas 154 (70,32%) diagnósticas y 65 (29,68%) para control de patología respiratoria. 106 pacientes fumadores (48,4% del total), acudieron 85 (80,2%). De los fumadores, 71 (66,99%) programados para prueba diagnóstica. De las 219 espirometrías programadas se presentaron 170 (77,62%, media de edad 55,41 años), no acudieron 49 (22,38%, media de edad 55,16 años). De las presentadas 115 (67,65%) eran diagnósticas: media de edad 52,9 años (51,48 hombres/52,22 mujeres), 46,95% hombres, 35,48% fumadores. 55 (32,35%) eran de control: media de edad 60,58 años (62,3 hombres/56 mujeres), 72,72% hombres, 54,54% fumadores. De las no presentadas 39 (79,59%) eran diagnósticas: media de edad 55,43 años (57,19 hombres/53,38 mujeres), 53,85% hombres, 41% fumadores. 10 (20,41%) eran de control: media de edad 54,1 años (53,57 hombres/55,33 mujeres), 70% hombres, 50% fumadores. 48 visitas (21,91% del total) eran reprogramadas: 9 (18,75%) por dificultad para realizar la prueba, 12 (25%) por mala preparación por haber fumado o hecho tto previo, 25 (52,09%) por incomparecencia, 2 (4,16%) por ser diferentes espirometrías durante el mismo año.

Conclusiones: La mayor parte de las espirometrías programadas son para diagnóstico de nueva patología (70,32%). El 80% de fumadores acuden a realizarse la prueba, y ésta es en un 70% para diagnóstico. Las de control se piden en pacientes de mayor edad y mayoritariamente hombres. Se observa un alto porcentaje de incomparecencia (22,38%), casi el 80% de las no presentadas son para diagnóstico de nueva patología. El motivo más frecuente de reprogramación es la incomparecencia, esto aumenta la lista de espera. Se observa un alto porcentaje de mala preparación para la prueba.

10/390. EPIDEMIOLOGÍA DE ENFERMEDAD RENAL OCULTA EN ATENCIÓN PRIMARIA

N. Valenzuela Pulido^a, P. Fernández López^b, I. Quirante Díaz^c, G. Burgos Gómez^d, R. Bellas Nieto^e y V. Girela López^f

^aCS de Alfacar. Granada; ^bCS La Zubia. Granada; ^cCS Las Flores. Granada; ^dCS Realejo. Granada; ^eConsulta Privada. Almuñécar. Granada; ^fZBS Orgiva. Granada.

Objetivos: En 4 centros de A.P. se estudian 222 pacientes diagnosticados de enfermedad renal según criterios de las guías KDOQI (NKF) de los que 114 (56 hombres y 58 mujeres, edad = 58,0 ± 17,4 años) cumplen criterios de función renal normal de acuerdo a las guías europeas de las Sociedades de Cardiología e Hipertensión (creatinina sérica < 1,4 mg/dl en hombres y < 1,3 mg/dl en mujeres).

Metodología: Tomamos como gold standard el aclaramiento de creatinina en orina de 24 h corregido por superficie corporal. Se valoran los siguientes factores epidemiológicos: sexo, edad, obesidad, hipertensión arterial (HTA), nº de fármacos antihipertensivos y diabetes. Además se compararon los resultados de la función renal con las ecuaciones de Cockcroft-Gault y MDRD-7 que estiman dicho parámetro.

Resultados: A pesar de tener valores normales de creatinina, 26 pts están en estadio III (22,8%, $p > 0,001$), de los que 13 pts están en estadio IIIb (idéntico porcentaje entre hombres y mujeres, 50%). El estadio III es más frecuente en mujeres de más de 70 años (66% vs 33% hombres). Obesidad (IMC > 29,0) presente en 28 pts (24,6%, $p < 0,001$), de los que 10 (35,7%) están en estadio III. HTA presente en 80 pts (70,2%, siendo estadio III 22 pts, 27,5%, $p < 0,001$) de los que el 64% necesitan más de 2 fármacos antiHTA. Diabetes en 22 pts (19,3%, en estadio III 8 pts, 36,4%, $p < 0,001$). Estudiadas las ecuaciones que estiman la función renal (Cockcroft-Gault y MDRD-7), encontramos una infravaloración de la función renal con estas ecuaciones, puesto que frente a los 26 pts encontrados en estadio III por aclaramiento directo, existen 40 pts ($p < 0,01$) en estadio III tanto si estimamos con fórmula de Cockcroft como con MDRD (35% de pts en exceso).

Conclusiones: 1. La cifra de creatinina sérica no debe ser utilizada para discriminar a los pacientes según tengan o no insuficiencia renal, ya que el 22,8% de pacientes con creatinina normal están en estadio III. 2. En este estadio III hemos observado idéntico porcentaje entre hombres y mujeres, excepto en edades superiores a 70 años, donde predominan más las mujeres. 3. Los factores de riesgo hipertensión arterial, obesidad y diabetes son más frecuentes en pacientes con estadio III y creatinina sérica normal, es decir, con insuficiencia renal oculta. 4. Las fórmulas que estiman la función renal (Cockcroft-Gault y MDRD) infravaloran la función renal, siendo por ello más sensibles aunque menos específicas para un cribaje de la función renal en A.P., lo que consideramos interesante para que no queden excluidos pacientes como falsos negativos.

10/391. EVALUACIÓN DE DOCENCIA DE PREGRAO EN ATENCIÓN PRIMARIA. UNA HERRAMIENTA ÚTIL

J. Bellmunt Bardas, E. Tarradas Puértolas, M. Alòs Arimón y M. March Berlinches

CAP Barceloneta. Barcelona.

Objetivos: Encontrar una herramienta útil para evaluar la práctica clínica de los estudiantes de 6º curso del pregrado de Medicina en un Centro de Atención Primaria. Tiene como objetivos principales: 1. Conocer el grado de satisfacción del estudiante. 2. Identificar las situaciones susceptibles de ser mejoradas. 3. Evaluar la adquisición de conocimientos por el estudiante de las competencias y forma de trabajar propias de la Atención Primaria.

Metodología: Encuesta que consta de 9 preguntas cerradas, utilizando la escala aditiva de Likert puntuando de 1 a 7, y de una pregunta abierta, la décima, para sugerencias. La encuesta es anónima y se realiza a todos los estudiantes el día que finaliza la rotación.

Resultados: Presentamos los resultados de la encuesta del último año. Esta muestra que en determinadas preguntas como la valoración de la estancia en el centro o en la relación del alumno con su tutor en que un 56% y un 81% de los alumnos puntúan con máxima nota. En otras preguntas como la capacidad para realizar exploraciones o en los seminarios de enfermería la puntuación disminuye sensiblemente. También es interesante el apartado de comentarios libres de los alumnos que aportan en ocasiones ideas de mejora de la docencia.

Conclusiones: La encuesta se ha demostrado especialmente valiosa, ha permitido cambiar o corregir situaciones que se demostraban poco útiles. También es una forma de demostrar que el trabajo se realiza adecuadamente en cada curso clínico de acuerdo con los criterios fijados.

10/401. IMPORTANCIA DE LA ESTIMACIÓN DE LA FUNCIÓN RENAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

I. Quirante Díaz^a, G. Burgos Gómez^a, P. Fernández López^b, N. Valenzuela Pulido^c, I. Martín García^a y R. Fernández Martínez^a

^aCS Las Flores. Granada; ^bZona Básica de Salud La Zubia. Granada; ^cCS Alfacar. Granada.

Objetivos: En 4 centros de A.P. se estudian en 222 pacientes (pts) (127 hombres, 57,2% y 95 mujeres, 42,8%, edad = 61,3 ± 16,6 años) el grado de función renal, tomando como gold standard el aclaramiento de creatinina (obtenido en orina de 24 horas) y comparándolo con diversas ecuaciones que estiman la función renal: Cockcroft-Gault, MDRD-7, MDRD-abreviado, Nankivell, Walsler y Mawer.

Metodología: Ecuaciones utilizadas: Cockcroft-Gault: $(140 - \text{edad}) \times \text{peso} / (72 \times \text{creatinina sérica})$, corregido a superficie corporal y $\times 0,85$ si mujer. MDRD-7: $170 \times \text{creatinina} - 0,999 \times \text{edad} - 0,176 \times \text{BUN} - 17 \times \text{albúmina} + 0,318$, corregido si mujer $\times 0,762$. MDRD-abreviado: $186,3 \times \text{creatinina} - 1,154 \times \text{edad} - 0,203$ corregido si mujer $\times 0,742$. Nankivell: $6700 / (\text{creatinina} \times 88,4) + \text{peso} / 4 - \text{urea} \times 0,06 / 2 - 100 / (\text{talla} \times 0,01) + 35$, corregido si mujer (-10). Walsler: $7,57 / \text{creatinina} \times 0,0884 - 0,103 \times \text{edad} + 0,096 \times \text{peso} + 6,66$. Mawer: $\text{peso} \times (29,3 - 0,203 \times \text{edad}) \times (1 - (0,03 \times \text{creatinina})) / (14,4 \times \text{creatinina} + 70 / \text{peso})$.

Resultados: Obtenemos los coeficientes de correlación tras comparar con el aclaramiento de creatinina: 0,591 (Cockcroft), 0,732 (MDRD-7), 0,696 (MDRD-abreviado), 0,618 (Nankivell), 0,646 (Walsler) y 0,328 (Mawer). Existiendo una gran dispersión a menor coeficiente, Se observa una infravaloración (7,2%) de la función renal con las formulas de Cockcroft y ambos MDRD en el estadio III, y una sobrevaloración (5,2%) de Cockcroft en el estadio IV. Las demás fórmulas sobreestiman todas la función renal (entre el 12,5 y 18,6%) en todos los estadios, por lo que darían falsos negativos en screening de pacientes con insuficiencia renal.

Conclusiones: 1. La mejor fórmula que estima la función renal es la ecuación MDRD-7, seguida de MDRD-abreviado, Cockcroft y la de Walsler. 2. La peor ecuación es la de Mawer. 3. Aunque las formulas de Walsler y Nankivell obtienen una dispersión inferior a la descrita con Cockcroft, existe una sobrevaloración global de la función renal que hace inoperativas estas fórmulas.

10/402. ¿ANALIZAMOS LA DENSITOMETRÍA ANTES DE PONER TRATAMIENTO?

H. Tarabishi Marín^a, Y. Doménech Cid^a, N. Martín Andrade^a y J. Gentile Lorente^b

^aCAP Amposta Tarragona; ^bCAP Baix Ebre. Tortosa.

Objetivos: La osteoporosis es una disminución de la masa ósea y un deterioro de la arquitectura de ésta, lo que aumenta el riesgo

de fracturas. El diagnóstico de la osteoporosis, según diferentes guías clínicas, se realiza mediante la medición de la densidad ósea de la columna lumbar/cuello femoral. Nos planteamos saber cuántos de nuestros pacientes diagnosticados de osteoporosis tenían la densitometría realizada y si su tratamiento o ausencia del mismo es coherente con el resultado de la prueba.

Metodología: Estudio descriptivo retrospectivo. Muestra total de 150 pacientes. Se revisan las historias clínicas informatizadas donde ya existe el diagnóstico de osteoporosis, registrando el resultado de la densitometría así como si el paciente sigue tratamiento y cuál es.

Resultados: El 95,3% de la muestra son mujeres y el 4,7% hombres, de edades comprendidas entre 51 y 89 años. Tenían la densitometría realizada un 51,3% y un 48,7% no. Resultado normal: 2,6% con tratamiento; osteopenia: 16,8% con tratamiento y 7,8% sin; osteoporosis: 62,3% con tratamiento y 10,4% sin. Un 68,5% toman tratamiento sin tener realizada la densitometría ósea.

Conclusiones: La gran mayoría de pacientes diagnosticados de osteoporosis son mujeres. Aproximadamente la mitad de la muestra tiene realizada la densitometría. A pesar de que la mayoría de diagnosticados llevan tratamiento debemos considerar un no despreciable porcentaje que no lo lleva. Además existe un elevado número de tratados innecesariamente, ya sea por un resultado normal de la prueba, por osteopenia o que ni siquiera tienen hecha la prueba de cribaje.

10/405. EVOLUCIÓN DE ENFERMOS DE ALZHEIMER TRAS 2 AÑOS DE SEGUIMIENTO

B. Angulo Fernández de Larrea^a, J. Cordero Guevara^b, R. Millán Ibáñez^a, A. González Rasillo^a, V. Álvarez Álvarez^a e I. Martínez Orúe^a

^aCS de Salas de los Infantes. Burgos; ^bGerencia Atención Primaria. Burgos.

Objetivos: Conocer la evolución clínica y social de los enfermos con demencia de tres asociaciones de Alzheimer en una provincia.

Metodología: Estudio longitudinal prospectivo. Se estudia a todos los enfermos y sus cuidadores, de medio rural y urbano, participantes en un estudio en 2008. La evolución de los enfermos se midió con la Escala de Deterioro Global de Reisberg (GDS). La sobrecarga del cuidador familiar se midió con la Escala de Zarit. El trabajo se realiza mediante entrevista en las asociaciones concertada personal o telefónicamente, valorando: permanencia en su domicilio acudiendo a talleres o centro de día, exitus e institucionalización en los enfermos y la sobrecarga en los cuidadores. Pérdidas: Los no identificados en el estudio de 2008, y aquellos en los que no se ha podido confirmar evolución en 2010.

Resultados: Ver tabla.

Tabla 1

	GDS medio	ZARIT medio
92 enfermos estudiados en 2008	4,8	65,47
8 No localizados (8,69%)		
84 Localizados en 2010		
35 fallecidos (38,04%)	5,29	59,48
49 Supervivientes en 2010		
19 en Residencia/Hospital (20,65%)	4,68	60,8
30 Continúan viviendo en su domicilio		
7 Cuidados en familia (7,71%)	4,57	67,43
23 Cuidados con ayuda de la asociación (25%)	4,6 (5 en 2010)	59,08

Conclusiones: Casi el 40% de nuestros enfermos habían fallecido a los dos años, partían de los GDS y Zarit medios más altos. Permanecen en domicilio y asociados los GDS estables, (4,6-5). Son necesarios nuevos estudios para conocer los factores que determinan la permanencia en el domicilio de estos enfermos.

10/411. ¿CONOCEMOS LAS CARACTERÍSTICAS DE LAS INFECCIONES DE ORINA EN NUESTRA POBLACIÓN INMIGRADA?

M. García Muñoz, A. Carbó Queraltó, C. Sierra Matheu y T. Nanu

Ambulatorio de San Ildefons de Cornellá. Barcelona.

Objetivos: Determinar los uropatógenos aislados más frecuentes en los urocultivos (UC) solicitados en un Centro de Atención Primaria (CAP) y perfil de resistencia a antibióticos según país de origen, para elección de tratamiento empírico idóneo.

Metodología: Estudio descriptivo transversal. Se analizaron todos los UC realizados en el 2009 en pacientes > 16 años atendidos en un CAP urbano que cuenta con un 33% de población inmigrante. Mediante registros de laboratorio y historia clínica informatizada, estratificamos según país de origen: españoles, marroquí, centro y sur-americanos y otros.

Resultados: Se analizaron 1.808 UC, 304 positivos (> 100.000 UFC). Media edad: 65 ± 17, mujeres 82,3% (99% de los UC positivos en inmigrantes se detectaron en mujeres). *Escherichia coli* (*E. coli*) fue el germen más prevalente sin diferencias por nacionalidad: 62,8%, excepto en marroquí que no se detecta. Seguido de *Klebsiella pneumoniae* 13,8%, *Enterococcus faecalis* 6,6% y *Proteus mirabilis* 3,3%. Resistencias in vitro a *E. coli*: quinolonas (ciprofloxacino, norfloxacino, levofloxacino) 53%, amoxicilina-clavulánico 3,24%, fosfomicina y nitrofurantoína < 1%, resistencias a *Klebsiella pneumoniae*: fosfomicina 4,21% resto de antibióticos < 2%. No existen resistencias significativas para *Enterococcus faecalis* ni *Proteus mirabilis*.

Conclusiones: La mayoría de infecciones del tracto urinario bajo se detectan en mujeres, sobre todo en la población inmigrante, el germen más prevalente en nuestro CAP es *E. coli* sin diferencias por nacionalidad exceptuando en la población marroquí que no se detecta. *E. coli* presenta alta resistencia a quinolonas motivo por el que aconsejamos revisar su indicación para recomendar o instaurar tratamientos empíricos.

10/415. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN SOBRE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES MAYORES POLIMEDICADOS EN UN CENTRO DE SALUD URBANO

E. Garrido Garrido^a, I. García Garrido^b, J. García López-Durán^a, A. Padilla Martínez^a, R. Tercero Padial^a y J. Marín Muñoz^a

^aCS Zaidín Centro. Granada; ^bDepartamento de Estadística. Universidad de Granada. Granada.

Objetivos: Conocer la adherencia al tratamiento y determinar el número de medicamentos antes y después de una intervención en pacientes entre 75 y 84 años polimedificados.

Metodología: Se realiza un estudio piloto seleccionando de forma aleatoria tres pacientes entre 75 y 84 años polimedificados (que utilizaban 5 o más medicamentos) adscritos a cada uno de los cupos del C.S. Zaidín-Centro de Granada. Población de estudio: 33 pacientes. Se aplicó el test de adherencia terapéutica de Morisky-Green a todos los pacientes y se contabilizó el número de medicamentos pre-intervención y post-intervención a los tres meses. La intervención se basó en informar y educar al paciente en relación con los medicamentos que tomaba; y revisar los botiquines domiciliarios. Se ha realizado un análisis estadístico descriptivo y de comparación de medias (t-Student).

Resultados: En el período de estudio, la población adscrita al C.S. Zaidín-Centro contaba con 1.407 pacientes entre 75 y 84 años; de estos, 519 (174 hombres y 345 mujeres) eran polimedificados, por tanto, la prevalencia de polimedificación para este grupo de edad era de 36,88%. La adherencia terapéutica pre-intervención fue del 63,6% y post-intervención del 84,8% lo que supone un incremento del 21,2%. En relación con el número de medicamentos pre y post intervención se observa que hay diferencias significativas pre y post intervención a un nivel de significación 0,05 ($p = 0,022$).

Conclusiones: Las estrategias de intervención en pacientes mayores polimedificados son una herramienta útil en la adherencia terapéutica.

10/418. SÍNDROME METABÓLICO: RETO EN ATENCIÓN PRIMARIA

E. Vázquez Seijas^a, M. Sánchez de Enciso Ruiz^b, C. Rodríguez Fernández^c y M. López Silva^d

^aCS Fingoi. Lugo. SERGAS; ^bCS Friol. Lugo. SERGAS; ^cCS La Milagrosa. Lugo. SERGAS; ^dCS Plaza del Ferrol. Lugo. SERGAS.

Objetivos: Conocer la prevalencia del Síndrome Metabólico (SM) en Atención Primaria (AP). Ver si existen diferencias según variables demográficas a estudio. Conocer el peso específico de cada componente.

Metodología: Se incluyeron en el estudio todas las personas que acudieron a 4 consultas de AP por cualquier motivo durante marzo de 2010, y accedieron a participar. Se determinó, perímetro abdominal, talla, peso, presión arterial y analítica de sangre. El diagnóstico de SM se realizó según los criterios ATP III.

Resultados: Muestra de 854 personas, edad media 62,02 (± 16,2), 38,76% varones y 61,24% mujeres. Del total, 363 presentaron SM lo que representa una prevalencia del 42,50%. Las prevalencias de cada componente del SM fueron: 84,8% (glucemia > 100 mg/dl o diabetes mellitus [DM]), 84,0% (presión arterial alta o hipertensión arterial [HTA]), 78,0% (perímetro abdominal alto), 67,8% (colesterol HDL bajo) y 57,3% (triglicéridos altos). Las prevalencias en subgrupos según las variables demográficas fueron: a) variable sexo: 44,9% (varones) y 55,1% (mujeres) b) variable procedencia: 37,5% (rural) y 62,5% (urbana). Estas diferencias resultaron ser estadísticamente significativas ($p = 0,0067$ y $p = 0,0001$ respectivamente).

Conclusiones: Cuatro de cada 10 pacientes que van a consulta presentan SM. El componente "Glucemia elevada o DM" es el de mayor prevalencia en el SM seguido muy de cerca por la "Presión arterial elevada o HTA". Las mujeres presentan mayor prevalencia de SM que los hombres. En el medio urbano existe una mayor prevalencia de SM, respecto al medio rural.

10/430. VALORACIÓN DE LA SATISFACCIÓN POR EL ACERCAMIENTO DEL SERVICIO DEL SINTROM A LA ZONA DE SALUD

I. Guerra Hernández^a, M. Fandiño Cobo^b, F. Hernández Sanabria^c, C. Rodríguez Domínguez^d, M. Wangüemert Madan^e y A. Rodríguez Cabrera^d

^aCS de Taco. La laguna. Tenerife; ^bCS Laguna-Geneto. Tenerife; ^cCS Los Realejos. Tenerife; ^dUnidad Docente MFyC zona I. Santa Cruz de Tenerife; ^eUnidad Docente MFyC La Laguna. Tenerife.

Objetivos: Investigar el grado de satisfacción de los usuarios con sintrom asumidos en el centro de salud (CS) con respecto al control hospitalario anterior y conocer su perfil.

Metodología: Estudio descriptivo, con 73 pacientes procedentes del control hospitalario de sintrom y actualmente controlados en el

CS Los Realejos, Tenerife. Variables: edad, sexo, trabajo, distancia al CS, cuidadores, transporte y patologías. Elaboramos un cuestionario con respuestas tipo Likert entrevistando un grupo focal de cuidadores. Preguntamos por: accesibilidad al servicio, capacidad de respuesta, competencia, trato y empatía del personal. Se encuestó durante 1 mes, por personal ajeno al CS y todos los pacientes consistieron. Estadística: frecuencia, medias, desviación-estándar, Chi2.

Resultados: edad-media $66,6 \pm 13,8$, varones: 57,5%. Tiempo-medio al CS: 13 min \pm 8. La mayoría acudía al CS sin cuidador (83,6%) en contraposición al 74,4% que sin necesitar cuidador acudían al hospital acompañados ($p = 0,012$). El 82% de los pacientes y el 95% de cuidadores no trabajan. Predominaron los anticoagulados con fibrilación-auricular (FA): 54,2%. Lo más valorado fue el ahorro de tiempo (57%), la tranquilidad de la cercanía (62%) y la facilidad de acceso (62%). El 57% utilizan transporte privado. Aprecian la familiaridad entre pacientes, con el personal y el menor ajetreo del CS (70%). Consideran más cercano y disponible al personal del CS (60%), valorando su amabilidad. El 60% no encuentra mejora en la confidencialidad. La calificación al servicio (0-10): $9,4 \pm 0,92$.

Conclusiones: La cercanía supone un ahorro de tiempo para usuarios y convivientes. Obviamente FA predominó en mayores de 70 años. Sospechamos que la familiaridad podría disminuir la percepción de la confidencialidad.

10/433. ESTUDIO DE LAS DEMANDAS FORMATIVAS DE LOS PROFESIONALES DE NUESTRO CENTRO DE SALUD

S. Poveda Siles

CS Jumilla. Murcia.

Objetivos: Conocer las demandas formativas del EAP y elaborar un programa formativo adecuado a los objetivos de formación y mejora de la calidad asistencial de nuestra Gerencia y las demandas de sus profesionales.

Metodología: Elaboración de encuesta según bibliografía. Preguntas: 4 cerradas, 2 abiertas. Tipo profesional, 8 ítems sobre dificultades al realizar sesiones en el EAP -graduadas según escala Likert-, conocimiento de tipos de sesiones, sesiones preferidas y menos valoradas para cubrir sus demandas. Las preguntas abiertas solicitaban sugerencias sobre temas de sesión clínica y aspectos formativos a mejorar. Los resultados de las cerradas, fueron codificados y analizados mediante SPSS. Los resultados de las abiertas, fueron resumidos en listados, para consulta del responsable docente del centro y contribuyen a elaborar el calendario de sesiones adaptado.

Resultados: Participación 33,82%. 24,13% de los médicos, 28% enfermeros y 50% administrativos. 30% considera que falta tiempo para asistir y preparar sesiones, 40% que la sobrecarga asistencial puede causar ausencia a sesiones. 72% que la formación mediante sesiones es importante, 8% considera innecesarias. Percepción de impuntualidad a las mismas amplia, 45%. 12% las cree poco útiles. 25% que existen carencias metodológicas. 16% que existen falta de recursos y personal preparado. 50% cree que faltan incentivos para prepararlas -percibido ampliamente por todos los grupos profesionales-. Sesiones más valoradas por médicos: casos clínicos, MBE y especialistas. Enfermería: casos clínicos, MBE y organizativas del EAP. Administrativos: organizativas y grupos de trabajo. Peor valoradas: farmacológicas y revisión de pruebas.

Conclusiones: Los resultados permitirán elaborar un programa formativo que responda a las demandas e incremente la participación, contribuyendo así a mejorar la formación continuada de nuestro EAP.

10/435. CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS EN UNA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

F. López López y G. Reviego Jaén

CS Vicente Muzas. Madrid.

Objetivos: Conocer el consumo de psicofármacos en una consulta urbana de atención primaria. Identificar los diagnósticos más frecuentes por lo que se prescriben los estos fármacos.

Metodología: Estudio descriptivo, transversal en una consulta urbana de atención primaria. Selección: pacientes mayores de 18 años que acuden a demanda durante los meses de octubre a diciembre de 2009 y que se medican con psicofármacos. Sujetos incluidos: 84 pacientes. Variables: edad, sexo, estado civil, patología crónica, diagnóstico, fármaco con el que se medica y médico que inicia el tratamiento.

Resultados: Edad media: 59 años. Mujeres 55% hombres 45%. 40% de los casos están asociados a patología crónica: HTA, dislipemia y osteoarticular son las más frecuentes. 84% se medica de forma crónica (consumo superior a tres meses). Las benzodiazepinas son los fármacos más prescritos (75%). Loracepam y bromazepam destacan sobre otros ansiolíticos. Los ISRS se prescriben en el 51% de los casos, destacando paroxetina y escitalopram. El 36% de los pacientes tiene prescritos dos fármacos. Diagnósticos más frecuentes: ansiedad 53%; trastorno adaptativo 30%; insomnio 5%; otros 13%. En el 47% de los pacientes, el MAP es el que inicia el tratamiento.

Conclusiones: El elevado consumo de psicofármacos y el tiempo de tratamiento nos debe hacer reflexionar sobre la idoneidad de la prescripción.

10/441. EVALUACIÓN DE LA ADHESIÓN DE PROTOCOLOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

J. Aguilar Escalera, J. Rodríguez Santana, L. Velázquez Arjona, P. Manglano Pintó, M. González Hernández e I. García López de la Osa

Servicio de Urgencias. Hospital de La Moraleja (Sanitas). Madrid.

Objetivos: Detectar protocolos de error en la adhesión de protocolos en el Servicio de Urgencias con objeto de modificarlos para aumentar el cumplimiento de ellos.

Metodología: Se analizaron los protocolos de Cirugía de las patologías más frecuentes en el Servicio de Urgencias durante un periodo de seis meses. Se estudiaron y analizaron 100 casos ingresados con 34 casos de apendicitis aguda; 18 casos de colecistitis; 17 casos de diverticulitis, 5 casos de abdómenes agudos y 26 casos de pancreatitis litiásicas. En todos ellos se confirmó el diagnóstico, además de la sospecha clínica, por los hallazgos analíticos y realización de pruebas diagnósticas complementarias de imagen con ECO y TAC abdominal.

Resultados: En el 84% de los casos no se modificó el tratamiento médico según protocolo y si se modificó en un 16% de los casos. De ellos 8 casos correspondieron a apendicitis; 3 a colecistitis, 1 a abdomen agudo y 4 a diverticulitis. En la mayoría de los casos (85%) fueron cambios en la pauta y administración de antibióticos y en el resto (15%) cambio de medicación en relación con alergias medicamentosas y gravedad clínica del cuadro presentado.

Conclusiones: La aplicación de protocolos en la urgencia permite homogeneizar y optimizar la asistencia; asimismo como detectar errores-tipo, que hace posible modificaciones que garanticen un mayor cumplimiento de ellos. A pesar del alto nivel de aceptación, se ha observado diferentes criterios a la hora de pautar, fundamentalmente, antibióticos. Ello condiciona la revisión y nuevo consenso del protocolo.

10/442. PATRÓN CIRCADIANO DE PRESIÓN ARTERIAL (TÉCNICA MAPA) Y LESIÓN DE ÓRGANOS DIANA. ¿EXISTE RELACIÓN? HIPERTENSIÓN ARTERIAL ENMASCARADA A ESTUDIO

R. Mateos García^a, I. De Torre Careaga^a, F. Urcelay Aguirre^b, E. Vicinay Ruilope^a, G. Contreras Cabrejas^a y M. Galdós Ruiz^a

^aCS Olárizu. Vitoria. Álava; ^bCS Alegría. Álava.

Objetivos: 1. Describir patrones circadianos de MAPA, realizados en dos centros de salud (CS), y su relación con Factores de Riesgo Cardiovascular (FRCV) y lesión de órganos diana. 2. Evaluar la prevalencia de hipertensión enmascarada (HE) en pacientes con Hipertrofia Ventricular Izquierda (HVI) (índice Sokolow-Lyon), Glucemia Basal Alterada (GBA), Diabetes (DM) y/o elevación de creatinina plasmática; con normotensión en consulta; valorados con técnica MAPA. 3. Puesta en marcha de una comisión multidisciplinar (médicos, enfermeras y administrativo) que valore de forma periódica, el circuito MAPA en Atención Primaria (AP).

Metodología: La variabilidad de la prevalencia de HTA enmascarada (HE) en la literatura científica (9-49%), pone en marcha este estudio, descriptivo prospectivo; evaluando con técnica MAPA, pacientes adultos pertenecientes a dos Centros de Salud, desde el 1 junio del 2010 a 1 de junio del 2011. Excluidos MAPA sin criterios de calidad.

Resultados: En el estudio preliminar llevado a cabo en el año 2009, encontramos un 93% de MAPAs patológicos, siendo el 56% varones entre 50 y 70 años. En MAPA patológica (porcentaje de sobrecargas de tensión arterial sistólica y diastólica > 30), encontramos un elevado número de patrón circadiano Dipper (19%); controversia pendiente de relacionar con los hallazgos clínicos. Pendiente de realizar el estudio muestral que valore la presencia de HE en nuestra población.

Conclusiones: Es necesario configurar el programa informático para la Guía de Práctica Clínica de Hipertensión Arterial, actualización 2007. Osakidetza en cada lectura de MAPA. La técnica MAPA es una herramienta de gran validez en AP.

10/446. ¿POR QUÉ EL PERSONAL SANITARIO NO SE HA VACUNADO DE LA GRIPE A?

A. Bonillo Gómez^a, M. Sarlat Ribas^a, P. Cortés Pérez^b, M. Fuentes Riaza^a, B. Álvarez Pérez^a y A. Abilla Lumbarres^a

^aEAP Consell de Cent-Magoria. Barcelona; ^bSAP Esquerra. Barcelona.

Objetivos: Conocer si el personal sanitario (medicina, enfermería y administrativos) ha seguido las recomendaciones de las autoridades sanitarias referentes a vacunación de gripe estacional y gripe A durante la campaña 2009, así como razones por las que no se siguieron.

Metodología: Se administró cuestionario anónimo autocumplimentado a personal sanitario de varios centros de salud urbanos recogiendo datos demográficos, laborales y preguntas cerradas sobre motivos para la no vacunación.

Resultados: Se recogieron 201 encuestas, 76,11% mujeres, edad media 46,5 años. Facultativos 44,2%, enfermería 27,3%, administrativos 28,5%. El 91% de los encuestados no siguieron las recomendaciones vacunales (42,7% de los médicos, 52,5% del personal de enfermería, 68,4% del personal administrativo). Entre quienes no se vacunaron de ninguna señalan como motivos principales: referir no enfermar nunca de gripe (40,6%), falta de confianza en las vacunas de la gripe (37,7%) y experiencia previa negativa con las mismas (21,7%). El personal que se vacunó gripe estacional y no de gripe A justifica la decisión por el miedo a la vacuna de la gripe A seguido de falta de confianza en la misma. La única justificación para quienes no se vacunaron de gripe estacional y si de gripe A fue

el temor a esta enfermedad. No hubo diferencias estadísticas en las respuestas recogidas entre los diferentes estamentos del personal sanitario.

Conclusiones: El porcentaje de personal sanitario que sigue las directrices en materia de vacunas de la gripe es muy bajo, siendo el miedo y la falta de confianza en las mismas los parámetros que más influyen.

10/447. PERFIL TERAPÉUTICO Y RIESGO TROMBOEMBÓLICO DE PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR ATENDIDOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

A. Calderón Montero^a, V. Barrios Alonso, M. de la Figuera Wichman^c, C. Roldán Suárez^c (en representación del grupo SEC-AP)

^aCS Rosa Luxemburgo, San Sebastián de los Reyes. Madrid;

^bHospital Ramón y Cajal, Madrid; ^cEAP Sardenya. Barcelona.

Objetivos: Describir las pautas terapéuticas de la fibrilación auricular (FA) en Atención Primaria (AP) y cuantificar el riesgo de accidente tromboembólico mediante la escala CHADS2.

Metodología: Estudio epidemiológico, multicéntrico, transversal, que recopiló datos clínicos de pacientes con diagnóstico de FA atendidos en consultas de AP.

Resultados: Se incluyeron 3.287 pacientes, 52,3% hombres, edad media 71,9 (DE 10,1) años. La FA más frecuente fue la crónica (71,2%), seguida de la paroxística (16,0%) y la persistente (12,8%). El 35,8% de los pacientes presentó una puntuación ≥ 3 en la escala CHADS2, el 28,0% puntuación 1, 31,6% puntuación 2 y el 4,54% puntuación 0. La HTA (92,4%) y la edad > 75 años (44,7%) fueron los componentes más prevalentes de la escala, seguidos de la diabetes (33,7%), la insuficiencia cardiaca (22,0%) y un episodio previo de enfermedad cerebrovascular (13,9%). Los fármacos más utilizados fueron: anticoagulantes orales (ACO) (64,5%), estatinas (50,8%), diuréticos (49,3%), IECAS (39,6%), betabloqueantes (37,4%), ARaII (33,2%), digoxina (32,4%) ACO y/o antiagregantes (30,9%). El uso de ACO y/o antiagregantes en pacientes con escala CHADS 1 y 2 (riesgo moderado de evento tromboembólico) fue del 84,0% y 84,4% respectivamente. Un 89,8% de pacientes con riesgo elevado (CHADS ≥ 3) utilizaba ACO y de éstos, 69,9% se medicaba al menos con ACO.

Conclusiones: Un tercio de los pacientes con FA atendidos en AP presenta riesgo elevado de accidente tromboembólico. La administración de ACO y antiagregantes es insuficiente según las recomendaciones actuales, puesto que aproximadamente un 15% y un 30% de pacientes con riesgo moderado y elevado, respectivamente, no recibe el tratamiento antitrombótico.

10/448. EVOLUCIÓN DE LAS COMPLICACIONES VASCULARES EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR ATENDIDOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

A. Calderón Montero^a, V. Barrios Alonso, M. de la Figuera Wichman^c y C. Roldán Suárez^c (en representación del grupo SEC-AP)

^aCS Rosa Luxemburgo, San Sebastián de los Reyes. Madrid;

^bHospital Ramón y Cajal, Madrid; ^cEAP Sardenya. Barcelona.

Objetivos: La fibrilación auricular (FA) se asocia principalmente a hipertensión (HTA) y enfermedades cardiovasculares (ECV). Presentamos la evolución en la presencia de ECV y factores de riesgo cardiovascular (FRCV) en pacientes con FA antes y después del diagnóstico.

Metodología: Estudio epidemiológico, multicéntrico, transversal, con dos fases, para estimar la prevalencia de FA en atención primaria (n = 121.676), y recopilar características clínicas de pacientes con FA (n = 3.287).

Resultados: La edad media (DE) fue 71,9 (10,1) años, 52,3% hombres. Antes del diagnóstico de FA, el 44,8% de pacientes presentaba antecedentes de ECV o renal (16,8% cardiopatía isquémica (CI), 6,9% enfermedad cerebrovascular (ACVA), 12% insuficiencia cardíaca (IC) 6,6% arteriopatía periférica (AP), 6,4% insuficiencia renal (ERC)). Después del diagnóstico (tras una media de 4,6 (4,1) años), la prevalencia de ECV aumentó hasta el 59,4%: 20,9% CI, 11% ACVA, 21,3% IC, 9,6% AP y 11,7% ERC ($p < 0,001$). La CI y el ACVA se asociaron a la FA crónica al diagnóstico ($p < 0,001$), mientras que la IC y la ERC se asociaron a los cuatro tipos de FA. Las prevalencias de HTA y diabetes aumentaron del 68,1% y 28,5% al 92,6% y 33,7%, respectivamente ($p < 0,001$). No hubo diferencias respecto a dislipemias. Disminuyeron el tabaquismo activo (18,3% vs 7,1%, $p < 0,001$) y la ingesta de alcohol (4,6% de consumo elevado vs 1,0%, $p < 0,001$).

Conclusiones: La FA se asocia a una edad avanzada, HTA y antecedentes de ECV. Se observó un importante aumento en la prevalencia de hipertensión, ECV y ERC tras el diagnóstico, corroborando el elevado riesgo CV de esta población.

10/452. ¿CUÁNTO ESPERAN LOS USUARIOS EN LA SALA DE ESPERA?

C. González Martín y F. Cejas-Fuentes Padrón

C.P. Barroso-CS Orotava San Antonio.

Objetivos: Realizar un análisis cuantitativo del tiempo de espera, que es el que transcurre desde la hora de cita del usuario hasta que es atendido por el profesional.

Metodología: Se realizó en la consulta de un Médico de Familia/Tutor de un Consultorio Periférico (C.P.), que durante 6 meses, por reforma, estuvo reubicado en el Centro de Salud (C.S.). Elegimos al azar dos semanas en el C.P. (1 Tutor y 1 R-4) y una semana en el C.S. (Tutor) y medimos la diferencia entre la hora de cita y la hora a la que es atendido el usuario. Los datos se extrajeron de la hoja de cita previa y de la H²C³ informatizada, analizándose mediante estadística descriptiva.

Resultados: El total de usuarios del C.P. fue de 162 el R-4 y 161 el Tutor, y en el C.S. de 144. El 43% eran hombres y el 57% mujeres, y la media de edad de 52 años. Un 3% de los usuarios entraron a consulta a la hora de la cita, el 20% entraron antes y el 77% después. Los que entraron antes lo hicieron 3 minutos antes y los que entraron después lo hicieron 12 minutos después, como valor más frecuente. No existieron diferencias significativas respecto a la ubicación ni al profesional.

Conclusiones: Aunque la mayoría de usuarios entran después de su hora, el tiempo de demora es inferior a 15 minutos, lo que parece un buen resultado. No obstante, queremos realizar un estudio cualitativo sobre lo que experimentan los usuarios mientras están en la sala de espera.

10/455. ¿CUÁNTOS MITOS NO HAS LEÍDO Y ESCUCHADO ACERCA DE TAL O CUAL DIETA?

N. Mingarro Lago, F. Lajara Latorre, B. Hernández Hernández, I. Matey González y R. Martín Iglesias

ABS. Novalloreda. Badalona.

Objetivos: Identificar el nivel de conocimientos de la población sobre la alimentación. Detectar conceptos erróneos sobre los alimentos, bastante arraigados entre la población, y que sólo contribuyen a desinformar y crear prejuicios innecesarios. Colaborar con la educación de hábitos saludables para prevenir enfermedades crónicas no transmisibles como la obesidad, diabetes, enfermedades cardiovasculares.

Metodología: Estudio descriptivo transversal mediante un cuestionario auto cumplimentado de preguntas cerradas, con una mues-

tra de 124 pacientes seleccionados aleatoriamente, de una ABS urbana de 32.000 habitantes.

Resultados: Se tuvieron en cuenta variables de edad y sexo (edad media: 47,69 años, 64,74% mujeres/32,26% hombres). Algunos datos significativos son por ejemplo que un 61,4% cree que comer fruta de postre engorda, un 52,25% que el aceite crudo tiene menos calorías que el frito y un 49,2% que el pan blanco engorda más que el pan integral.

Conclusiones: Hemos detectado que la alimentación es un tema que preocupa cada vez más a la sociedad, tanto por la estrecha relación que hay entre una buena alimentación y la prevención de enfermedades, como por el creciente culto a la belleza y la delgadez. Este gran interés ha hecho que surjan en torno a la alimentación una serie de creencias erróneas que lo único que consiguen es confundir a las personas que quieren perder peso y mejorar su salud.

10/459. ¿NOS OLVIDAMOS DEL COLESTEROL EN NUESTROS PACIENTES HIPERTENSOS Y/O DIABÉTICOS?

C. Afonso Navarro, A. Rodríguez Pérez, S. Rijo González, M. Alvarado Montesdeoca y C. Ruiznavarro Menéndez

CS La Laguna-Finca España. Tenerife.

Objetivos: Conocer si tenemos a nuestros pacientes hipertensos y/o diabéticos en cifras óptimas de colesterol según criterios de la ATP III.

Metodología: Estudio descriptivo transversal con recogida de datos sobre niveles de lípidos y otros ítems (IMC, perímetro abdominal, tratamientos). Quedando excluidos aquellos con diagnóstico de enfermedad cardiovascular establecida.

Resultados: La muestra quedó formada por 401 pacientes, con una edad media de 61 ± 11,63, (56% eran mujeres), siendo los hipertensos el 59%, los diabéticos el 13%, los hipertensos/diabéticos el 28%. El control óptimo del colesterol total se obtuvo en el 44,6% de los casos, el LDL-colesterol en el 23,9%, el HDL en el 66,5% y los triglicéridos en el 58,1%. Presentan obesidad abdominal el 75,3%. Sólo el 8,9% están en normo peso. En tratamiento con estatinas el 57%, en combinación el 5,73%, sin tratamiento el 36,9%.

Conclusiones: Uno de cada 10 pacientes presenta un control óptimo de lípidos. Dos de cada 10 presentan un control óptimo de LDL-colesterol. Casi 8 de cada 10 tienen obesidad abdominal. Nueve de cada 10 presentan algún grado de obesidad. Estos resultados nos hacen pensar en la necesidad de intensificar los cambios de estilos de vida y tratamiento farmacológico.

10/475. RECLAMACIONES EN ATENCIÓN PRIMARIA: LA REALIDAD QUE ESCONDEN

M. Fleitas Sosa, A. Domínguez Fernández y P. Guada Rodríguez

CS Puerto. Las Palmas de Gran Canaria.

Objetivos: Descubrir la carencia más significativa del servicio a tenor de lo reflejado en las reclamaciones y en consonancia con el Modelo Europeo de Excelencia Empresarial, patrocinado por la EFQM que se basa en el análisis del funcionamiento y basados en hechos objetivos, conseguir la consecución de una visión común sobre las áreas a mejorar, metas a alcanzar y las herramientas a utilizar.

Metodología: Examinar de forma individual todas y cada una de las reclamaciones presentadas en el centro de salud del puerto desde el ejercicio 2006 al 2009 ambos inclusive.

Resultados: El personal que fue objeto de más reclamaciones es el facultativo, tanto dentro del ámbito de la atención ordinaria como los de atención continuada o servicio de urgencias dependientes de la gerencia de atención primaria.

Conclusiones: Que teniendo dicho personal médico de a p. distintos sistemas de trabajo en lo relacionado a como acuden los usuarios a sus consultas es decir, los primeros tienen sus agendas y por lo tanto una organización previa de sus consultas mientras que los segundos, atienden a demandan, las reclamaciones que ambos grupos reciben son totalmente coincidentes en la percepción que tienen los usuarios sobre el deficiente trato personal y humano que reciben. Estamos ante una situación que nos muestra la gran necesidad por parte dichos profesionales, en plantearse como parte de su formación individual el aprender a mejorar sus habilidades de comunicación y sobre todo a manejarse a nivel emocional pues este último aspecto, la mejora de la inteligencia emocional es su carencia más relevante.

10/483. ¿ES CORRECTA LA PRESCRIPCIÓN QUE HACEMOS A NUESTROS PACIENTES MAYORES?

J. Thalamas Atienza, E. Uranga Sáenz del Burgo, J. Busto Sagrado, J. Iruretagoyena Amiano, M. Guridi Garitaonandia y L. Arrue Eizagirre

CS de Lezo-Donibane. Guipúzcoa.

Objetivos: El impacto de la utilización de fármacos en la población geriátrica en los países occidentales es enorme. El enfermo geriátrico padece demasiado a menudo problemas relacionados con medicamentos. Tres de cada cuatro recetas del Sistema Nacional de Salud Español se dispensó mediante la utilización de recetas de pensionista. Se define como medicación inapropiada aquella que se asocia con más riesgo de inducir daño que de producir beneficio. Mediante este estudio queremos valorar la correcta prescripción de medicamentos a nuestros pacientes mayores (> 65 años) utilizando varias herramientas, como son los criterios de Beers (2003) y los criterios de Stopp/Start. Estimar la prevalencia de polimedición (> 3 medicamentos) y valorar así mismo la tasa de filtrado glomerular (MDRD-4).

Metodología: Estudio descriptivo transversal. Análisis de Hª clínica (informatizada OSABIDE) de forma retrospectiva de la prescripción como cartilla de largo tratamiento (CLT) de 244 pacientes mayores prescrita durante el año 2009 (precisión 5%, asumiendo un 20% pacientes con prescripción inadecuada y 5% de pérdidas) de las poblaciones de Lezo y Pasajes de San Juan. Aplicación de las tablas de medicación potencialmente inapropiada de BEERS 2003, STOPP y la tabla de medicación apropiada de START.

Resultados: Tenemos más pacientes con CLT mayores de 65 años mujeres (56,3%) con edad media 75 años de las cuales el 73,8% tienen alguna medicación crónica (CLT) con una media de fármacos crónicos de 3,25 y una tasa de polimedición del 38,5%. Fármacos potencialmente inapropiados según Beers 2003 del 8,4% y según STOPP del 27%. Los medicamentos potencialmente inapropiados mas prescritos son las benzodiazepinas (BDZ), antihistamínicos y antiarrítmicos según criterios Beers y según criterios STOPP antiagregantes sin antecedente de enfermedad cardiovascular, BDZ, neurolépticos. Los fármacos apropiados mas prescritos son del sistema cardiovascular, endocrino y respiratorio. Existen diferencias entre facultativos, centros de salud, polimedición. La tasa de filtrado glomerular es considerada muy buena (media 84,1 ml/min).

Conclusiones: La tasa obtenida de pacientes polimeditados es menor a la otros estudios y con una prescripción potencialmente inadecuada Beers baja comparada con otros estudios (13-24%). Fármacos potencialmente apropiados según START es similar a otros estudios del 53%. Observamos diferencias entre centros de salud y entre profesionales médicos. Debemos tener mucho cuidado a la hora de prescribir medicamentos a los ancianos por su riesgo y sobre todo las BDZ tanto de vida media corta como de vida media larga. En la mayoría de los pacientes la tasa

de filtrado glomerular menor de 30 ml/min tan sólo observamos 1 caso.

10/489. DAÑO RENAL COMO MARCADOR DE RIESGO CARDIOVASCULAR PREVIO EN LOS PACIENTES AFECTOS DE EPISODIO ISQUÉMICO

A. Altés Boronat, S. Rodríguez Martínez, M. Sánchez Serna, M. Martínez Vicente, C. Vila Carbonell y E. Maroto Martínez

Médico de Familia. CS Sants. Barcelona.

Objetivos: Determinar la prevalencia previa de daño renal en los pacientes que presentan un episodio isquémico coronario (EC) o cerebrovascular (ECV).

Metodología: Tipo de estudio: estudio descriptivo transversal retrospectivo. Ámbito: C.S. urbano. Sujetos: pacientes diagnosticados EC o ECV en los años 2008 y 2009. Mediciones: edad, sexo, tipo de evento (coronario o cerebrovascular), antecedente de hipertensión arterial o diabetes, y presencia de daño renal previo al evento isquémico: microalbuminuria (índice albúmina/creatinina > 30 mg/g), proteinuria (índice albúmina/creatinina > 300 mg/g) o insuficiencia renal (disminución del filtrado glomerular por debajo de 60 ml/min/1,73 m²).

Resultados: Se estudiaron los 177 casos. El 58% correspondía a enfermedad coronaria y el 42% a ECV. El 58% eran hombres (69% en EC y 43% en ECV), con una edad media de 72 años (70 en EC y 75 en ECV), el 51% eran mayores de 75 años (47% en EC y 59% en ECV). Tenían el antecedente de hipertensión arterial el 72% de pacientes estudiados, y de diabetes el 30,5%. Se había estudiado la microalbuminuria en el 21% de pacientes. De los pacientes estudiados, el 11% tenía microalbuminuria y el 5,5% tenía proteinuria. Se había estudiado el filtrado glomerular en el 49% de pacientes. De los pacientes con datos sobre el filtrado glomerular, el 35% tenía insuficiencia renal.

Conclusiones: A pesar de la mayoría de pacientes tenía el antecedente de hipertensión arterial o diabetes, la detección de microalbuminuria y de función renal era escasa. Aunque el daño renal parece ser un marcador de riesgo de evento isquémico, la falta de datos no permite estimar la asociación.

10/490. PREVALENCIA DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR PREVIO EN LOS PACIENTES CON UN EVENTO ISQUÉMICO CORONARIO Y CEREbroVASCULAR

A. Altés Boronat, M. Mayorgas Mayorgas, M. Muntión Alfaro, B. Sarasá Solá, M. Soler Durán y E. Maroto Martínez

Médico de Familia. CS Sants. Barcelona.

Objetivos: Determinar la prevalencia previa de los factores de riesgo cardiovascular en los pacientes afectados de enfermedad isquémica coronaria (EC) y cerebrovascular (ECV) en un centro de salud urbano.

Metodología: Tipo de estudio: Estudio descriptivo transversal retrospectivo. Ámbito: C.S. urbano. Sujetos: pacientes diagnosticados EC o ECV en los años 2008 y 2009. Mediciones: edad, sexo, tipo de evento (coronario o cerebrovascular), antecedente familiar de enfermedad cardiovascular precoz (AF), hipertensión arterial (HTA), diabetes, hipercolesterolemia, tabaquismo, obesidad (IMC > 30 kg/m²), perímetro de cintura, ACxFA, lesión de órgano diana (microalbuminuria, hipertrofia ventrículo izquierdo, retinopatía, arteriosclerosis) y existencia de antecedente isquémico previo.

Resultados: Se estudiaron 177 casos diagnosticados. El 58% correspondía a EC y el 42% a ECV. El 58% eran hombres (69% en EC y 43% en ECV), con una edad media de 72 años (70 en EC y 75 en ECV), el 51% eran mayores de 75 años (47% en EC y 59% en ECV). No constaba existencia o no de AF en el 99% de pacientes. Constaba

diagnóstico de HTA en el 71,7% de pacientes (69% en EC y 75% en ECV), de diabetes en el 30% (33% en EC y 27% en ECV), de hipercolesterolemia en el 39% (46% en EC y 27% en ECV), de tabaquismo en el 13,56% (14% en EC y 13% en ECV), de obesidad en el 32,2% (31,4% en EC y 33,34% en ECV), de ACxFA en el 15% (9% en EC y 23% en ECV) de lesión de órgano diana en el 29,4% (34% en EC y 23% en ECV), y tenía antecedente isquémico previo el 22% de pacientes (28% en EC y 13% en ECV). No constaba perímetro de cintura en el 95% de pacientes.

Conclusiones: En los pacientes afectados de EC los factores de riesgo cardiovascular más prevalentes fueron HTA, sexo masculino, edad > 75 años y hipercolesterolemia. En los afectados de ECV fueron: HTA, edad > 75 años, sexo femenino y obesidad. Hay un notable infraregistro del perímetro de cintura y de la existencia de antecedente familiar de enfermedad cardiovascular precoz.

10/493. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LOS PACIENTES AFECTOS DE ENFERMEDAD ISQUÉMICA CORONARIA Y CEREBROVASCULAR EN UN CENTRO DE SALUD URBANO

A. Altés Boronat, C. Casals Beistegui, M. Muntión Alfaro, S. Rodríguez Martínez, M. Minguez Lázaro y M. Martínez Vicente

Médico de Familia. CS Sants. Barcelona.

Objetivos: Definir las características epidemiológicas más relevantes de los pacientes afectados de enfermedad isquémica y cerebrovascular en un centro de salud urbano.

Metodología: Tipo de estudio: estudio descriptivo transversal retrospectivo. Ámbito: C.S. urbano (población asignada: 30.000 pacientes). Sujetos: pacientes con el diagnóstico de enfermedad isquémica coronaria (EC) o cerebrovascular (ECV) introducido en la historia clínica informatizada (HCl) durante los años 2008 y 2009. Mediciones: edad, sexo, tipo de evento (coronario o cerebrovascular), antecedente isquémico previo, riesgo cardiovascular previo según la escala de Framingham, lugar de control anterior el evento (C.S., cardiólogo/neurólogo, mutua, servicio hospitalario).

Resultados: De los 387 pacientes detectados con el diagnóstico en los años 2008 y 2009 de EC o ECV en la HCl se excluyeron 210 pacientes por errores de codificación (diagnóstico erróneo o evento anterior al periodo estudiado) y se estudiaron los 177 casos restantes. El 58% correspondía a enfermedad coronaria y el 42% a ECV. Supuso una incidencia global de 2,95 casos/100.000 habitantes y año (1,7 para enfermedad coronaria y 1,2 para ECV). El 58% eran hombres (69% en EC y 43% en ECV), con una edad media de 72 años (70 en EC y 75 en ECV), el 51% eran mayores de 75 años (47% en EC y 59% en ECV). El riesgo cardiovascular era no calculable en el 75% de casos (56% por ser mayores de 75 años y 19% por falta de datos), de los calculables el 20% tenía un riesgo elevado. El 21,37% de casos tenía el antecedente de EC o ECV previo (30% en EC y 10% en ECV). El 85% seguía controles previos en el C.S., el 19% por cardiólogo/neurólogo, el 13% en sanidad privada y el 7% en servicios hospitalarios.

Conclusiones: Predomina el paciente mayor de 75 años, hombre en EC y mujer en ECV, con frecuente antecedente isquémico previo (sobre todo en EC) o riesgo cardiovascular elevado, visitado fundamentalmente por el C.S., aunque con importante control por otros ámbitos de atención. Se detectan importantes errores de codificación del evento y de registro de los factores de riesgo cardiovascular.

10/500. PREVALENCIA DE LA EPOC EN EL CAP BARCELONETA

E. Esquerri Tuñi, M. Maranges Comella, J. Esteban Roncero, I. Godoy Bugallo, E. Martínez Prats y R. Gómez Cid

CAP Barceloneta. Barcelona.

Objetivos: Se plantea conocer la prevalencia de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), en una área urbana que atien-

de nuestro centro de atención primaria (CAP Barceloneta), a través de las historias clínicas informatizadas. Como objetivo secundario: prevalencia del tabaquismo y adecuación del tratamiento crónico indicado según patología. El centro se encuentra ubicado en la ciudad de Barcelona, y su censo consta de 17.000 hab. Aproximadamente.

Metodología: Obtener todos los registros informatizados que incluyan la EPOC de la historia clínica según sexo y edad. Pacientes que cuentan con espirometría realizada en nuestro centro de atención primaria o en el servicio de Neumología del hospital de referencia (Hospital del Mar) durante el año 2009. Asimismo evaluar población atendida por neumólogo de zona en pacientes afectados de EPOC en el año 2009. Valorar los tratamientos indicados en el mismo año 2009.

Resultados: En proceso.

Conclusiones: En proceso.

10/501. PREVENCIÓN SECUNDARIA EN CARDIOPATÍA ISQUÉMICA Y SU SITUACIÓN DE CONTROL Y REGISTRO COMPARADO CON LA POBLACIÓN CON LAS MISMAS CARACTERÍSTICAS EN EL ABS HACE 3 AÑOS

D. Voss, V. Marta Becerra, M. Calvo Doblado, E. Fabrè Folch, P. Flores Muxi y J. Musoll Segura

ABS Cirera Molins. Mataró. Barcelona.

Objetivos: Determinar el grado de control de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) modificables y el uso de antiagregación/anticoagulación en pacientes diagnosticados con cardiopatía isquémica (C.I.) en nuestro ABS, se compara con un estudio realizado en nuestro ABS en 2006/2007.

Metodología: Estudio descriptivo, transversal de 346 pacientes de ambos sexos con C.I. Ámbito: ABS urbana de 23.900 habitantes. Sujetos: pacientes diagnosticados de C.I. < 81 años. Mediciones: tabaquismo: grado de control y registro en los últimos 3 años. Colesterol: grado de control del LDL: (LDL < 100 mg/dl, 100 > LDL < 130 mg/dl, LDL > 130 mg/dl) registrado en los últimos 18 meses, Tensión Arterial (TA): grado de control (TA < 130/85 (130/80 en DM), 130/85 > TA < 140/90, TA > 140/90) registrado en los últimos 12 meses, grado de control glicémico en DM (HbA1C < 7, 7 > HbA1C < 8, HbA1C > 8) registrado en los últimos 18 meses, estado de Antiagregación/anticoagulación actualmente. Valoración del tratamiento de colesterol y TA.

Resultados: Edad 33-80 años, hombres/mujeres (75%/25%) Tabaquismo: no fumadores 86%; Registro 59%/92%. Colesterol: Control: buen control 39% Registro 2007/2010: 70%/78,0% DM: buen control 39%; Registro 2007/2010: 85%/92% TA: Buen control 45%; Registro 2007/2010: 79%/83% Falta antiagregación/anticoagulación en 9%.

Conclusiones: 1. Mejor registro de los FRCV, mejor control tabaquismo, peor "buen control" DM y igual "buen control" de LDL y TA. 2. Igual porcentaje de antiagregación/anticoagulación. 3. No diferencias en el tratamiento entre los diferentes niveles de control de LDL. 4. Aumento del tratamiento con ≥ 3 fármacos en pacientes con mal control TA. 5. Un mejor registro de los FRCV modificables en primaria no resulta en un mejor control de los pacientes con CI.

10/502. ¿CUÁL ES EL PERFIL DEL PACIENTE A QUIEN SE LE REALIZA LA ESPIROMETRÍA? CARACTERÍSTICAS DE LAS ESPIROMETRÍAS REALIZADAS EN 2009

E. Costa Atienza, D. Juvanteny Ginebra, M. Callis Privat, S. Martí Mas, L. Almendros Plana y A. Simó Llaveró

ABS Manlleu. Barcelona.

Objetivos: Definir las características generales de los pacientes a quien se realiza una espirometría en 2009. Conocer las características específicas de esta prueba.

Metodología: Utilización de los datos del Ecap y análisis estadístico descriptivo de los datos.

Resultados: Número de espirometrías realizadas: 218 (50,4% mujeres. 49,6% hombres). No presentados 74. Un 33,8% de éstos por técnica o preparación incorrecta. Tabaquismo: 65,6% no fumadores. Mujeres 59%. Media de edad 51 años. 21,5% fumadores. Media de edad 44 años. 12,9% ex-fumadores. Hombres 85,7%. Media de edad 64 años. Patrón espirométrico: Normal. (58%). Media de edad 44 años. Obstruictiva. (12%). Media de edad 60 años. Restrictiva. (17%). Media de edad 59 años. Mixta. (13%). Media de edad 67 años. Prueba broncodilatadora (BD): 20,6% negativas, 68% entre 1 y 12% (media 6,3% BD), 11,4% positivas (media 21%).

Conclusiones: 1. Facilitar al paciente por escrito la preparación previa a la espirometría para evitar los casos de mala preparación. 2. Hay diferencias respecto al sexo en los patrones espirométricos. 3. Los pacientes fumadores son más jóvenes que el resto. 4. Más de la mitad de las espirometrías fue interpretada como normal. La media de edad era menor que en el resto de patrones espirométricos.

10/509. PERFIL DE UTILIZACIÓN DE FÁRMACOS CRÓNICOS Y USO FRECUENTE EN LOS PACIENTES INMOVILIZADOS POLIMEDICADOS

M. López Díaz, A. Palacios Colom, A. Benítez Nieblas, C. Montalbán González, P. Abarca Costalago y A. Niang Fernández

CS Barrio Peral. Cartagena.

Objetivos: Conocer el perfil de utilización de medicamentos crónicos y de uso frecuente, por los pacientes inmovilizados polimedificados.

Metodología: Estudio descriptivo y transversal (evaluación inicial, ciclo de mejora de calidad). Sujetos: 120 pacientes inmovilizados-polimedificados (> 5 fármacos), con registro informático-carnet de largo tratamiento (CLT) y registro de otras prescripciones de uso frecuente (botiquín domiciliario). Emplazamiento: zona de salud urbana. Periodo de estudio: septiembre 2009-abril 2010. Análisis estadístico descriptivo y bivalente.

Resultados: Analizamos 1005 medicamentos crónicos (CLT) y 134 de uso frecuente. Número de fármacos/paciente en CLT: de 5-7 (45,4%), 8-10 (33,8%) y > 10 (20,6%); siendo comprimidos (83,8%), sobres (3,3%), colirios (2,3%), insulina (1,7%), solución (1,6%) y cremas (0,9%). Fueron autoadministrados en el 29,7% de casos, mientras que era responsabilidad del cuidador en el resto (estos últimos, tomaban todos los fármacos en mayor número que los que se los autoadministraban) $p < 0,03$. Algunos medicamentos, aunque registrados en CLT, no eran usados por los pacientes (7%), acumulándose en los domicilios (136 medicamentos-14,2%). La coincidencia entre dosis diaria indicada por el paciente y la del CLT ocurría en el 92,2%, siendo menor de lo esperada con las cremas y sobres y mayor si las dosis eran menores ($p < 0,01$). Los medicamentos del botiquín domiciliario, se registraron en la historia clínica (79,7%), coincidiendo la dosis (69,4%); siendo prescritos por su médico y/o especialista (88,8%), por farmacéutico u otros (autoconsumo) en el 7,5% de casos. Frecuencia diaria (45,5%), mensual (24,8%), semanal (12,4%) y ocasional (17,4%).

Conclusiones: Debemos mejorar los registros de medicación crónica y medir el cumplimiento de los medicamentos para su buen uso en el paciente inmovilizado.

10/527. EVALUACIÓN DE UN CURSO DE PATOLOGÍA TROPICAL Y DEL VIAJERO PARA PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA

M. Linares Rufo, I. Hernández Beltrán y J. Sanz Navarro

CS Pavones. Madrid. Fundación io.

Objetivos: Ofrecer una formación complementaria y amplia a los profesionales de atención primaria a través de un curso de patolo-

gía tropical y del viajero. Conocer la valoración y el nivel de conocimientos adquiridos por parte de los alumnos.

Metodología: Curso presencial teórico-práctico de 25 horas de duración, acreditado con 5,6 créditos por la Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud. Programa teórico: Geografía médica, inmigración, atención primaria y patología tropical, consulta del viajero, el papel de la enfermería, patología pediátrica tropical, laboratorio de medicina tropical, Infecciones de transmisión sexual, micosis tropicales, catástrofes y salud pública, VIH, tuberculosis, cooperación internacional, malaria y filariasis, dermatología tropical. Talleres prácticos: vacunación en el viajero, técnicas de diagnóstico microbiológico, dermatología tropical (se trabajan casos clínicos reales, se resuelven dudas de la parte teórica, se observan al microscopio preparaciones y se explica de manera práctica la correcta toma de muestras). Al principio y al final del curso se hace una evaluación mediante cuestionario tipo test individual (40 preguntas) relativas a la materia tratada. Para obtener el diploma se ha de obtener el 70% de las preguntas y asistir al 90% de las clases.

Resultados: En esta primera edición, se matricularon 60 alumnos, de los cuales obtuvieron el título de diploma 58 (96,6%). La media de las evaluaciones del pretest y postest refleja una mejora en la puntuación de 6,1 (pretest) al 9,1 (postest). Referente a la valoración del curso, respondieron a la encuesta 55 (91,6%). Todas las ponencias fueron evaluadas positivamente, obteniendo 4 ponencias la calificación de notable y los restantes la de excelente. El 98% de los alumnos consideraron útil y recomendable el curso.

Conclusiones: Existe una demanda importante por parte de los profesionales de atención primaria en la formación en Medicina Tropical y del viajero. La metodología teórico-práctica combina la posibilidad de poder resolver las dudas o problemas planteados en las clases teóricas. Además facilita el contacto directo con los ponentes de cada clase. La acogida de este curso ha sido muy favorable por los profesionales de atención primaria según se desprende de las encuestas de evaluación al final del curso. Los evaluaciones de conocimientos realizada mediante comparación del pretest y postest reflejan el aprovechamiento del mismo.

10/532. GRADO DE CONTROL DE LA HIPERCOLESTEROLEMIA PREVIO EN LOS PACIENTES CON UN EVENTO ISQUÉMICO CORONARIO Y CEREBROVASCULAR

A. Altés Boronat, C. Casals Beistegui, E. Manzano Prado, M. Mayorgas Mayorgas, M. Minguez Lázaro y M. Muntión Alfaro

CS Sants. Barcelona.

Objetivos: Determinar el grado de diagnóstico, control y tratamiento de la hipercolesterolemia previo en los pacientes que sufren un episodio de enfermedad isquémica y cerebrovascular, tanto en prevención primaria como secundaria.

Metodología: Tipo de estudio: Estudio descriptivo transversal retrospectivo. Ámbito: C.S. urbano. Sujetos: pacientes diagnosticados de episodio isquémico coronario (EC) o cerebrovascular (ECV) durante los años 2008 y 2009. Mediciones: edad, sexo, tipo de evento (coronario o cerebrovascular), diagnóstico de hipercolesterolemia previo al evento, riesgo cardiovascular previo al evento según la escala de Framingham, último control analítico de colesterol total (CT), HDL y LDL, tratamiento farmacológico de la dislipemia y existencia de antecedente isquémico anterior.

Resultados: Se estudiaron 177 casos. El 58% correspondía a enfermedad coronaria y el 42% a ECV. El 58% eran hombres (69% en EC y 43% en ECV), con una edad media de 72 años (70 en EC y 75 en ECV), el 51% eran mayores de 75 años (47% en EC y 59% en ECV). El riesgo cardiovascular era no calculable en el 75% de casos (56% por ser mayores de 75 años y 19% por falta de datos), de los calcu-

lables el 20% tenía un riesgo elevado. Tenía el diagnóstico de hipercolesterolemia previo el 39% de pacientes: el 84% de estos tenía registro analítico de CT (que era > 240 mg/dl en el 35% de casos), el 71% de HDL (el 35% con niveles < 40 mg/dl) y el 74% de LDL (el 49% > 130 mg/dl siendo el 30% de casos > 160 mg/dl) y el 65% de pacientes tomaba un fármaco para su control (55% estatina, 8% fibrato y 2% ezetimiba). No tenía el diagnóstico el 61% de pacientes: el 72% de estos tenía registro analítico de CT (que era > 240 mg/dl en el 10% de casos), el 58% de HDL (el 24% con niveles < 40 mg/dl) y el 57% de LDL (el 60% > 130 mg/dl siendo el 15% de casos > 160 mg/dl) y el 18% de pacientes tomaba un fármaco para su control (15% estatina y 2% ezetimiba). El 21,37% de casos tenía el antecedente de EC o ECV previo, de estos el 51% tenía el diagnóstico previo de dislipemia, el 75% tenía registro de LDL (siendo > 100 mg/dl en el 79% de casos) y el 54% tomaba estatina.

Conclusiones: A pesar de tratarse de pacientes de alto o muy alto riesgo, se detecta un notable infradiagnóstico, déficit de control y infratratamiento de la hipercolesterolemia, siendo especialmente importante en la prevención secundaria. Podría deberse a inercia terapéutica por ser en su mayoría una población de edad avanzada.

10/533. GRADO DE CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL PREVIO EN LOS PACIENTES CON UN EVENTO ISQUÉMICO CORONARIO Y CEREBROVASCULAR

A. Altés Boronat, M. Calvo Rosa, V. Rodríguez Aguilera, M. Sánchez Serna, B. Sarasá Solá y M. Soler Duran

CS Sants. Barcelona.

Objetivos: Determinar el grado de diagnóstico, control y tratamiento de la hipertensión arterial previo en los pacientes que sufren un episodio de enfermedad isquémica y cerebrovascular, tanto en prevención primaria como secundaria.

Metodología: Tipo de estudio: estudio descriptivo transversal retrospectivo. Ámbito: C.S. urbano. Sujetos: pacientes diagnosticados de episodio isquémico coronario (EC) o cerebrovascular (ECV) durante los años 2008 y 2009. Mediciones: edad, sexo, tipo de evento (coronario o cerebrovascular), diagnóstico de hipertensión previo al evento, riesgo cardiovascular previo al evento según la escala de Framingham, último control de tensión sistólica (TAs) y diastólica (TAd), tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial y existencia de antecedente isquémico anterior.

Resultados: Se estudiaron 177 casos. El 58% correspondía a enfermedad coronaria y el 42% a ECV. El 58% eran hombres (69% en EC y 43% en ECV), con una edad media de 72 años (70 en EC y 75 en ECV), el 51% eran mayores de 75 años (47% en EC y 59% en ECV). El riesgo cardiovascular era no calculable en el 75% de casos (56% por ser mayores de 75 años y 19% por falta de datos), de los calculables el 20% tenía un riesgo elevado. Tenía el diagnóstico de hipertensión arterial previo el 72% de pacientes: de estos el 87% tenía registro tensional (el 37% de los pacientes con registro tenía TAs > 140 mmHg y el 19% tenía TAd > 90 mmHg) y el 81% tomaba tratamiento farmacológico (el 27% con 1 fármaco antihipertensivo, el 34,6 con dos, el 15% con tres y el 4,7% con cuatro). No tenía el diagnóstico el 28% de pacientes: el 62% de estos tenía registro tensional (siendo TAs > 140 mmHg en el 18% de pacientes con registro y TAd > 90 mmHg en el 4%) y el 24% de pacientes tomaba algún fármaco para su control (14% con un fármaco y 10% con dos). El 21,37% de casos tenía el antecedente de EC o ECV previo, de estos el 70% tenía el diagnóstico previo de hipertensión, el 86,5% tenía registro tensional (el 59% con TAs > 130 mmHg y el 41% con TAd > 80 mmHg) y el 86,5% tomaba antihipertensivos (19% con un fármaco, el 46% con dos, el 13,5% con tres y el 8% con cuatro).

Conclusiones: Elevada prevalencia de hipertensión arterial previa a un evento isquémico. A pesar de tratarse de pacientes de alto

o muy alto riesgo, se detecta un notable infradiagnóstico, déficit de control y infratratamiento de la hipertensión arterial, siendo especialmente importante en la prevención secundaria. Podría deberse a inercia terapéutica por ser en su mayoría una población de edad avanzada.

10/536. SOBRECARGA PERCIBIDA POR CUIDADORES DE PERSONAS ACOGIDAS A LA LEY DE DEPENDENCIA

M. Ruiz Peña^a, D. Ocaña Rodríguez^b, S. González Amaya^b, J. Sánchez Guerrero^a, M. Fernández Crespo^b y R. Álvarez Miralles^a

^aCS Los Barrios; ^bCS Algeciras-Norte.

Objetivos: Evaluar el nivel de sobrecarga del cuidador. Determinar el apoyo social percibido por los cuidadores. Valorar las variables sociodemográficas asociadas.

Metodología: Estudio descriptivo y transversal realizado en el ámbito de Atención Primaria de Salud. Se realizó mediante cuestionario heteroadministrado que contenía las escalas de sobrecarga del cuidador de Zarit, la escala de apoyo social de Duke y variables sociodemográficas. La cumplimentación se realizó en el domicilio del cuidador.

Resultados: Detectamos la presencia de sobrecarga en el 57,1% (IC95% 43,2-70,9%) de los cuidadores. El 36,4% (IC95% 23,8-50,4%) percibía un apoyo social bajo. Los cuidadores afectados de sobrecarga y escaso apoyo social responden a varones sin pareja, universitarios, sin experiencia previa, que no perciben dinero por su labor y que no comparte el cuidado con nadie.

Conclusiones: En nuestra población de estudio, hemos visto un escaso apoyo social percibido por el cuidador y una gran sobrecarga, lo que los convierte en personas a los que los médicos de familia debían prestar una especial atención. Sería conveniente la continuación de este estudio con otros de tipo analítico.

10/538. DETECCIÓN DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA (ERC) MEDIANTE EL CÁLCULO DEL FILTRADO GLOMERULAR (FG)

C. González Martín^a, S. Peters^a, S. Fariña Pacheco, F. Cejas-Fuentes Padrón^a y C. Hernández Hernández^a

^aCS Orotava San Antonio. Santa Cruz de Tenerife; ^bCS Icod de los Vinos. Santa Cruz de Tenerife.

Objetivos: La ERC representa un factor de riesgo vascular independiente y aditivo. Además, un número importante de pacientes con ERC está sin diagnosticar, porque no se realizan controles o porque tienen una ERC oculta (enfermedad renal con creatininas normales). Nuestro objetivo fue detectar la ERC en diabéticos tipo 2.

Metodología: La ERC se define como la disminución de la función renal, con FG < 60 ml/min/1,73 m², durante tres meses mínimo, con o sin daño renal. Calculamos el FG a los diabéticos controlados habitualmente en dos Consultorios Periféricos y que no tenían ERC conocida. Para calcular el FG utilizamos la fórmula MDRD-4, que pondera las variables: edad, género, raza y creatinina sérica.

Resultados: El total de pacientes fue 345, 51% mujeres, 49% hombres y media de edad 64 años. El tiempo medio de evolución de la diabetes fue 7 años. El 60% estaban tratados con antidiabéticos orales (ADOs), el 23% con insulina (sola o en combinación) y el 17% sólo con dieta. El 7% de los diabéticos tenía un FG < 60 ml/min. El 36% tenía un FG entre 60-90 ml/min. Y el 57% de los pacientes tenía un FG > 90 ml/min. De los tratados con insulina el 13% tenían FG < 60 ml/min, los tratados con ADOs el 5% y los que tenían sólo dieta el 7%.

Conclusiones: El cálculo del FG es una herramienta de fácil acceso para una primera aproximación al diagnóstico de ERC. No obstante, sería necesario realizar otras determinaciones (cocien-

te albúmina/creatinina, proteinuria 24 h, sedimento) para poder situarlos en un estadio concreto de ERC para su manejo posterior.

10/539. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS INCLUIDOS EN EL PROCESO ASISTENCIAL DE CUIDADOS PALIATIVOS DE UN CENTRO SALUD URBANO

M. Lara Farfante^a, M. Lasanta Barrero^a, J. Ramírez Castillo^b, E. Rodríguez Rodríguez^c, C. Mampell Díaz^a y M. Lechuga Muñoz^c

^aCS San Benito. Jerez de la Frontera. Cádiz; ^bCS Posito. Arcos de la Frontera. Cádiz. ^cCS Centro. Jerez de la Frontera. Cádiz.

Objetivos: Conocer las características de los pacientes incluidos en el Proceso Asistencial Integrado (PAI) de cuidados paliativos de una Unidad de Gestión Clínica (UGC) situada en una Zona de Transformación Social en el ámbito urbano de Jerez de la Frontera.

Metodología: Tipo estudio: descriptivo transversal. Ámbito: UGC urbano en zona de transformación social que atiende a 35.935 habitantes. Periodo estudio: enero 2006 a abril del 2010. Variables de estudio: sexo, edad, diagnóstico principal (CIE-9MC), tiempo incluido en PAI de cuidados paliativos, uso de morfínicos, número de fármacos activos y cobertura del PAI. Fuente información: Historia de Salud Digital (DIRAYA).

Resultados: El número de pacientes incluidos en el PAI Cuidados Paliativos han sido 47, de los cuales 59,5% son hombres (28) y el 41,4% mujeres (19), lo que supone un 0,13 de la población diana. La media de edad es de 68,7 años, 71,3 para las mujeres y de 66,8 para los hombres. El tiempo de inclusión medio en el PAI es de 18,9 meses, siendo este periodo más largo en los hombres (22,1) que en las mujeres (14,47). Los diagnósticos oncológicos principales se distribuyen en la tabla. El uso de opiáceos se han indicado en el 38,2% de los pacientes (18), con un predominio del 64,7% (11) en la formulación transdérmica. El número medio de fármacos activos, para patología asociada concomitante por pacientes, es de 7,56 sin diferencias entre sexos.

Conclusiones: El PAI de Cuidados Paliativos de la UGC San Benito presenta una cobertura próxima a la establecida como estándar, 0,15 de la población general, a pesar de no haber incluido en el estudio los pacientes del PAI sin diagnóstico oncológico. Presentamos un predominio del usuario varón, edad media de 67 años, 4 años menor al de la mujer. Presentan una prevalencia por diagnósticos acorde con los datos publicados en la población general española: cáncer colorrectal, independiente del sexo, cáncer de mama en mujeres y cáncer de pulmón en varones. Periodo de seguimiento y cuidados superior a los 18 meses. Hemos indicado el tratamiento opiáceo a un tercio de nuestros pacientes mostrando preferencia por formulaciones transdérmicas. El tratamiento coadyuvante y las patologías asociadas exigen el uso de 7 fármacos de media.

10/548. DÉFICIT DE VITAMINA B12 SECUNDARIO A LA TOMA DE METFORMINA

M. Esquivias Campos, J. Ayllón Ayllón, J. Fernández Sáez, A. Sastre Fernández, F. Iníguez de Onzoño y M. Villaseñor López

ZBS Casas de Juan Núñez. Albacete.

Objetivos: Determinar la prevalencia de déficit de vitamina B12 (VB12) en pacientes diabéticos tipo 2 tratados con metformina en un centro de salud rural de la provincia de Albacete.

Metodología: Estudio observacional, transversal. Se incluyeron pacientes diabéticos tipo 2 tratados con metformina durante 5 o más años que aceptaron participar en el estudio y que no tuvieran antecedentes médicos quirúrgicos relacionados con déficit de VB12. Mediciones principales: sexo, edad, causas clínicas y/o quirúrgicas de déficit de VB12, síntomas asociados (deterioro cognitivo, depresión, alteración en la sensibilidad vibratoria en miembros inferiores), niveles séricos de VB12, hematimetría.

Resultados: De un total de 518 de pacientes diabéticos tipo 2, 208 (40,2%) estaban en tratamiento con metformina, de los cuales 23 (4,4%) la tomaban desde hace 5 o más años (media 5,8 años), sólo presentaron déficit de VB12 3 de estos pacientes. Ninguno de ellos presentó sintomatología asociada. No hubo relación estadística con alteraciones en el hemograma, ácido fólico, hemoglobina glucosilada.

Conclusiones: Según la literatura la prevalencia de déficit de VB12 en pacientes que toman metformina de forma continua oscila entre el 10 y 30% y suele aparecer entre los 3 y 6 años de tratamiento. Nosotros encontramos una prevalencia de 11,06%. El hecho de no encontrar relación del déficit con la sintomatología puede estar influenciado por el corto tiempo de exposición al fármaco. Aunque no hay consenso con respecto a la monitorización de VB12 en estos pacientes, sería bueno realizar estudios con más tiempo de exposición.

10/551. VALORACIÓN DE LOS PROCESOS NEOPLÁSICOS EN UNA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

A. Pérez Llerandi^a, M. Rodríguez Porres^b, T. Saiz Careaga^b y E. Montalvilla Delgado^c

^aCS Zurbarán. Bilbao. Vizcaya; ^bCS Liébana. Potes. Cantabria; ^cCS Dr. López Albo. Colindres. Cantabria.

Objetivos: Analizar las características de las enfermedades tumorales en la consulta de Atención Primaria de un Centro de Salud Rural.

Metodología: Estudio descriptivo transversal. Ámbito: consulta de una zona básica de salud rural, con 900 pacientes y gran dispersión poblacional. Estudiamos la población total con una neoplasia que acude a su médico de familia durante 4 años, de marzo 2006 a marzo de 2010. Los datos se extraen del programa OMI-AP. Varia-

Tabla

Diagnóstico principal	CIE-9MC	Nº mujeres	Nº hombres	Nº total
Cáncer colorrectal	153, 154	4	6	10
Mama femenino	174	7	0	7
Pulmón	162	0	7	7
Tracto digestivo alto	150, 151	0	5	5
Tracto urinario	185, 188, 189	3	2	5
Neoplasia hematopoyética	200-208	1	3	4
Genital femenino	182,183	2	0	2
Otros	140, 145, 158, 161, 192	2	5	7
Total		19	28	47

bles: asistenciales, la edad expresada en años se estratifica, tipificamos las neoplasias según su localización de origen. Criterios de exclusión: registro incompleto de alguno de los datos del estudio. Análisis con el programa SPSS.

Resultados: Durante este periodo de tiempo se objetivaron 24 casos de procesos neoplásicos malignos. Sexo: 7 mujeres: 29,16%; 17 varones: 70,83%. Grupos de edad: (< 35): 0; (36-50): 3; (51-65): 4; (66-80): 15; (> 80): 2. Patologías: Respiratorio: Laringe: 2 (8,33%); Pulmón: 1 (4,16%); Digestivo: Gástrico: 2 (8,33%); Páncreas: 2 (8,33%); Colon: 1 (4,16%); Neurológico: Cerebro: 3 (12,5%); Urológico: Vejiga: 3 (12,5%); Próstata: 4 (16,64%); Dermatológica: 3 (12,5%); Mama: 2 (8,33%); Tiroides: 1 (4,16%); por sexos: Mujeres: Páncreas: 1; Cerebro: 1; Dermatológica: 2; Mama: 2; Tiroides: 1; Varones: Laringe: 2; Pulmón: 1; Estómago: 2; Páncreas: 1; Colon: 1; Cerebro: 2; Vejiga: 3; Próstata: 4; Dermatológica: 1. No hubo ninguna exclusión.

Conclusiones: En nuestro medio, las enfermedades tumorales afectan más frecuentemente a los varones, mayoritariamente entre 66 y 80 años. Los tumores más frecuentemente hallados en los varones fueron de próstata, seguidos por los de vejiga; mientras que en el caso de las mujeres los tumores más frecuentes fueron los de mama y los de piel.

10/552. SEGURIDAD Y EFICACIA DE UN SERVICIO TELEFÓNICO DE ATENCIÓN SANITARIA DURANTE LA PANDEMIA DE GRIPE A (H1N1V)

T. Clanchet Aisa^a, X. Pañart Sánchez^b, M. Olmo González^c, S. Cárceles Jurado^c y J. Calpe Mayayo^b

^aCAP Terrassa Sur. Terrassa. Barcelona; ^bCAP Terrassa Oeste. Terrassa. Barcelona; ^cCAP Rambla. Terrassa. Barcelona.

Objetivos: Demostrar que la atención sanitaria a pacientes con sintomatología gripal, basada en un protocolo de actuación telefónico, es efectiva, segura y satisfactoria.

Metodología: Estudio cuantitativo y cualitativo, descriptivo, retrospectivo en una población urbana de aproximadamente 245.000 usuarios, (noviembre'2009-enero'2010), mediante un Protocolo de Asistencia Telefónica, con registro de actividad y encuesta de satisfacción al paciente y al profesional.

Resultados: Se analizaron 1.533 llamadas, 628 (41%) hombres y 905 (59%) mujeres, con una edad media de 35 años, (mínimo de 1 año y máximo de 88); 719 (47%) fueron resueltas por el Administrativo, con la correspondiente información al paciente. De las 814 (53%) restantes, 590 (39%) fueron atendidas por enfermería, y 224 (14%) fue necesaria la intervención del facultativo. De este 53%, se efectuó un seguimiento clínico de la totalidad de los casos, sin que se objetivaran discordancias clínicas importantes tras la actuación telefónica. La satisfacción del paciente que utilizó el servicio puntuó globalmente con un 9,1/10, recomendando el servicio un 94,4%; la satisfacción del profesional fue de un 9,7/10, siendo la recomendación del 100%.

Conclusiones: Este servicio nos ha permitido actuar de manera eficaz, proactiva, accesible y segura, confirmándose como una buena estrategia de abordaje. Demuestra ser, con protocolos establecidos, una forma segura de actuar, con un alto grado de concordancia diagnóstica. Así mismo, la satisfacción del paciente y del profesional ha sido muy elevada.

10/554. ÍNDICE TOBILLO/BRAZO COMO INDICADOR DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN EL PACIENTE HIPERTENSO Y DIABÉTICO

L. Lorenzana Cárdenas y J. Elvira Martín

CS de Navarredonda de Gredos. Ávila.

Objetivos: En el campo preventivo, El ITB es un indicador de riesgo de enfermedad vascular periférica y arteriosclerosis. Tras un

estricto control de la TA se realiza de forma sistemática una antiagregación plaquetaria y comprobando la minoración de las complicaciones vasculares de los pacientes hipertensos-diabéticos.

Metodología: Estudio descriptivo transversal de casos y controles mediante: a) IT/B a pacientes hipertensos-diabéticos de la ZBS. b) Parámetros analíticos a todos los pacientes: HbA1, TA, LDL, HDL, TG y p. abdominal. c) Hallar el Rcv mediante la tabla SCORE.

Resultados: Sobre una población diana de 248 se han captado 67 pacientes, habiendo conseguido los resultados siguientes: - 55 dentro de la normalidad; - 2 pacientes con arteria no elástica; - 9 pacientes con EAP moderada; - 1 paciente con EAP grave.

Conclusiones: Estos resultados se han obtenido al año de la puesta en marcha del proyecto, lo que ha mejorado la atención del paciente hipertenso-diabético. La antiagregación plaquetaria del paciente que no la tenía ha supuesto una no progresión y un aumento de las complicaciones micro y macrovasculares. En 12 pacientes se ha descubierto una de EAP asintomática, lo que supone casi 1 de cada 5 personas de la población diana. Se ha comprobado que con sólo el seguimiento de los pacientes supone una disminución de la HbA1 y un buen control de la TA.

10/555. GRUPO DE ACOGIDA (GA). CINCO AÑOS DE UNA NUEVA DIMENSIÓN EN LA TERAPIA DE LA SALUD MENTAL

J. Comín Junquera^a, M. Cardona Egea^a, I. Ramentol Massana^a, M. Giné Badía^a, M. Guzmán Bonilla^a y S. Lallana Montero^b

^aEAP Badalona 7 La Salut; ^bCentro Salud Mental II. Badalona.

Objetivos: Facilitar la atención al paciente con malestar psíquico a través de un grupo abierto de terapia, proporcionando un espacio para hablar, pensar y escuchar, valorando la utilidad terapéutica mediante la adherencia a éste. Evaluar la mejoría subjetiva del malestar psíquico y la morbilidad, detectando los problemas mentales graves y disminuir las listas de espera ofreciendo una visión distinta de la salud mental.

Metodología: Estudio observacional durante cinco años. EL GA está dirigido una población de 27.190 personas mayores de 18 años (máximo 15 personas). Los pacientes son derivados por el médico de familia (MF). La conducción de las sesiones la realizan una psicóloga y un MF, son quincenales y no tienen límite en el número de días de asistencia. La única norma es la confidencialidad.

Resultados: El número de asistentes es 440 (88/año), con una media de 11-14 pacientes por sesión (80% mujeres). La edad media es de 45 años. El 23% tienen historia clínica en el centro de salud mental. Problemas más habituales: personales (soledad, incomunicación, miedo a la muerte, maltrato infantil), familiares (relaciones conyugales, síndrome del nido vacío, separaciones, violencia de género), laborales (prejudicación, mobbing, paro, adicción al trabajo) e interculturales (racismo, choque cultural).

Conclusiones: Un alto número de los participantes manifestaron mejoría sintomática y adherencia al grupo (71%), valorando como experiencia positiva la libertad para hablar, ser comprendidos y sentirse como uno mismo. La eficacia del grupo es equiparable a las sesiones individuales, aumentando la adhesión al tratamiento farmacológico y a las visitas con el especialista y/o grupos de psicoterapia.

10/556. ANÁLISIS DE LAS PRUEBAS RADIOLÓGICAS REALIZADAS EN UN CENTRO DE SALUD

T. Saiz Careaga^a, E. Montalvillo Delgado^b, A. Pérez Llerandi^c y M. Rodríguez Porres^a

^aCS de Liébana. Potes. Cantabria; ^bCS Dr. López Albo. Colindres. Cantabria; ^cCS Zurbarán. Bilbao. Vizcaya.

Objetivos: Analizar las peticiones radiológicas realizadas desde un Centro de Salud (C.S.) al servicio de radiología del hospital de

referencia. Las radiografías se realizan en el C.S. dos días a la semana, se envían mediante telerradiografía al servicio de radiología donde son informadas. Dicho informe llega al C.S. en 15 días si la solicitud se realizó con carácter normal, en 7 días si fue preferente y en la misma mañana (fax) en caso urgente.

Metodología: Estudio transversal descriptivo. Población de estudio: radiografías simples (Rx) y ecografías realizadas en el C.S. durante 4 meses (septiembre-diciembre de 2009). Variables: sexo, edad, tipo de prueba: Rx-ecografía, petición normal-preferente-urgente. Criterio de inclusión: Peticiones realizadas desde la consulta o servicio de urgencias de atención primaria. Criterio de exclusión: mamografías, por no realizarse en el C.S. Recogida de datos del programa OMI-AP (6.9). Análisis estadístico con SPSS.

Resultados: N = 413. Mujeres 51,08%, hombres 44,69%. Edad: [0-16]: 4,11%; [17-29]: 9,44%; [30-49]: 17,67%; [50-64]: 19,61%; [65-79]: 32,92%; > 80: 15,02%. Pruebas más solicitadas: Rx de extremidades inferiores 33,65% (38,13% de tobillo, 33,09% de rodilla); Rx de columna vertebral 19,85% (65,85% proyecciones de columna lumbar); Rx de extremidades superiores 19,37% (53,75% de mano, 38,75% de hombro); Rx de tórax 16,22%; Rx de cráneo/senos 4,11%. Las ecografías músculo-esqueléticas sólo supusieron el 0,96%. Tipo de solicitud: normal 71,67%, preferente 16,46%, urgente 10,89%.

Conclusiones: El perfil del usuario corresponde a una mujer entre 65 y 79 años, que acude a la consulta de Atención Primaria desde donde se realiza una petición de radiografía simple con carácter normal de tobillo o rodilla.

10/559. EJERCICIO CON CONTINUIDAD COMO FUENTE DE SALUD

C. Ramírez Álamo, N. Hernández Betancort, G. Hernando Suárez, J. Mederos Montesdeoca, R. Peñate Socorro y O. Segura Álamo

CS Cono Sur. Las Palmas de Gran Canaria.

Objetivos: Conocer los beneficios que la práctica del ejercicio les ha aportado a nivel físico y psíquico. Enseñar los límites físicos de cada persona, aumentando la capacidad de esfuerzo así como ayudar a detectar síntomas y señales que aparecen con el ejercicio.

Metodología: Conocer los beneficios que la práctica del ejercicio les ha aportado a nivel físico y psíquico. Enseñar los límites físicos de cada persona, aumentando la capacidad de esfuerzo así como ayudar a detectar síntomas y señales que aparecen con el ejercicio.

Resultados: Tras haber aplicado el programa de ejercicio físico se observa que la práctica del ejercicio continuado ayuda a combatir la ansiedad, la depresión y el estrés mental. Logrando además una pérdida de peso cuando este es necesario y contribuyendo a la mayor independencia de las personas mayores.

Conclusiones: Es necesario conocer los límites de cada persona, en todo momento. El ejercicio físico puede ayudar a mejorar la situación física y psíquica. Fomentar una manera sencilla para compartir actividades con amigos, familiares y profesionales sanitarios contribuyendo a mejorar aspectos sociales.

10/566. LA EDUCACIÓN GRUPAL COMO HERRAMIENTA DE TRABAJO

C. Betancort Mastrangelo, M. Sosa Suárez, A. Barreno Esteve, R. Guerra Páez, F. González Pérez y N. Santana Quintana

CS Cono Sur. Las Palmas.

Objetivos: Dotar a los pacientes de la Zona Básica de Salud (ZBS) de conocimientos que los habiliten para adoptar un cambio de hábitos saludables, fomentando su autonomía y responsabilidad sobre su estado de salud.

Metodología: Creación del programa de educación grupal. Implementación del programa. Estudio analítico longitudinal del pe-

riodo 2007-2010 en el ámbito de la ZBS, siendo el objeto de estudio los 700 pacientes que han acudido a los talleres. Entrevistas de satisfacción y test de conocimientos pre y post talleres. Datos de parámetros en historias clínicas.

Resultados: Tras una valoración cuantitativa se han obtenido datos del número de pacientes que acuden a los talleres de educación grupal clasificados por temas. Tras una valoración cualitativa se ha obtenido el nivel de satisfacción de los pacientes, el nivel de conocimientos y el cambio de parámetros en Historia Clínica.

Conclusiones: La educación grupal como herramienta complementaria al resto de las intervenciones del equipo de Atención Primaria ha proporcionado resultados muy satisfactorios tanto en los pacientes como en los profesionales, dando al paciente mayor autonomía, implicación, responsabilidad y libertad en la toma de decisiones hacia la salud. Se debe insistir en la captación activa de pacientes que se pueden beneficiar de esta forma de trabajo. Los sanitarios debemos seguir formándonos en conocimientos científicos, en técnicas de comunicación eficaz y en trabajo con grupos en el ámbito de la salud.

10/567. DIABÉTICOS POLIMEDICADOS. OPORTUNIDAD DE MEJORA

R. Aguilar Hernández^a, J. Liberman^a, M. Aparicio Egea^a, M. Hidalgo Escribano^a, F. Martínez Nieto^a y J. García Román^b

^aCS Pozoestrecho. Cartagena; ^bCS Molinos Marfagones. Cartagena.

Objetivos: 1. Conocer características poblacionales, factores riesgo cardiovascular (FRCV) y grado control de diabéticos polimedificados (DP). 2. Conocer uso y posibilidades de uso de fármacos con más de un principio activo (FMPA) en DP.

Metodología: Estudio descriptivo. Recogimos datos demográficos, FRCV y del grado control y seguimiento de 140 DP (5 o más medicamentos) elegidos por muestreo aleatorio simple entre DP (254 -31,6% del total diabéticos) de nuestro centro de salud. Medidas descriptivas variables demográficas, t de Student y Anova para variables cuantitativas y χ^2 variables cualitativas.

Resultados: Mujeres 43,8% Edad media 70,53 \pm 11,1. Fumadores 21%; HTA 87,6%; Dislipemia 72,3%; Obesidad 62,8%; Cardiopatía isquémica 21,9%; Insuficiencia renal (IR) 20,4%. Fármacos diarios 8,74 \pm 3. Pastillas diarias 11 \pm 4,3. Antidiabéticos diarios 2,44 \pm 1,7 Uso de FMPA: 41,6%, de ellos 64,9% asociaciones de antihipertensivos (AAH), 22,8% asociaciones de antidiabéticos (AADO). Posibilidad de asociación de FMPA: 26,3%, de ellos el 47,1% posibles AAH, y 27,6% AADO. Glucemia basal: 140 \pm 48,9, HbA1c: 7,19 \pm 2,45, TAS 134,9 \pm 15,9, TAD 74,3 \pm 9,1, glucemia basal < 140: 52,6%, HbA1c < 7: 36,5%, antiagregados: 65,7%, TA menor igual 130/80: 50,4%, LDL < 100: 40,9%. Mujeres DP toman más fármacos que hombres* (*p < 0,05). Cardiopatas y pacientes con IR toman más fármacos* y tienen mejor control de TAS y TAD *. Cardiopatas tienen peor control HbA1c*.

Conclusiones: El DP tiene 70 años, toma 11 pastillas diarias, asocia otros FRCV y el control de glucemia y FRCV es insuficiente. Existe una oportunidad de mejora en el uso de FMPA en DP.

10/569. MEJORA EN EL REGISTRO Y EL CONTROL DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN HIPERTENSOS

R. Aguilar Hernández^a, M. Hidalgo Escribano^a, M. Sánchez de las Matas Garre^b, M. Aparicio Egea^a, J. Liberman^a y A. Muñoz Ureña^c

^aCS Pozoestrecho. Cartagena; ^bHospital del Rossell. Cartagena; ^cUnidad Docente. Cartagena.

Objetivos: 1. Determinar grado de control, seguimiento y cumplimiento los datos que aconsejan las guías de buena práctica clínica (GPC) en hipertensos. 2. Mejorar cumplimiento de pruebas recomendadas por las GPC y control de nuestros hipertensos.

Metodología: Estudio intervencionista antes-después sobre hipertensos de un centro de salud. Recogimos datos demográficos, de seguimiento que indican las GPC y del grado de control en los FRCV de 125 hipertensos, muestreo aleatorio simple (MAS). Intervención durante 11 meses sobre personal sanitario asistencial, 2 charlas y recordatorios quincenales vía intranet remarcando la importancia del registro y objetivos de control para FRCV en hipertensos. Nueva recogida de datos a 125 hipertensos (MAS). Comparación estadística de los datos utilizando la t-Student (variables cuantitativas) y chi-cuadrado (variables cualitativas).

Resultados: Muestras comparables en distribución por sexos, edad, IMC, FRCV asociados. Mejora registro último año de creatinina (41,1% antes-58,9% después $p < 0,001^{***}$), glucemia (41,4%-58,6%***), colesterol (80,8%-95,3%***), HDL-colesterol (41%-59%***), LDL-colesterol (40,9%-59,1%***), triglicéridos (41,7%-58,3%***), potasio (39%-61%***), orina (43,2%-56,8%***), microalbuminuria (30,8%-69,2%***). Mejora registro electrocardiograma últimos 2 años (80%-97,3%***). Mejora registro TA 2 últimos meses (61,5%-77,8%***). Mejora nivel TA sistólica sin significancia estadística del 33% con TA < 125 antes intervención al 43,6% tras intervención, del 81,6% < 140 al 87,8%. Mejora en nivel de TA diastólica < 75 del 38% al 57% ($P < 0,05^*$), sin mejoría para cifras mayores de TA diastólica. No mejoras en cifras colesterol, glucemia, creatinina ni microalbuminuria.

Conclusiones: Esta intervención consigue mejoría en nivel de registro de pruebas que se deben realizar según GDC a hipertensos. Debemos mejorar el control de nuestros hipertensos.

10/571. VALORACIÓN DE LA EFICACIA TERAPÉUTICA DEL DISPOSITIVO DE AVANCE MANDIBULAR EN LOS SÍNDROMES RESPIRATORIOS OBSTRUCTIVOS DEL SUEÑO

P. Mayoral Sanz^a, R. Ramírez Parrondo^b, D. García Borreguero^a, D. Panova Tzonova^a, O. Larrosa^a y E. Calvo^a

^aInstituto de Investigaciones del Sueño; ^bClinica Universidad de Navarra.

Objetivos: Poner en conocimiento del Médico de Familia que los dispositivos de avance mandibular (DAM) son tratamiento de primera elección para el Ronquido, Síndrome de Resistencia de la Vía aérea (SRVA), Síndrome de apnea obstructiva de sueño (SAOS) de leve y moderado y de segunda elección en el SAOS severo. Influencia del DAM en: índice de apnea hipopnea (IAH), saturación de oxígeno mínima (SO2M), tiempo con saturación de oxígeno inferior a 90% (TSO2 < 90%).

Metodología: Número de pacientes: 32. Técnicas diagnósticas: radiografía lateral, imagen 3D y polisomnografía. Tratamiento: DAM. Postratamiento: polisomnografía. Parámetros estudiados: IAH, SO2M, TSO2 < 90%.

Resultados: El DAM produjo disminución del IAH medio de 41,2 (DE 17,5) a 12,3 (DE 10), ($p > 0,001$). No se objetivó variación significativa entre los valores pre- y postratamiento de SO2M (79,6% y 81%, DE 7,1 y 7,4) y del TSO2 < 90% (15 minutos DE 14,9 y 15,2 minutos DE 24).

Conclusiones: Al Médico de Familia le conviene conocer que el DAM constituye un tratamiento eficaz en los síndromes respiratorios obstructivos del sueño, porque interrumpe la generación de la obstrucción de la vía respiratoria superior. La eficacia terapéutica se observó por la disminución del IAH, sin normalización de la oximetría.

10/572. FIBROMIALGIA Y SU COMORBILIDAD

M. Rodrigo Claverol, E. Rodrigo Claverol, M. Ortega Bravo, E. Serra Llavall, N. Nadal Braqué y M. Capdevila Andreu

ABS *Cappont. Lleida.*

Objetivos: Describir las características de la población diagnosticada de fibromialgia. Conocer si se asocia a depresión, otras enfer-

medades reumatológicas y osteoarticulares. Valorar si el tratamiento aplicado sigue las recomendaciones de la guía de práctica clínica.

Metodología: Estudio descriptivo transversal multicéntrico. Población de 3 centros urbanos de Atención Primaria. Mediante revisión de historia clínica de todos los pacientes diagnosticados de fibromialgia (1990-2009), recogimos datos durante diciembre 2009. Variables: edad, sexo, año diagnóstico, depresión asociada, otras enfermedades, tratamiento.

Resultados: Muestra 221. Edad media: 54,4 (DE \pm 11,73). Sexo: mujeres 213 (96,8%, IC: 3,6%-98,7%). Año diagnóstico: 1990-1995: 5; 1996-2000: 11; 2001-2005: 90; 2003-2005: 73; 2006-2009: 114. Depresión en 124 (56,1%, IC: 49,3-62,8%); siendo 99,2% mujeres. Otras enfermedades: Artrosis 32 (14,6%), Osteoporosis 28 (12,7%), Enfermedades reumatológicas 10 (4,7%), Traumatológicas 35 (15,8%), Patología columna: algias 111 (50,3%) (lumbalgia 63 (28,6%, IC: 22,8-35,1%), estructural 42 (19,1%) (hernias discales 22 (10%, IC: 6,3-14,7%); dolor neuropático 13 (6%). Tratamiento en 111 (96,5%) mujeres y 4 (3,5%) hombres: Paracetamol 79 (35,7%), AINEs 114 (51,6%), Tramadol 20 (9%), Opioides mayores 13 (5,9%), Relajante muscular 98 (44,3%), Antiepilépticos 33 (15%) (Gabapentina 9 (4,1%), Pregabalina 13 (5,9%)), Regeneradores de cartilago 4 (1,8%), Antidepresivos: ISRS 98 (44%), Tricíclicos 10 (4,6%) y en diagnosticados de depresión: 76 (77,6%) y 4 (44,4%) respectivamente, combinaciones paracetamol 22 (9,9%).

Conclusiones: La muestra obtenida es mayoritariamente femenina y de mediana edad. Destaca un alto porcentaje de diagnóstico durante 2007 y 2008. En más de la mitad se asocia depresión aunque no siempre se trata. Hemos obtenido una asociación a numerosas patologías de distintas etiologías con predominio de afectación de la columna. Casi su totalidad reciben tratamiento, principalmente AINEs aunque las guías aconsejan en primer lugar paracetamol solo o asociado.

10/574. ¿TOMAN DE FORMA CORRECTA LA MEDICACIÓN NUESTROS PACIENTES MAYORES?

M. Saldaña de la Fuente^a, M. Arrondo Etxabe^a, A. Jauregui Cambra^a, A. Arranz Urrutia^b, A. Aguirre Zuazo^b y J. Thalamas Atienza^a

^aCS Lezo. Guipúzcoa; ^bCS Donibane. Guipúzcoa.

Objetivos: Existe unanimidad en la bibliografía en recomendar revisiones periódicas de la medicación cada 6-12 meses, en función del número de fármacos que toman y en cada cambio de medicación. El método más citado es el de la "Bolsa marrón" (Brown Bag). Según la bibliografía consultada los resultados esperados son el cambio de alguna medicación en el 29% de los pacientes con cartilla de largo tratamiento (CLT). Queremos comprobar el grado de cumplimiento en la toma de la medicación mediante los test de Morinsky-Green y de Haynes-Sackett y objetivarlos con la prescripción y posología registrada en OSABIDE (Hª clínica informatizada). Analizar qué factores pueden influir para una mejor o peor cumplimentación.

Metodología: Estudio descriptivo transversal durante los meses de abril y mayo/10 se recoge una muestra 246 pacientes mayores de 65 años (precisión 5%, pérdidas 20%) que se les cita en consulta de enfermería con toda su medicación (bolsa marrón) que toman en casa. Aplicamos los test de Morinsky-Green y de Haynes-Sackett. Analizamos la concordancia del cumplimiento de la prescripción y su posología entre los test y Osabide y analizamos factores que puedan influir como edad, sexo, polimedición, profesional médico, número de fármacos crónicos.

Resultados: Edad media 75 años (DT 7,7) con predominio femenino (52,9%). El 41% no presentan ninguna prescripción crónica. El 84,1% presenta un test de Morinsky favorable (cumplimiento subjetivo correcto) pero con test de Haynes-Sackett (cumplimiento objetivo correcto) del 66% en la prescripción y del 61,4% de la poso-

logía. Los hombres son mejores cumplimentadores (75%) que las mujeres (57%). A mayor número de fármacos menor cumplimentación (> 4 fármacos) el incumplimiento asciende al 50%. Gran abanico de incumplimiento dependiente del profesional médico oscilando desde el 9,1% hasta el 46,2% en la prescripción y del 16,7% hasta el 46,2% en la posología.

Conclusiones: Estamos convencidos de la necesidad de revisar de forma periódica la CLT con los pacientes in situ y su "Bolsa Marrón" por lo menos 1 vez al año. Ojo, pues 4 de cada 10 pacientes con CLT no toma de forma correcta y sobre todo los pacientes de > 4 fármacos pues 1 de cada 2 no toma de forma correcta. Mejor registro en OSABIDE de la medicación crónica es fundamental por el alto riesgo de efectos indeseado, interacciones, efectos secundarios, complicaciones provocadas por la medicación crónica. Papel fundamental de enfermería en el control y seguimiento de la CLT sobre todo en pacientes polimedificados y ancianos.

10/578. PRESCRIPCIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA, PASEOS SALUDABLES

B. de Miguel Ibáñez^a, M. Espuga García^a, P. Núñez Manrique^b, M. Vico Gavilán^b, I. Álvarez Vigil^a y A. Vinuesa Maldonado^c

^aABS Gavá I. Gavá. Barcelona; ^bABS Bartomeu Fabre. Gavá. Barcelona; ^cPatronato Municipal de Deportes Gavá. Barcelona.

Objetivos: Promocionar la prescripción y realización de ejercicio físico en población sedentaria con riesgo cardiovascular alto, desde todos los agentes de salud de la ciudad. Mantener la actividad física post intervención.

Metodología: Elaboración y desarrollo del proyecto por Centros de Salud de la ciudad, con elaboración de material divulgativo. Formación en riesgo cardiovascular y en prescripción de actividad física a todos los agentes de salud, incluyendo personal de las oficinas de farmacia. Publicidad desde consultas, farmacias y medios de comunicación locales (televisión). Inicio de los paseos. Se entrega mochila con logotipo del proyecto. Acompañamiento por personal médicos y/o enfermeras. Dos paseos semanales durante seis semanas para facilitar la adhesión al ejercicio y fomentar vínculos sociales que apoyen la actividad. Encuesta de satisfacción.

Resultados: Total asistentes 75, edad media 64 años y el 90% mujeres. Creación de grupos a partir de la propia actividad con vinculación social para realizar paseos y otras actividades. Mantenimiento de la actividad física por cuenta propia y grupal, alta satisfacción.

Conclusiones: La recomendación de hábitos de vida saludable y prescripción de ejercicio para mejorar los factores de riesgo cardiovascular están documentados, pudiéndose implicar a todos los agentes de salud (farmacias, centros sanitarios y servicios municipales deportivos). La proximidad al ciudadano está muy bien valorada por los participantes: ciudadanos y profesionales. La repetición de la actividad en 6 semanas y 2-3 ciclos anuales conlleva un impacto publicitario de la misma sobre la población que genera adhesión y formación de grupos autónomos para proseguir la práctica.

10/580. ESTUDIO OBÉLIX II: OBESIDAD Y NIVELES PLASMÁTICOS DE PCR ULTRASENSIBLE

M. Sánchez de Enciso Ruiz^a, C. Rodríguez Fernández^b, E. Vázquez Seijas^c y M. López Silv^a

^aCS Friol. Lugo; ^bCS A Milagrosa. Lugo; ^cCS Fingoí. Lugo; ^dCS Plaza del Ferrol. Lugo.

Objetivos: Conocer la prevalencia de la obesidad en una población infantil. Comprobar si existe relación entre obesidad y niveles plasmáticos de proteína C reactiva ultrasensible (PCRus).

Metodología: Se trata de un estudio transversal realizado con estudiantes del colegio de Friol (Lugo) con edades incluidas entre

los 3 y los 12 años. Se distribuyó a todos los sujetos de la muestra en dos grupos: normopeso y obesidad, de acuerdo a los percentiles validados para la población infantil española (M. Hernández). Se estratificó cada caso en función de sus niveles de PCRus, de acuerdo con la AHA/CDC (riesgo bajo: < 1 mg/dl, riesgo medio: 1-3 mg/dl y alto riesgo: > 3 mg/dl).

Resultados: La muestra se compone de 96 sujetos, de los que 42 eran niñas y 54 niños; el 34,4% del total de la muestra presentaron obesidad (percentil igual o superior a 90), de ellos eran niños el 66,7% y niñas el resto; por grupos etarios la prevalencia fue de 26,2% (3-7 años) y 40,7% (8-12 años); ambas diferencias resultaron no ser estadísticamente significativas. La media de la PCRus fue de 3,2 (\pm 1,5), teniendo el 59,4% bajo riesgo, el 20,8% medio riesgo y el 19,8% alto riesgo. La asociación entre PCRus y obesidad fue no estadísticamente significativa para ninguno de los riesgos descritos.

Conclusiones: Una tercera parte de los escolares entre 3 y 12 años presentan obesidad. No existen diferencias según la edad. La obesidad no se relaciona con los niveles plasmáticos de PCRus.

10/585. OMEPRAZOL, FRACTURA DE CADERA Y OSTEOPOROSIS

E. Rodrigo Claverol, M. Ortega Bravo, E. Serra Llavall, M. Lafarga Giribets, M. Rodrigo Claverol y M. Capdevila Andreu

ABS Capponet. Lleida.

Objetivos: Determinar la prevalencia de ingesta de omeprazol en una población con fractura de cadera. Describir si los que toman omeprazol lo hacen con correcta indicación y determinar si este, se relaciona con el riesgo de sufrir osteoporosis.

Metodología: Estudio descriptivo transversal. Muestra obtenida de tres Áreas Básicas de Salud (ABS) urbanas durante enero 2010, revisando historias clínicas informatizadas (programa e-cap) de pacientes diagnosticados de fractura de cadera. Variables: edad, sexo, diagnóstico osteoporosis y/o úlcus, tomar omeprazol, antiinflamatorios (AINES), antiagregantes y/o anticoagulantes (ACO).

Resultados: Muestra: 161 (75,8% mujeres). Media edad 77,4 \pm 12,7 años (a) (IC: 78,9 \pm 9a en mujeres, $p < 0,005$). Diagnóstico: osteoporosis 52,8% (IC: 52,2-70,2% en mujeres, $p = 0,000$), úlcus 21,7% (IC: 13,43-42,98% en hombres). Toman omeprazol 49,7% (IC: 45,9-63,8% en mujeres, $p = 0,015$), AINES 13,7% (IC: 10-24% en mujeres, $p = 0,013$), antiagregantes 75,8% (IC: 16,8-32,3% en mujeres), ACO 11,2% (IC: 7,2-33% en hombres, $p = 0,038$). Toman omeprazol: diagnosticados de úlcus 28,8% (IC: 18,6-38,8%, $p = 0,025$) y de osteoporosis 59,5% (IC: 49-70%, $p = 0,048$). De los que toman omeprazol también toman: AINES 23,2% (IC: 14,2-32,2%, $p = 0,000$), antiagregantes 33,7% (IC: 23,1-44,3%, $p = 0,004$), ACO 5,8% (IC: 0-11,6%, $p = 0,041$).

Conclusiones: Se trata de una población predominantemente femenina y de avanzada edad. Toman omeprazol la mitad y de estos, lo hacen con indicación correcta: casi un tercio (diagnosticados de úlcus, antiagregados) y en menor proporción, consumidores de AINES o ACO. Hemos obtenido que el riesgo de sufrir osteoporosis depende del sexo más que de la edad y no del antecedente de úlcus o ingesta de AINES y/o omeprazol.

10/586. PUNTO DE ENCUENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA Y ATENCIÓN ESPECIALIZADA. RESONANCIA NUCLEAR MAGNÉTICA DE COLUMNA LUMBAR EN LA LUMBALGIA

M. Gutiérrez Angulo^a, B. Iraola Sierra^b y E. Bello Larrarte^c

^aCS de Beraun. Osakidetza. Gipuzkoa; ^bCS de Gros. Osakidetza. Gipuzkoa; ^cHospital del Bidasoa. Osakidetza. Gipuzkoa.

Objetivos: Analizar el diagnóstico radiológico de petición de Resonancia nuclear magnética (RNM) en patología de columna, solicitada desde Atención Primaria (A.P.).

Metodología: Diseño: estudio observacional descriptivo retrospectivo. Se revisaron la solicitud de RNM y datos obtenidos del registro informatizado (Osabide), durante 12 meses, Variables: edad, sexo, sintomatología clínica y resultado radiológico.

Resultados: El total de las peticiones solicitadas fue de 78. El diagnóstico radiológico más frecuente fue la hernia discal (38%), patología degenerativa (24%), estenosis del canal (18%), alteración estructural (8%) y aplastamientos (4%). La RNM fue normal en un 8% de las peticiones. En los casos en que la clínica era de lumbalgia crónica el diagnóstico radiológico más frecuente fue la patología degenerativa (6%) seguido de la estenosis del canal 5%. Los casos de lumbociática irradiada a extremidades un 36% correspondían a hernia discal, un 15% a patología degenerativa y 8% a estenosis del canal. En los casos de sospecha de patología espinal el principal diagnóstico fue estenosis del canal 5% seguido de aplastamiento vertebral 4% y hernia discal 3%.

Conclusiones: El diagnóstico radiológico más frecuente hallado ha sido la hernia discal en pacientes con clínica de lumbalgia crónica ya sea como sintomatología de lumbociática o con clínica de sospecha de patología espinal. Bajo porcentaje de RNM normales. La indicación de RNM de médico de AP fue adecuado a la Guía de la lumbalgia.

10/594. PROGRAMA DE ANTICOAGULACIÓN ORAL EN ACTO ÚNICO: UN RETO PARA LA SEGURIDAD CLÍNICA DEL PACIENTE

A. Foncubierta Fernández, C. Otero Puime, A. Mas Lacave, M. Luque Coto, M. Morales Abad y J. Hidalgo García

CS Dr. Joaquín Pece. San Fernando. Cádiz.

Objetivos: Realizar el programa TAO en acto único para que la totalidad de los pacientes anticoagulados tengan la pauta de tratamiento en menos de 15 minutos con ausencia de eventos adversos.

Metodología: La población diana está constituida por 190 mujeres y 187 varones pertenecientes al área geográfica de nuestro centro de salud durante los últimos 12 meses. La determinación del INR se realiza con el coagulímetro INRatio®. Una vez determinado el INR, se pauta por el médico de familia in situ la dosis de anticoagulante oral, a tomar por el paciente. Se está conectado online a la base de datos de pacientes anticoagulados del Servicio de Hematología. Como recursos humanos intervienen 2 DUEs y 2 MF.

Resultados: El tiempo medio para que el paciente tenga la pauta a seguir, es de 10 minutos, si bien en algunos casos llega a sólo 5 minutos. El control de calidad se realiza por revisión entre dos médicos o bien entre un médico y un enfermero, con lo que se consigue un alto nivel de Seguridad Clínica para el paciente, ya que en el periodo estudiado no se ha producido ningún evento adverso que comprometiera la Seguridad Clínica.

Conclusiones: Con el diseño del Programa TAO en acto único, se consigue ahorro de tiempo y evitamos molestias para el paciente y/o familiar, ya que sólo asiste una sola vez al centro de salud con alto nivel de seguridad clínica.

10/596. VALORACIÓN DE LA ATENCIÓN AL ENFERMO CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

M. Medina Hernández^a, B. Ríos Alonso^b, J. Porcel Ruiz^b, J. Álvarez Gregory^a, R. Sandín Pérez^a y F. Cuadrado Sanguino^a

^aCS Casto Prieto. Salamanca; ^bCS Salamanca.

Objetivos: Evaluar la adecuación de la práctica clínica a las recomendaciones de la Cartera de Servicios de Sacyl, en el ámbito de la Atención Primaria urbana.

Metodología: Tipo de estudio: observacional, descriptivo, transversal. Sujetos: 226 pacientes incluidos en el Servicio 307: EPOC.

Variables del estudio: edad, sexo, realización de espirometría, cumplimiento de criterios diagnósticos espirométricos de EPOC, anamnesis sobre consumo de tabaco, persistencia en el hábito tabáquico, radiología de tórax, tratamiento.

Resultados: Edad media 68,57 años (rango 32 a 98; cinco pacientes menores de 40 años), 70,8% varones. Realizada espirometría a 140 pacientes (61,9%), 107 (47,3%) cumplían criterios diagnósticos de EPOC. Anamnesis sobre consumo de tabaco en 157 pacientes (69,5%), el 40,8% persistían en el hábito tabáquico. Al menos una radiografía de tórax desde el diagnóstico de la enfermedad, fue realizada e informada en 128 pacientes (56,6%). Tenían prescrito tratamiento 164 pacientes (72,6%).

Conclusiones: 1. Existe un elevado porcentaje de pacientes incorrectamente incluidos en el Servicio EPOC: no tener realizada espirometría o no cumplir criterios diagnósticos en la misma, ser menores de 40 años. 2. La anamnesis sobre consumo de tabaco se muestra insuficiente, siendo elevado el porcentaje de enfermos que persisten en el hábito tabáquico. 3. Se observa una infrautilización de la radiología de tórax en este grupo de pacientes.

10/603. ATENCIÓN A LA DIVERSIDAD CULTURAL

R. Martínez Campos, M. Moya Ruiz, J. Vega García, J. Ferrer Costa, N. Aviñó Fabra y M. García Merino

ABS Nova Lloreda. Badalona. Barcelona.

Objetivos: Dar respuesta a las nuevas necesidades que se plantean en materia de inmigración y garantizar una atención de calidad y equidad. Disminuir los problemas de comunicación entre profesionales y población inmigrante. Sensibilizar a los profesionales en materia de inmigración. Optimizar la gestión del acto médico en el ámbito de enfermedades importadas. Establecer protocolos, circuitos y derivaciones a una unidad tropical. Intensificar la coordinación con otras entidades que trabajan con población inmigrante en nuestra zona.

Metodología: Proyecto de 3 años de duración formado por un equipo multidisciplinar que trabajaran en subgrupos (comunicación y conocimientos, enfermedades importadas, coordinación con otras entidades) realizando intervenciones y actividades concretas.

Resultados: En primer lugar se medirá el estado de los objetivos previamente a la realización de las actividades planificadas para conocer el punto de partida y posteriormente una vez realizadas todas las actividades se evaluarán los resultados.

Conclusiones: Durante la elaboración del proyecto nos hemos encontrado con la necesidad de introducir nuevos planteamientos y actividades necesarias para cumplir nuestros objetivos. Hemos creído necesario realizar un stage en algún centro con experiencia en protocolos y procedimientos concretos en inmigración para formación específica y prevenir posibles problemas en un futuro. No hemos querido pasar por alto la importancia de la integración en nuestro grupo de personal sanitario inmigrante ya que refleja la realidad de nuestra sociedad y es una ayuda para la creación de este proyecto. El proceso de integración social progresivo ayudará a superar las barreras y dificultades que hoy se viven como nuevas.

10/611. IMPACTO DE LA RECOMENDACIÓN DE LA MAMOGRAFÍA PARA EL SCREENING DEL CÁNCER DE MAMA EN LA POBLACIÓN FEMENINA ESPAÑOLA

J. Iturralde Iriso, D. Ramírez Puerta, A. de Santiago Nocito, E. Redondo Marguello, J. Vázquez Castro y J. Camarero Palacios

Grupo de Actividades Preventivas de SEMERGEN.

Objetivos: Conocer que impacto tienen las recomendaciones que damos los facultativos a nuestras pacientes sobre la mamografía para el screening del cáncer de mama.

Metodología: Estudio descriptivo transversal mediante encuesta orientada a mujeres mayores de 16 años, se realizó mediante entrevista telefónica con preguntas cerradas y abiertas de aproximadamente 15 minutos de duración a una muestra representativa de 1.200 mujeres de todo el territorio nacional.

Resultados: En general, los médicos de todas las Comunidades Autónomas afirman que siempre promocionan y siguen el programa poblacional de mamografías de su comunidad. Seis de cada 10 médicos siempre recomiendan la exploración clínica mamaria anual a las mujeres de más de 40 años y nueve de cada 10 mujeres creen que deben hacerse una mamografía entre cada año o cada 2 años. Asimismo, al 70% de las pacientes su ginecólogo le ha dicho que debe hacerse una exploración clínica mamaria entre cada año o cada 2 años. Sin embargo, al 17% de las mujeres el ginecólogo no le ha dicho nada sobre la periodicidad de las exploraciones clínicas. Las mujeres refieren que en el ámbito del médico de familia, a 4 de cada 10 mujeres no se le ha dicho nada sobre la periodicidad de las exploraciones clínicas, y a 4 de cada 10 le han recomendado entre cada año o cada 2 años.

Conclusiones: El mensaje de periodicidad anual es el más prevalente en la población y que la información en estos temas genéricos y protocolarios de revisión, citología y mamografía recae en el especialista, ya que es éste el que realiza el seguimiento y control de estas pruebas.

10/618. PERFIL DE LAS DERIVACIONES SOBRE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS DE UN CENTRO DE SALUD A UN CENTRO DE SEGUIMIENTO DE DROGODEPENDENCIAS

M. Fernández Olivas, M. Saludes Eri y C. Font Torres

CAP de San Andreu 9D9G. Barcelona.

Objetivos: A raíz de la creación de un protocolo de actuación sobre alcoholismo, se estableció un circuito de derivación y coordinación de casos de dependencia o abuso de sustancias desde nuestro centro de salud al CAS (centro de drogodependencias) en un área de Barcelona. Los referentes de ambos centros mantienen un circuito activo y actualizado mediante la bidireccionalidad de la información. Pretendemos conocer el perfil de la población derivada al CAS por dependencia de alcohol, consumos asociados, comorbilidad y abstinencia, así como el porcentaje que realizan tratamiento y seguimiento en el CAS.

Metodología: Estudio descriptivo de las derivaciones de pacientes, años 2007-2008. Los datos se obtienen de historias clínicas complementados con seguimientos de coordinación.

Resultados: 76 derivaciones, 79% son hombres. En hombres el mayor número de derivaciones está entre 41-50 años (27,6%), no encontrando ninguno mayor de 71 años. En mujeres (N = 6; 7,8%) mayor frecuencia entre 31-40a, y 1 caso mayor de 71a. Consumos asociados: tabaco (63,15%), cocaína (14,47%) y cannabis (11,8%). Comorbilidad: psicopatológica (39,47%), orgánica (25%). Abstinencia a los 2 años del 17,1%. Piden visita al CAS un 44,73%.

Conclusiones: Mayor número de derivaciones en hombres entre los 41-60 años. Las mujeres consultan por consumo patológico una década antes, y a partir de los 60 años superan a los hombres, debido posiblemente a soledad y mayor longevidad. Existe una fuerte asociación entre el consumo de alcohol y tabaco, seguido de cocaína y cannabis. La comorbilidad psicopatológica supera a la orgánica, y la abstinencia final es alta.

10/631. NIVEL DE ACTIVIDAD FÍSICA DE LOS DIABÉTICOS

N. Vilà Jové, M. Ortega Bravo, M. Bortalba Layo, A. Pellitero Santos, M. Calvo Godoy y M. Barco López

ABS Cappont. Lleida.

Objetivos: Determinar la prevalencia de diabéticos tipo 1 y 2 que realizan ejercicio físico regularmente.

Metodología: Estudio epidemiológico descriptivo transversal. Se revisa la historia clínica informatizada e-cap de todos los diabéticos tipo 1 y tipo 2 de un centro de salud de Atención Primaria urbano. Se registra la variable cualitativa sedentarismo sí/sedentarismo no. Análisis estadístico con el programa EpiInfo.

Resultados: Muestra de 666 pacientes diabéticos, 35 no tenían registrado la variable en estudio, por lo que la muestra definitiva es de 631 pacientes. El 54,5% eran hombres, 45,5% mujeres con una edad media de 65 (DT ± 14,5), El 39,1% (IC95% 35,3-43,1) de los registros revisados tienen una vida sedentaria y el 60,9% (IC95% 56,9-64,7) realizan una actividad física.

Conclusiones: Casi el 61% de los diabéticos de la muestra realizan ejercicio físico con regularidad. Este alto porcentaje se debe a la insistencia de las recomendaciones de la práctica habitual y diaria de ejercicio físico aeróbico. Así como, en la educación sobre actividad física resultado de una intervención comunitaria y grupal que se realiza en nuestra área básica.

10/632. CONTROL GLICÉMICO Y RETINOPATÍA DIABÉTICA

N. Vilà Jové, M. Ortega Bravo, M. Bortalba Layo, M. Calvo Godoy, A. Pellitero Santos y M. Barco López

ABS Cappont. Lleida.

Objetivos: Evaluar el grado de control glucémico con hemoglobina glicada (HbA1c) en paciente diabético con retinopatía. Determinar los años de evolución de la diabetes en paciente con retinopatía.

Metodología: Estudio descriptivo transversal en pacientes diabéticos 1 y 2 de un centro de salud de atención primaria urbano. Se revisa la historia clínica informatizada revisándose las variables: sexo, edad, tiempo de evolución de la diabetes, HbA1c. Análisis estadístico con el EpiInfo.

Resultados: Muestra: 73 individuos, mujeres 53,4%, edad media 69,5 (DT ± 12). Media de HbA1c fue 7,37 (DT ± 1,87). Distribución de diabéticos con retinopatía según la HbA1c: hasta 5,9: el 13,8%; entre 6-6,9 el 24,7%; entre 7-7,9 el 32,8%; entre 8-8,9 el 17,8%; entre 9-9,9 el 5,5%; y > 10 el 5,2%. De los 73 diabéticos con retinopatía la media de los años de evolución de diabetes es de 5,20 (DT ± 2,16); de los cuales el 4,1% presentan 1 año de evolución, 13,7% 2 años de evolución, 1,4% 3 años de evolución, 6,8% 4 años, 21,9% 5 años, 35,6% 6 años, 11% 7 años, 1,4% 8 años y 4,2% 10 o más años de evolución.

Conclusiones: Casi el 62% de los diabéticos con retinopatía tenían mal control metabólico. El 74% tenían entre 5 y más de 10 años de evolución de enfermedad diabética. El tiempo de evolución de diabetes y el grado de control glucémico intervienen en el desarrollo retinopatía diabética, que es la causa más frecuente de ceguera de los países desarrollados. Desde primaria es muy importante reforzar y optimizar el control glucémico.

10/633. MEJORAR LA GESTIÓN DE LAS CONSULTAS

M. Rodrigo Claverol, M. Ortega Bravo, E. Rodrigo Claverol, E. Serra Llavall, M. Lafarga Giribets y N. Nadal Braqué

ABS Cappont. Lleida.

Objetivos: Determinar la prevalencia de visitas médicas no realizadas y no anuladas del total de visitas médicas solicitadas.

Metodología: Estudio descriptivo transversal multicéntrico. Muestra obtenida del programa e-cap de tres centros de Atención Primaria (2 urbanos, 1 rural). Período revisión: historia clínica de Septiembre'09-Febrero'10. Variables: edad, sexo, ser inmigrante, nacionalidad, mes visita, día semana, tipos visita y tener otra el mismo día en otro lugar, otras visitas nulas.

Resultados: Muestra: 5.175 visitas, 545 (10,5%) visitas no realizadas ni anuladas. 52,1% mujeres. Edad media: 35,15 años. Inmigrantes 58,5% (edad media 31,96%, $p < 0,0001$). Nacionalidades: España 41,5%, Marruecos 15,4%, Mali 8,3%, Senegal 6,2%, Rumanía 4,6%, resto $< 2\%$. Mes año visita: Septiembre 16,7%, Octubre 19,4%, Noviembre 22,6%, Diciembre 20,6%, Enero 15,6%, Febrero 5,1%. Día semana: lunes 23,9%, martes 19,6%, miércoles 16,9%, jueves 19,6%, viernes 20%. Tipos visita: cita previa 91%, espontánea 8,6%. Tenían visita mismo día en otro lugar 7,5% y otras visitas nulas 39,9%. Probabilidad de hacer otra visita nula: no inmigrantes 31-44%, mujeres 27-49%.

Conclusiones: Más del 10% de las visitas médicas solicitadas no se realizan porque el paciente no acudía a ellas y no las anulaba. No hay diferencia según el día de la semana en función de la edad, sexo, hecho de ser o no inmigrante o tener otras visitas nulas. Últimamente la lista de espera para visita puede llegar a ser de 1 semana, sería necesario educar al paciente para que anule la visita facilitando que otro individuo pueda visitarse en su lugar.

10/641. ESTUDIO DE CALIDAD SOBRE LA MEJORA EN LA VALORACIÓN DEL GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LOS INDICADORES DE PROCESO EN PACIENTES CON EPOC

A. Rodríguez Fernández, G. Mediavilla Tris, J. Iturralde Iriso, G. Arnaiz García, M. Alarcia Ceballos y M. Virginia Espinola Morel

CS Olaguibel. Vitoria. Álava.

Objetivos: Conocer el grado de mejora, tras la implementación de la guía de EPOC (SEPAR 2007), de los indicadores de proceso (estratificación de la gravedad, realización de espirometría, educación en el uso de inhaladores y consejo antitabáquico) del periodo 2009-2008.

Metodología: Estudio de calidad, antes y después, observacional, descriptivo y transversal realizado en el C.S. Olaguibel (40.132 usuarios), en los que se valoró los siguientes criterios: Estratificación de los grados de gravedad: clasificación GOLD (periodicidad mínima anual). Realización de espirometría: periodicidad mínima anual. Educación del uso de inhaladores: adiestramiento de la técnica inhalatoria (periodicidad mínima anual). Consejo antitabáquico: periodicidad mínima bienal, considerándose buen control que el paciente no fume.

Resultados: La mejora fue: Espirometría: +4,22% (sobre 9,51% en 2008). Estratificación de gravedad: +0,84% (sobre 15,43% en 2008). Uso de inhaladores: -5,85% (sobre 36,36% en 2008). Consejo antitabáquico: -3,55% (sobre 32,84% en 2008).

Conclusiones: Los resultados reflejan una mejoría en los datos de espirometría y gravedad, siendo decepcionante en los apartados de educación y tabaco. La implementación de las guías de práctica clínica pueden contribuir a la mejora de nuestros objetivos terapéuticos, pero es necesario, para la mejora continua, una estrategia formativa que mejore las actitudes en el enfoque de los pacientes con EPOC.

10/642. PREVALENCIA DETECTADA DE LOS PACIENTES CON EPOC EN UN CENTRO DE SALUD, SU COMPARACIÓN CON LA PREVALENCIA ESTIMADA EN LA POBLACIÓN GENERAL Y SU REPERCUSIÓN EN EL CONTROL DE ESTE TIPO DE PACIENTES

A. Rodríguez Fernández, G. Mediavilla Tris, J. Iturralde Iriso, A. Ruiz de Loizaga Arellano, G. Arnaiz García y N. Miskovic Karacsoñy
CS Olaguibel. Vitoria. Álava.

Objetivos: Conocer la prevalencia de EPOC, su comparación con las prevalencias estimadas en la población general y la repercusión que el déficit de detección produce en el control de los pacientes con EPOC esperados.

Metodología: Estudio observacional, descriptivo y transversal realizado en el C.S. Olaguibel (40.132 usuarios) en el 2009 y en el que se obtienen las prevalencias de EPOC y la actividad de cribado efectuada para obtener la prevalencia en nuestro centro de salud. Posteriormente se comparan los datos con la prevalencia estimada, y se calculan los déficits de atención al total de pacientes con EPOC esperados.

Resultados: Cribado (>40 años y fumadores > 20 paq./año con una espirometría realizada): 17,32%. Prevalencia obtenida (diagnóstico EPOC contrastado): 13,47%. Déficit de atención en las poblaciones detectadas y estimadas: -Severidad de EPOC realizado sobre los detectados: 16,27%; -Severidad de EPOC realizado sobre los esperados: 2,19%; -Consejo antitabáquico realizado sobre los detectados: 54,05%; -Consejo antitabáquico realizado sobre los esperados: 7,18%; -Educación en el uso de inhaladores realizada sobre los detectados: 30,51%; -Educación en el uso de inhaladores realizada sobre los esperados: 4,11%.

Conclusiones: Los datos reflejan una pobre actividad en la graduación de la severidad, el consejo antitabáquico y la educación del uso de los inhaladores. Este problema es agravado por la escasa prevalencia detectada, motivada por el escaso cribado realizado, traduciendo una desatención muy alta de los pacientes esperados. Las medidas correctoras pasan por el aumento precoz de la detección del EPOC, para posteriormente intensificar las actividades de proceso para el control de nuestros pacientes.

10/647. SEGUIMIENTO Y CALIDAD DE LAS CITOLOGÍAS EN UN CENTRO DE SALUD URBANO DE SEVILLA

J. Sánchez Acevedo, M. Rodríguez Yoldi, J. Gil Castellano, I. Martín Lema y M. González de Juan

CS Mercedes Navarro. Sevilla.

Objetivos: Evaluación y seguimiento de calidad citologías realizadas en programas de PF y proceso ca. de cérvix años 2008 y 2009. Valoramos total de las citologías siguiendo los estándares de calidad propuestos en los programas/procesos asistenciales que incluyen: validez de la técnica, cobertura según población diana, tiempo medio de información, medidas correctoras, patologías, seguimiento de las mismas.

Metodología: Estudio observacional retrospectivo en total de citologías realizadas años 2008, 2009 a mujeres edades 15-65 años incluidas proceso ca cérvix/programa PF. Criterios de calidad: validez de la técnica = nº de muestras insatisfactorias/total de citologías $< 5\%$, cobertura población diana: mujeres incluidas uno/ambos programas los 2 años. Tiempo medio máximo de información de resultados < 30 días. Tiempo respuesta a patológicas < 7 días. Medidas correctoras; identificación fallos en recogida, filiación de paciente, diagnóstico, contacto de forma individual y personal.

Resultados: Total de citologías durante periodo estudio: 2.767. No valorables/insuficientes: 18. Diagnóstico: ASCUS: 72; LSIL: 70; HSIL: 17; AGUS: 6; Ca Insitu: 6. Tiempo medio máximo de información resultados 26 días, Tiempo medio respuesta citologías patoló-

gicas 5 días. Nº ASCUS/LSIL negativizados siguiente control: 96 y tiempo medio negativización 4-9 meses.

Conclusiones: Cobertura años 2008-2009 nº citologías, población diana está dentro de los niveles de calidad propuestos. Validez de la técnica se encuentra dentro de los niveles de calidad propuestos para proceso ca de cérvix (< 5%), el tiempo medio máximo de respuesta, y el tiempo medio máximo de información se encuentran dentro de los límites de los indicadores de calidad propuestos.

10/651. ¿DETERMINAMOS LOS NIVELES PLASMÁTICOS DE VITAMINA B12 EN PACIENTES ANCIANOS TRATADOS CON METFORMINA?

P. Vich Pérez, I. Sevilla Machuca y M. Conejos Miquel

CS Los Alpes. Madrid.

Objetivos: El déficit de vitamina B 12 es frecuente (1,5-15%), aumenta con la edad y puede asociarse al uso de fármacos como metformina. Su carencia debe ser tratada pues puede originar anemia y alteraciones neurológicas. Su detección en personas con factores de riesgo debería estar indicada. **Objetivos:** averiguar qué porcentaje de pacientes ≥ 70 años en tratamiento crónico con metformina adscritos a un centro de Salud tienen determinaciones de vitamina B12 en plasma, cuántos presentan déficit de esta y qué tratamientos se emplean en los mismos.

Metodología: Estudio descriptivo de datos extraídos de historias clínicas informatizadas del Centro de Salud Los Alpes, en Madrid. Se revisaron todas las historias de pacientes ≥ 70 años en tratamiento crónico con metformina objetivando la determinación de vitamina B12 en los últimos 2 años, sus niveles plasmáticos y el tratamiento empleado en casos de déficit (B12 < 200 pg/ml).

Resultados: De los 135 pacientes con los criterios de inclusión, sólo el 37,7% tenían determinaciones de B12. De éstos, el 25% presentaban déficit (el 30,7% no recibían tratamiento y el 30,7% tratamiento oral a dosis infraterapéuticas).

Conclusiones: Un elevado porcentaje de pacientes ancianos en tratamiento crónico con metformina no tienen determinaciones analíticas de vitamina B12. La prevalencia del déficit de esta vitamina encontrado en esta población es ligeramente superior al descrito en otros estudios y las medidas adoptadas son inadecuadas en más de un 50% de las ocasiones.

10/655. INFLUENCIA DE LA LEY ANTITABACO EN EL ABANDONO DEL HÁBITO TABÁQUICO

D. Adam Ruiz^a, F. Roig Sena^b e I. Matilla^a

^aCS Salvador Allende. Valencia; ^bCS Pública de Valencia.

Objetivos: Según la OMS el tabaquismo es el principal determinante de salud modificable. La próxima modificación de la Ley antitabaco puede ser un paso importante en esta dirección. En 2006 se aprobó la Ley antitabaco. **Objetivo:** evaluar el impacto de la ley antitabaco de 2006 sobre el hábito tabáquico.

Metodología: Estudio descriptivo. Información recogida durante 2007 por la Red Centinela Sanitaria de la Comunidad Valenciana. Análisis estadístico: medidas de tendencia central y dispersión adecuadas a cada tipo de variable y Ji-cuadrado y t-Student como medidas de asociación. Población: 407 fumadores que solicitaron información sobre abandono de hábito tabáquico en la consulta de atención primaria.

Resultados: 190 (46,7%) estaban dispuestos a abandonar el hábito, el 24,7% de ellos influidos por la Ley. 118 estaba dispuesto al abandono en un mes y 64 en 6 meses (influencia de la Ley 25,4% y 26,5% respectivamente). No se observan diferencias estadísticamente significativas en la influencia de la Ley respecto al sexo. El 26,2% de sujetos con edades comprendidas entre 25 y 65 años de-

clara estar influenciado, frente al 12,0% de las edades extremas (diferencia no significativa).

Conclusiones: Puesto que la población conoce los peligros del tabaquismo, podemos afirmar que la Ley antitabaco influyó directamente en la decisión del abandono del hábito en el 25% de los sujetos que expresaron el deseo de abandonar el tabaquismo en el año siguiente a su introducción. No se han observado diferencias respecto a la edad y sexo.

10/657. CONTROL DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN HIPERTENSOS

L. Mendo Giner, I. Martín Pascual, F. Laudo Tesan, C. Arroniz Fernández de Gadeo, M. Rodríguez Sanz de Galdeano y A. Jaso López

CS Valtierra-Cadreita. Navarra.

Objetivos: Evaluación del control de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) en una muestra de pacientes hipertensos de nuestro centro de salud.

Metodología: Estudio descriptivo, transversal, retrospectivo. Tratamiento estadístico con programa SPSS. N = 32 pacientes. Mediciones principales: toma de Tensión arterial (TA), perfil lipídico, microalbuminuria, tratamiento, peso, talla e Índice Masa Corporal (IMC), electrocardiograma (ECG).

Resultados: Mujeres 40,6%, edad media 73,35 IC (7,12-76,59). Grado de hipertensión: menos 140/90: 54,8% (IC 36-73%), HTA I: 35,5% (IC 18-53%); HTA 2: 6,5% (IC 0-16); HTA 3: 3,2% (0-10%). Obesidad 46,4%. Col LDL < 130 mg/dl: 61,29% (IC 43,13-79,45%). Media de LDL 113,64 mg/dl (IC 106,17-179,58 mg/dl). Media de triglicéridos: 142,875 (IC 106,17-179,58 mg/dl). Media de microalbuminuria: 14,185 ug/ml (IC 4,66-23,71 ug/dl). El 93,8% de los pacientes tienen ECG hecho. El 50% de los pacientes toman IECA, el 34,4 ARAll, 18,8 betabloqueantes, calcioantagonistas 12,5% y diuréticos el 53,1%.

Conclusiones: En la muestra seleccionada predominan los hombres, el porcentaje de obesidad es importante acercándose al 50%, si sumamos los que tienen sobrepeso alcanzamos un 92,9%. El control de TA es aceptable superando el 50%, un LDL < 130 mg/dl del 61,29%. Los tratamientos más usados son IECA, diuréticos y ARAll. La media de microalbuminuria es menor de 30 ug/ml y alto porcentaje de pacientes con ECG hecho.

10/660. ADECUACIÓN DIAGNÓSTICO-TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DENSITOMETRÍA ÓSEA REALIZADA

Y. Romeri Fernández, T. Bonet Salinas, M. Sorribes Capdevilla, I. Andreu Oliete, M. Besa Castellá y R. Gorgot Lázaro

CAP Numancia. Barcelona.

Objetivos: Conocer si la prescripción de tratamiento farmacológico en pacientes con una densitometría ósea (DMO) realizada se corresponde con el diagnóstico de la prueba.

Metodología: Estudio descriptivo transversal en centro de salud urbano con población asignada 24.471 usuarios ≥ 15 años. Revisión de historias clínicas de todas las mujeres pertenecientes a 9 cupos médicos atención primaria a quienes se les solicitó una DMO el último año. Variables a estudio: edad, factores riesgo para osteoporosis, resultado de DMO, tratamiento prescrito.

Resultados: Se solicitaron 250 DMO. El grupo de edad en que se solicitaron más DMO fue: 50-69 años (64,4%). Los factores de riesgo para osteoporosis en la población estudiada más prevalentes fueron: diabetes (6,9%), hipertiroidismo (5,2%), fractura previa osteoporótica (7,7%) y tabaquismo (11%). El diagnóstico de la DMO sólo se ha podido analizar en 216 casos, siendo de osteoporosis 38,9%, osteopenia 25,5% y normalidad 35,2%. De los diagnosticados de os-

teoporosis realizan tratamiento con calcio, dieta y vitamina D: 38,9%, toman bifosfonatos: 37,5%. Un 15,3% no realiza ningún tratamiento. De los diagnosticados de osteopenia, casi el 60% tenían indicado el tratamiento dietético, la ingesta de calcio y/o vitamina D. De los que tenían un diagnóstico de normalidad, un 6,8% tenía prescrito tratamiento con bifosfonatos y un 3,4% con raloxifeno.

Conclusiones: Deberíamos ser más rigurosos a la hora de prescribir o continuar la prescripción de otros especialistas en los pacientes, tanto si el diagnóstico es de osteoporosis (hay pacientes sin tratamiento). Por otra parte se tendría que adecuar el tratamiento cuando el diagnóstico de la DMO es de osteopenia o normalidad.

10/661. DENSITOMETRÍA ÓSEA. ¿PARA QUIÉN Y POR QUIÉN?

I. Andreu Oliete, M. Besa Castellá, R. Gorgot Lázaro, Y. Herreros Herreros, A. Bertolín Arnau y A. Font Sala

CAP Numancia. Barcelona.

Objetivos: Conocer el perfil del paciente a quien se solicita una Densitometría ósea (DMO) y ver qué profesional la solicita.

Metodología: Estudio descriptivo transversal en un centro de salud urbano con una población asignada de 24.471 usuarios \geq 15 años. Revisión de las historias clínicas de todos los usuarios pertenecientes a 9 cupos de médicos de atención primaria a quienes se les solicitó una DMO en el último año. Variables a estudio: edad, sexo, factores de riesgo para osteoporosis, y profesional que solicita el estudio.

Resultados: Se solicitaron 260 DMO en el último año. El 95,8% correspondía a mujeres ($n = 250$). Edad media 64,65 (42-87 años) y rango 45. Por grupos de edad en mujeres se obtuvieron estos porcentajes: < 50 años: 7,2%; 50-69 años: 64,4% y ≥ 70 años: 28,4%. Para los varones los porcentajes respectivos fueron: 10%, 30% y 60%. Los factores de riesgo para la osteoporosis en la población estudiada más prevalentes fueron: diabetes (6,9%), hipertiroidismo (5,2%), fractura previa osteoporótica (7,7%) y tabaquismo (11%). La solicitud de la DMO procedía del médico de familia en un 44% de casos. De las solicitadas por otros especialistas, destacan los ginecólogos y los reumatólogos.

Conclusiones: Se solicitan un gran número de DMO que no siempre cumplen los criterios de indicación para la solicitud. No parece que existan diferencias entre la indicación de la DMO y el profesional que la solicita.

10/663. CRITERIOS PARA LA SOLICITUD DE DENSITOMETRÍA ÓSEA. ¿LOS CUMPLIMOS?

Y. Herreros Herreros, A. Bertolín Arnau, A. Font Sala, E. Rodríguez Pérez, Y. Romero Fernández y T. Bonet Salinas

CAP Numancia. Barcelona.

Objetivos: Conocer la prevalencia de los factores de riesgo en los usuarios a quienes se solicita una densitometría ósea (DMO).

Metodología: Estudio descriptivo transversal en centro de salud urbano con población asignada de 24.471 usuarios mayores 15 años. Revisión de las historias clínicas de todos los usuarios pertenecientes a 9 cupos de médicos atención primaria a quienes se les solicitó una DMO en el último año. Variables a estudio: edad, sexo y factores de riesgo para osteoporosis.

Resultados: Se solicitaron 260 DMO en el último año. 250 correspondían a mujeres, por lo que el análisis de los factores de riesgo se determinó en este grupo. Un 64,4% se solicitaron a mujeres de 50-69 años y sólo un 28,4% en mayores 70 años. EL 98,8 de las DMO solicitadas correspondían a pacientes con IMC superior 18. Un 5,2% tenían antecedentes de menopausia precoz. Sólo un 2,8% y 2,4% tenían antecedentes de tratamiento farmacológico con corticoides orales y

anticonvulsivantes respectivamente. Un 6,9% estaban diagnosticadas de diabetes mellitus. Un 36% tenían una alteración de la función tiroidea, siendo hipertiroidismo en 5,2%. La fractura previa osteoporótica constaba en 7,7%. Tabaquismo activo en 11% y exfumadoras en 13,5%. Sólo se recogieron antecedentes familiares de fractura osteoporótica en 1,6%, siendo lo más frecuente falta de información sobre este ítem. Tenían antecedente de artritis reumatoide un 0,8%.

Conclusiones: Llama la atención en general la baja prevalencia de los factores de riesgo que son criterios para solicitar una DMO en estas pacientes. Faltaría estudiar si con la combinación de los distintos factores de riesgo cumplimos mejor con los criterios de indicación de la DMO.

10/664. USO/MAL USO DE LAS URGENCIAS/ESPONTÁNEAS EN ATENCIÓN PRIMARIA

M. Cerecedo Guillán, P. Torres Viñuelas, B. Modolell Melin e I. Gurruchaga Zabala

CAP Río de Janeiro. Barcelona.

Objetivos: Cuantificar las visitas urgentes/espontáneas inadecuadas en atención primaria y el porcentaje del uso respecto al sexo.

Metodología: Diseño: estudio observacional descriptivo transversal. Ámbito de estudio: CAP urbano-ciudad. Sujetos de estudio: usuarios que acuden a visitas espontáneas/urgentes, de una población de 18.100 personas. Número de sujetos estudiados: 4.116 usuarios atendidos. Periodo objeto de estudio: 6 meses, de diciembre-2008 a mayo-2009. Variables: Tipo visita: Médica Imprevisible/Previsible, y Administrativa Imprevisible/Previsible. Según sexo: Hombre, Mujer.

Resultados: Obtenidos previo cribado realizado por el personal administrativo. De 4.116 usuarios atendidos, por cuatro médicos de atención primaria, en 131 días de visitas espontáneas: las visitas imprevisibles, 1.804 (visitas médicas imprevisibles, 1.469, más las visitas administrativas imprevisibles, 335), que suponen el 43,83% del total de visitas, es inferior a las visitas previsibles, 2.312 (visitas médicas previsibles 1.780, más las visitas administrativas previsibles, 532), que representan el 56,17% del total de las visitas. Las visitas espontáneas son más utilizadas por mujeres, 2.434, son el 59,13%, que por hombres 1.682, que son el 40,87%.

Conclusiones: Gran parte de la demanda de consulta urgente/espontánea, no lo es. Uno de los principales motivos del mal uso de la demanda de atención urgente es la gran accesibilidad, que deriva de una "responsabilidad" mal entendida. El elevado coste económico que genera el mal uso de los recursos sanitarios, pues cuatro profesionales médicos, en 131 jornadas laborales, invirtieron 786 horas, de las cuales gran parte son visitas improcedentes, 2.312, del total de visitas realizadas, 4.116. Importancia de la información/educación de la población en el buen uso de los servicios sanitarios.

10/665. TERAPIA CON ANTICOAGULANTES ORALES. ¿ES DIFERENTE SEGÚN EL CENTRO DE SALUD?

M. Rodríguez Porres^a, T. Saiz Careaga^a, E. Montalvillo Delgado^b y A. Pérez Llerandi^c

^aCS Liébana. Potes. Cantabria; ^bCS Dr. López Albo. Colindres. Cantabria; ^cCS Zurbarán. Bilbao. Vizcaya.

Objetivos: Analizar las diferencias que puedan existir en los controles del tratamiento con anticoagulantes orales (TAO) entre dos Centros de Salud (C.S.) con distintos hospitales de referencia.

Metodología: Estudio descriptivo transversal. Población: pacientes con TAO que realizaron el control en el centro de salud durante el segundo semestre de 2009. Unidad de estudio: Visita para control de TAO. Variables: INR; fármaco; diagnóstico; número de even-

tos clínicos y tipo: crítico-no crítico. Criterio de exclusión: pacientes no activos y exitus. Análisis estadístico con SPSS.

Resultados: Los 444 pacientes (43,24% del C.S.1, 56,76% del C.S.2) realizaron un total de 3.849 visitas para control de TAO, con una media por paciente de $9,66 \pm 2,88$ el C.S.1 y $7,91 \pm 0,42$ el C.S.2. La media de INR fue $2,48 \pm 0,85$ en el C.S.1 y de $2,60 \pm 0,95$ en el C.S.2, estando en bajo rango el 28,31% y 23,24%, en rango terapéutico el 51,36% y 54,12%, sobre rango el 20,32% y 22,63% respectivamente. El fármaco más utilizado es el Sintrom 4 mg con una dosis media de $14,42 \pm 7,03$ y $15,30 \pm 6,83$ en los C.S.1 y C.S.2 respectivamente, siendo el medicamento responsable de la totalidad de los eventos clínicos. Sólo en el C.S.2 se dieron eventos clínicos críticos. El diagnóstico más frecuente es fibrilación auricular/flutter, seguido de "diagnóstico desconocido" en el C.S.1 o ACVA/TIA en el C.S.2.

Conclusiones: El porcentaje de pacientes con buen control de TAO es similar en ambos centros, sin embargo en el C.S.1 se realizan más visitas por paciente.

10/667. ¿POR QUÉ ESTÁN DE BAJA NUESTROS PACIENTES?

E. Montalvillo Delgado^a, A. Pérez Llerandi^b, M. Rodríguez Porres^c y T. Saiz Careag^d

^aCS Dr. López Albo. Colindres. Cantabria; ^bCS Zurbarán. Bilbao. Vizcaya; ^cCS Liébana. Potes. Cantabria; ^dCS Liébana. Potes. Cantabria.

Objetivos: Evaluar las características de las incapacidades temporales (IT) generadas en un centro de salud rural de alta montaña que asume una población de 5230 personas.

Metodología: Estudio descriptivo transversal de los pacientes en situación de IT desde el 1 de septiembre al 31 de diciembre de 2009. No se realiza muestreo, se recogen los datos de la totalidad de los pacientes en IT. Variables: sexo, edad, motivo de baja, tipo de trabajador, diagnóstico y duración de la IT. Se utilizó el programa OMI-AP (6.9). Criterio de exclusión: Continuar de baja laboral al finalizar el periodo de estudio.

Resultados: N = 116. Tiempo medio de baja: 15,80 días. Edades: [18-29]: 16,37%; [30-41]: 29,31%; [42-53]: 39,65%; [54-65]: 13,79%; > 65: 0,86%. Sexo: 54,31% varones, 45,68% mujeres. El motivo que ocasionó con mayor frecuencia IT fue la enfermedad común (88,79%), seguido del accidente no laboral (8,62%) y en tercer lugar el accidente laboral (2,58%). En cuanto al tipo de trabajo, los trabajadores por cuenta ajena suponen un 78,44% de las bajas frente al 21,55% de los trabajadores autónomos. No encontramos ninguna baja en otro tipo de trabajadores. Los procesos traumatológicos fueron la causa más frecuente de IT (37%), de los cuales un 23,25% correspondieron a lumbalgias; seguidos de las enfermedades respiratorias (30,17%) y digestivas (11,20%), el 21,63% restante se reparte en diversas patologías.

Conclusiones: El perfil del paciente en situación de IT en nuestro medio es el de un hombre entre 42 y 53 años, activo, trabajador por cuenta ajena que sufre una enfermedad común ocasionada por un proceso traumatológico.

10/670. DESCRIPCIÓN DEL BUEN CONTROL GLUCÉMICO EN LA PRÁCTICA DIARIA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 TRATADOS CON INSULINA BASAL. ESTUDIO GLYCON

L. Flores Meneses

Hospital Quirón. Barcelona.

Objetivos: Determinar y describir el porcentaje de pacientes con DM2 tratados con ADO más insulina basal adecuadamente controlados en atención primaria y especialistas.

Metodología: Estudio observacional, transversal, nacional y multicéntrico realizado en 2009. Los 617 investigadores registraron todos los pacientes con DM2, mayores de edad, tratados con ADO e insulina basal hasta alcanzar 4 pacientes controlados (HbA1c < 7%). Se definieron 3 poblaciones. La población 1 (1.283 pacientes no controlados) necesarios para reclutar la población 2 (552 pacientes controlados). La población 3 incluye todos los pacientes controlados que completaron el CRD (1.309 pacientes).

Resultados: El porcentaje de pacientes con ADO más insulina basal controlados fue del 30,1% (13,6% en AP y 41,1% en especialistas). Presentaron una edad media (DE) de 64,5 (11,2) años, el 47,3% eran mujeres, IMC $29,0 (4,7) \text{ kg/m}^2$, duración diabetes 10,6 (7,3) años y 2,5 (3,0) años desde la insulinización. El 32,9% presentó valores de GPA > 130 mg/dl. Metformina fue el ADO más utilizado (84,6%) seguido de sulfonilureas (19,5%), glinidas (17,5%) y glitazonas (5,4%). La insulina más utilizada fue glargina (78,9%-dosis media: 27,8UI), NPH (12,8%-33,5 UI) y detemir (7,8%-30,6 U). El 98% de los pacientes con glargina recibió una inyección diaria mientras que con detemir y NPH el 31% y 63% respectivamente necesitaron 2 inyecciones. Las diferencias de dosis y número de inyecciones de glargina fueron significativas en comparación con las otras 2 insulinas ($p < 0,001$). El 14,3% tuvo alguna hipoglucemia durante el mes previo, y el 0,8% alguna hipoglucemia severa.

Conclusiones: El 30,1 de los pacientes con DM2 tratados con insulina basal más ADOS estaban controlados, destacando el mayor uso de insulina glargina en una sola dosis más metformina.

10/676. EXPERIENCIA DE PILOTAJE EN UNIDADES DE GESTIÓN FAMILIAR. LA CALIDAD COMO MOTOR DE CAMBIO

C. Betancort Mastrangelo, C. Ramírez Álamo, C. Sosa Suárez, A. Barreno Hernández, N. Hernández Betancor y S. Hernández Pérez

CAP Cono Sur. Las Palmas.

Objetivos: El pilotaje de esta unidad, formada por médicos, enfermeras y administrativos, supone una ocasión única para formar un equipo multidisciplinar con el fin de tratar y prestar al usuario una atención personalizada y de calidad. Estos son algunos de sus objetivos: 1.-Disminuir los actos administrativos realizados por el profesional sanitario, empleando este tiempo en mejores actos clínicos. 2.-Mayor control de los procesos crónicos. 3.-Aumento de las citas Inter-disciplinares. 4.-Disminución de las lista de espera y citas forzadas.

Metodología: 1.-Talleres de formación en gestión. 2.-Registro de motivos de consulta. 3.-Análisis y priorización de dichos motivos. 4.-Realización de protocolos y creación de la nueva agenda. 5.-Puesta en marcha de la unidad de gestión familiar (UGF).

Resultados: Valoración comparativa entre marzo y octubre de 2008 con el mismo periodo en 2009, con las siguientes mejoras: 1.-Accesibilidad (demora, lista de espera y tiempo de espera). 2.-Gestión de las agendas (adecuación de citas telefónicas y citas coincidentes en el día). 3.-Datos asistenciales (presión asistencial y frecuentación). 4.-Satisfacción de los profesionales.

Conclusiones: Con la UGF se consigue una atención personalizada y de calidad. La disminución de las listas de espera, mejora en la organización, agilidad en la burocracia y disminución en los tiempos de espera repercute en una resolución más eficaz de los problemas de los usuarios.

10/685. EL HUMOR Y EL FUEGO: UN NUEVO BLOG DE EDUCACIÓN SANITARIA BASADO EN EL ANÁLISIS DEL HUMOR GRÁFICO DE LA PRENSA PERIÓDICA

J. de la Fuente Madero^a y A. Gómez Álvarez^b

^aUnidad Médica. EVI del Instituto Nacional de la Seguridad Social. Dirección Provincial Málaga; ^bUnidad Médica del EVI del Instituto Nacional de la Seguridad Social. Dirección Provincial Jaén.

Objetivos: Describir la trayectoria de un blog educativo de divulgación científico-sanitaria del Colegio Oficial de Médicos de Málaga, basado en el análisis del humor gráfico de la prensa periódica (“El humor y el fuego”; dirección URL <http://elhumoryelfuego.blogspot.com>) entre enero y mayo de 2010. Analizar la procedencia de las visitas registradas durante ese periodo. Analizar el impacto del recurso mediante la información proporcionada por los mensajes de correo electrónico recibidos.

Metodología: -Análisis de las entradas aparecidas en el blog. -Registro de visitas usando un contador de Motigo Webstats. -Análisis de los mensajes de correo electrónico recibidos en la dirección que consta en el propio blog.

Resultados: Hasta el 31 de mayo se incluyeron 16 entradas, abordando aspectos microbiológicos, inmunológicos, preventivos, clínicos y sociales de enfermedades infecciosas mediante análisis de obras de 37 humoristas de diversas nacionalidades. Se registraron visitas procedentes de 3 continentes: Europa (69,1%), América (Sudamérica 20,6%, Centroamérica 9,1% y Norteamérica 0,9%) y Asia 0,3%. El blog fue finalista en “Las Mejores Iniciativas en Internet” (Diario Sur, febrero 2010) y premiado en “Los Favoritos en la Red” (Diario Médico, mayo 2010).

Conclusiones: El análisis del humor gráfico es un adecuado método docente para captar la atención del público sin límites de fronteras.

10/686. MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA: LA INCAPACIDAD PERMANENTE EN LA BIBLIOTECA COCHRANE PLUS

J. de la Fuente Moreno^a y A. Gómez Álvarez^b

^aUnidad Médica. EVI del Instituto Nacional de la Seguridad Social: Dirección Provincial de Jaén; ^bUnidad Médica. EVI del Instituto Nacional de la Seguridad Social: Dirección Provincial de Málaga.

Objetivos: Analizar los trabajos incluidos en la Biblioteca Cochrane Plus que hacen referencia a la incapacidad laboral de carácter permanente, y concluir cuáles son las patologías acerca de las cuales puede extraerse información de esta fuente.

Metodología: Estudio descriptivo transversal realizado en mayo de 2010 (Biblioteca Cochrane Plus 2010 Número 1 ISSN 1745-9990). Utilizamos como términos de búsqueda “incapacidad”, combinado con “laboral” y con “permanente”, y “work disability”, seleccionando únicamente los trabajos que incluían esos términos en su título o en su resumen.

Resultados: Encontramos 6 trabajos diferentes que respondían a los criterios de búsqueda. En ellos se daba respuesta a diversas preguntas relacionadas con la incapacidad laboral derivada de diferentes problemas de salud: 1) Lumbalgia: 3 trabajos. 2) Ciatalgia: 1 trabajo. 3) Traumatismos por accidentes de tráfico: 1 trabajo. 4) Cáncer de mama: 1 trabajo. Dos de los trabajos (uno sobre lumbalgia y el de accidentes de tráfico) eran españoles.

Conclusiones: Más de la mitad de estudios sobre incapacidad permanente incluidos en la Biblioteca Cochrane Plus hacen referencia a problemas derivados de patología de columna lumbar. Ne-

cesitamos más estudios sistemáticos sobre la incapacidad laboral derivada de otras patologías.

10/687. GRASAS TRANS: ¿SABEMOS LO QUE CONSUMEN LOS ESCOLARES?

E. Zurilla Leonarte^a, M. Giraudo Stabio^b, T. Jiménez Pascua^c, J. Montero Alia^d, M. Jiménez González^e y C. Forcada Vega^f

^aMédico de Familia. EAP Mataró 6. Barcelona; ^bResidente de Medicina Familiar y Comunitaria. ^cMédico de Familia. EAP Mataró 7. Barcelona; ^dMédico de Familia. EAP Mataró 3. Barcelona; ^eMédico de Familia. EAP Mataró 1. Barcelona; ^fTécnico de Salud. SAP Mataró. Barcelona.

Objetivos: Conocer el consumo de GT y la adhesión al Índice de calidad de la dieta mediterránea (ICDM) en niños de 1º, 4º y 6º de educación primaria (EP).

Metodología: Estudio descriptivo, transversal y multicéntrico. En 828 niños de 11 escuelas de ámbito urbano, públicas y concertadas. Se estudian datos demográficos, peso, talla, test Kidmed (cuestionario de ICDM) y consumo de GT (diferentes productos con GT cuantificados). Encuestas de 1º: contestadas por padres. Encuestas 4º y 6º: por padres y niños (dobles).

Resultados: De 828 matriculados participan 83,7%, excluimos 22 (3,2%) por dificultad idiomática (7) y por dietas especiales (15). 48% niñas, 88% nativos, 17% sobrepeso y 5% obesidad, 16% comen a diario en el comedor escolar. El 41% presenta elevada adhesión al ICDM y tienen IMC (índice de masa corporal) más bajo. El 53% tiene consumo diario de 1 o más productos con GT. De los padres, 80% participan. Existe una concordancia entre padres-hijos moderada para ICDM y buena respecto al consumo de GT. El contenido de GT de la mayoría de los productos es inferior al 3%.

Conclusiones: Existe un alto consumo de productos con GT. Los alumnos de 1º presentan un grado de adhesión ICDM más alto. Conforme crecen disminuye el grado de adhesión al ICDM. Niños con alta adhesión ICDM tienen un IMC menor. Aun existiendo una elevada adhesión al ICDM, el consumo de productos con GT es alto en todas las edades estudiadas.

10/690. ¿EXISTEN DIFERENCIAS EN EL RIESGO CARDIOVASCULAR DE NUESTROS HIPERTENSOS DEPENDIENDO DE SU PERFIL NICTAMERAL?

F. Aranda Lara, A. Ramos Corpas, J. Zarazaga Rodríguez, C. Fernández Soler, E. González Barbero y A. Medrano Ortega

UGC Utrera Sur. Sevilla.

Objetivos: Los estudios OHSAMA y PIUMA han demostrado la importancia del perfil nictameral en el riesgo cardiovascular (RCV). Nuestro objetivo es valorar si en nuestros pacientes, existe diferencia de RCV según su perfil nictameral.

Metodología: Revisamos 185 pacientes a los que le hemos realizado una monitorización de presión arterial de 24 h (MAPA). Cumplían criterios de calidad 153-82,7%. Edad media de 55,6 años y el 56,9% son hombres. Los clasificamos según su perfil circadiano de presión arterial en: Dipper, Extreme-dipper, Non-dipper y Riser comparando su RCV mediante prueba de Chi cuadrado con programa estadístico SSPS.

Resultados: No encontramos diferencias significativas en sexo, obesidad central, dislipemia y antecedentes familiares de muerte cardiovascular prematura.

Conclusiones: Los pacientes non-dipper y riser presentan un incremento de su RCV. Teniendo en cuenta 43.8% de los pacientes hipertensos de nuestra población los presentan, el poder identificarlos mediante la MAPA, nos ayuda a intentar modificar, me-

Tabla

	DIPPER	EXTREME DIPPER	NON- DIPPER	RISER	p
N-%	71-46,4	15-9,8	48-31,4	19-12,4	
Edad media (años)	49,0	47,9	52,3	66,5	0,0000
RCV alto/muy alto (n-%). Criterios SEH	26-36,6	11-73,3	27-56,3	6-31,6	0,0085
Edad (h > 55 y m > 65) (n-%)	14-20	3-20	16-33	13-68	0,0005
Tabaco (n-%)	24-34	3-20	10-21	0	0,0148
Diabetes (n-%)	4-6	0	5-10	7-37	0,0007
3 o más factores RCV (n-%)	11-16	1-7	12-25	11-58	0,0005
Enfermedad CV asociada (n-%)	3-4,2	1-6,7	4-8,3	2-10,5	0,0005

dianter la cronoterapia, su perfil nocturnal y así disminuir su RCV.

10/698. CONTROL DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN UNA UNIDAD BÁSICA ASISTENCIAL DISTRIBUIDA EN 2 CONSULTAS DIFERENTES

A. Arana Madariaga, P. Farrás i Serra, J. Boné Amela^c, M. Oroquieta Villanueva^a, E. Vilaplana i Penella^d y M. Juncadella i Puig^d

^aMedicina Familiar y Comunitaria. ^bMedicina General. ^cDUE. ABS Suria. Barcelona. ^dMedicina Familiar y Comunitaria. ABS Sallent Barcelona.

Objetivos: Averiguar si existen diferencias en el control de los pacientes atendidos en una Unidad Básica Asistencial (UBA) dividida en un área semi-urbana y un área rural.

Metodología: Diseño: estudio observacional tipo self-audit, efectuando revisión de Historias clínicas (e-CAP) del último año natural. Ámbito de estudio y sujetos: Área Básica de Salud Suria (8200 individuos) con 6 UBAs. Una (UBA-E) realiza sus funciones asistenciales en dos consultorios diferentes: CAP Goretti-Badia de Suria (semi-urbano-SU-) y CAP Callús (rural-R-). La UBA-E atiende 1359 pacientes, 973 en SU y 386 en R con distribución horaria de 4/5 en SU y 1/5 en R. Población: pacientes diagnosticados de Diabetes Mellitus 2 (DM-2) en e-CAP. Consideramos criterios de control óptimo los de la ADA 2009. Variables: edad, sexo, %HbA1c, LDL-C, HDL-C, TG, TAS, TAD, tabaco.

Resultados: Media edad, 68 años, y prevalencia diabetes, 7%, es semejante en ambos grupos. Distribución por sexos es diferente: 2/3-varones-SU, 1/3-varones-R. Control aceptable de HbA1c-65%-y LDL-54%-. Diferencias poblacionales de registro tabáquico, TA e IMC. Diferencias registro HbA1c, LDL, HDL y TG. Control TAS-28%-bajo en las 2 poblaciones.

Conclusiones: Prevalencia de DM-2, media de edad y HbA1c < 7% muestra cifras similares en las dos poblaciones. Registro tabáquico, TA, dislipemias e IMC son diferentes en las dos poblaciones, que se puede atribuir a la distribución horaria y a la protocolización analítica de los datos. Sólo un 1,01% de la población tiene controladas todas las variables.

10/699. ¿CÓMO ASISTIMOS A NUESTROS PACIENTES? ¿DEMANDA, CONCERTADA? ¿VIENEN, VAMOS?

M. Saiz Careaga^a, M. Rodríguez Porres^a, A. Pérez Llerandi^b y E. Montalvillo Delgado^d

^aMédico de Familia. CS Liébana. Potes. Cantabria; ^bMédico de Familia. CS Zurbarán. Bilbao. Vizcaya; ^cMédico de Familia. CS López Albo. Colindres. Cantabria.

Objetivos: Analizar si existen diferencias en nuestra actividad asistencial entre dos Centros de Salud, uno rural (CSR) y otro urbano (CSU).

Metodología: Estudio descriptivo transversal. Los datos se obtienen del registro de actividades durante 6 meses: octubre/2009 a marzo/2010. Ambos centros tienen una dotación de 6 médicos, 6 enfermeras y 1 pediatra. Variables a estudio: tipo de consulta Demanda/Concertada; lugar de consulta Domicilio/Centro y solicitud de consulta mostrador/teléfono. Se valoró también la presión asistencial y frecuentación.

Resultados: Se realizaron un total de 112.348 visitas (61,42% en CSU y 38,57% en CSR). El tipo de consulta fue: demanda 53,80% en CSU y 55,57% en CSR; concertada 38,7% en CSU y 35,65% en CSR. El lugar donde se realizó la consulta: domicilio 3,21% en CSU y 4,53% en CSR; en el centro 96,79% en CSU y 95,47% en CSR. La cita se pidió en el mostrador de admisión 46,38% en CSU y 31,33% en CSR y vía telefónica 50,41% en CSU y 64,13% en CSR. Frecuentación fue 7,1 en CSU y 8,2 en CSR con una presión asistencial de 565,68% en CSU y 355,20 en CSR.

Conclusiones: No se observan grandes diferencias entre un Centro y otro: en ambos la cita se realiza preferentemente vía telefónica solicitando una consulta tipo demanda. La presión asistencial en CSU es mayor aunque no así su frecuentación, posiblemente por las características de la población.

10/701. DOLOR CRÓNICO OSTEOARTICULAR: CONOCIMIENTO Y ABORDAJE EN ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIZADA

J. Vázquez Castro^a, A. Tejedor Varillas^b, J. Sánchez Jiménez^c, A. Delgado Martínez^d, J. Tornero Molina^e y M. Grifols Ronda^f

^aMédico de Familia. CS Estrecho de Corea. Madrid; ^bCS Las Ciudades. Getafe, Madrid; ^cCS Berja. Almería; ^dComplejo Hospitalario de Jaén; ^eReumatólogo. Hospital General Universitario de Guadalajara; ^fDepartamento Médico de Esteve. Barcelona.

Objetivos: Detectar áreas de mejora en el manejo médico del dolor crónico osteoarticular (DCO).

Metodología: Estudio descriptivo transversal (febrero-julio de 2009). Se evaluaron 647 cuestionarios: 486 de médicos de Atención Primaria (AP), 161 de Atención Especializada (AE): Traumatología (78), Reumatología (49), Unidad del Dolor (17), Rehabilitación (13). Estadística descriptiva: Stata v10.1 y SPSS v17.

Resultados: Ámbito de trabajo urbano (64% AP, 94% AE) y público (90% AP, 80% AE). El DCO se considera en su mayoría mixto (50% AP, 48% AE) y nociceptivo somático (43% AP, 46% AE). La localización más habitual es columna, hombro y cadera. El origen más frecuente es articular (artrosis, espondilodiscartrosis), seguido de mixto, óseo y muscular. La mayoría presentan dolor de intensidad moderada (75% AP, 73% AE). La escala de valoración del dolor visual-analógica (EVA) es utilizada en el 30% AP y 42% AE; las multidimensionales (MD), 17% AP y 11% AE. Los fármacos más usados son analgésicos,

AINEs, opioides menores (tramadol, codeína) y mayores (fentanilo-TTS, morfina oral retardada). El 19% AP y 11% AE señalan falta de conocimientos para utilizar opioides mayores. El 68% de los médicos desearía ampliar conocimientos sobre DCO.

Conclusiones: El DCO más frecuente es el mixto, seguido del nociceptivo, de intensidad moderada y localización articular (causa más frecuente, la artrosis). Existe un área de mejora en la utilización de escalas y cuestionarios de valoración del DCO. Los fármacos más empleados fueron analgésicos, AINE y opioides débiles (necesidad de formación en esta área). No se observan diferencias relevantes entre AP y AE.

10/709. ¿CÓMO TRATAMOS A LOS PACIENTES ANTICOAGULADOS EN NUESTRO CENTRO DE SALUD?

M. Rodríguez Porres^a, E. Montalvillo Delgado^b, A. Pérez Llerandi^c y M. Sáiz Careaga^a

^aCS Liébana. Potes. Cantabria; ^bCS López Albo. Colindres. Cantabria; ^cCS Zurbarán. Bilbao. Vizcaya.

Objetivos: Analizar el tratamiento con anticoagulantes orales (ACO) en un Centro de Salud rural en Cantabria: diagnóstico y control del mismo.

Metodología: Estudio descriptivo transversal durante el último semestre del año 2009 de los pacientes en tratamiento con ACO: se utiliza para ello la historia clínica del programa OMI-AP (6.9) y el programa del Sintrom TAO. Variables estudiadas: tipo de fármaco, diagnóstico y rango terapéutico. Se excluyen los pacientes controlados en el hospital.

Resultados: Obtenemos 168 pacientes con tratamiento anticoagulante a los que se realiza control capilar. Por fármacos: Sintrom 4 mg: 161 (95,83%) Sintrom 1 mg: 3 (1,78%) Sintrom 1 mg (mitad): 1 (0,59%) Previscan 20 mg: 1 (0,59%) Aldocumar 10: 1 (0,59%) y Aldocumar 1 mg: 1 (0,59%). Los diagnósticos que ocasionaron el tratamiento fueron: Fibrilación Auricular (ACFA)/Flutter: 90 (53,5%); patología valvular: 5 (2,79%) tres biológicas y dos mecánicas; embolismo sistémico: 1 (0,59%); miocardiopatía dilatada: 2 (1,19%); accidente cerebro-vascular (ACVA): 5 (2,97%); tromboembolismo pulmonar (TEP): 5 (2,97%); trombosis venosa profunda: 11 (6,54%); evento recurrente tras TAO: 2 (1,19%) y diagnóstico desconocido: 41 (24,4%). De los 168 pacientes 60,12% se encontraban dentro de rango terapéutico, 19,05% por debajo del mismo y 20,83% por encima de rango.

Conclusiones: El diagnóstico por el que más frecuentemente se anticoagula es por ACFA, seguido de TEP. Aproximadamente 1/4 de las personas no tienen registrado en su historia, ni en el programa TAO el diagnóstico del tratamiento. El fármaco más utilizado para la anticoagulación es le Sintrom 4 mg.

10/710. INDICACIONES DE LOS DISPOSITIVOS DE AVANCE MANDIBULAR EN LOS SÍNDROMES RESPIRATORIOS OBSTRUCTIVOS DEL SUEÑO

P. Mayoral Sanz^a, R. Ramírez Parrondo^b, D. García Borreguero^a, D. Panova Tzonova^a, O. Larrosa^a y E. Calvo^a

^aInstituto Investigaciones del Sueño. Madrid. ^bClínica Universidad de Navarra. Pamplona.

Objetivos: Poner en conocimiento del Médico de Familia: dispositivos de avance mandibular (DAM) son tratamiento de primera elección para el Ronquido, Síndrome de Resistencia de la Vía aérea (SRVA), Síndrome de apnea obstructiva de sueño (SAOS) leve y moderado.

Metodología: Búsqueda bibliográfica MEDLINE 1982 a 2010, artículos en español, inglés o francés con datos primarios, número de enfermos = 30. Artículos: calificación metodológica y de calidad. Excluidos: artículos duplicados, desfasados o con información insuficiente para su valoración.

Resultados: 233 artículos (grado A 138, B 46, C 37, D 12). La Asociación americana de medicina de sueño y la sociedad europea de medicina del sueño reconocen la efectividad de los DAM y recomiendan su uso. Efectividad de los DAM en el tratamiento de las alteraciones respiratorias obstructivas documentada por Cochrane Collaboration al más alto nivel de evidencia científica.

Conclusiones: Al Médico de Familia le conviene conocer que el DAM, constituye un tratamiento eficaz en síndromes respiratorios obstructivos del sueño, porque interrumpe la generación de la obstrucción de la vía respiratoria superior. Indicaciones: primera opción: ronquido, SRVA, SAOS < 25 sin síntomas asociados, buena dentición y BMI < 30; alternativa al CPAP en SAOS > 25; pacientes que no toleran el CPAP.

10/712. CONTROLAMOS MEJOR LA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA QUE EL RESTO DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES ISQUÉMICAS

A. Rodríguez Garrote^a, J. López de la Iglesia^a, G. Gutiérrez Raso^a, S. Fernández Cordero^b, A. Rodríguez Rodríguez^c y N. Martínez Pérez^c

^aÁrea Condesa. León; ^bÁrea Ribera del Orbigo. Benavides de Orbigo. León; ^cEras de Renueva. León.

Objetivos: Determinar si existen diferencias en el buen control de los principales factores de riesgo cardiovascular de las siguientes patologías de origen isquémico: cardiopatía isquémica (ci), accidente cerebrovascular isquémico (acv) y claudicación intermitente (eap) y en la utilización de fármacos de probada eficacia en el aumento en la supervivencia en estas patologías.

Metodología: Estudio descriptivo transversal en una zona básica de salud urbana (27.439 habitantes mayores de 14 años. Muestra aleatoria sistematizada de 247 pacientes con ci de 767, 184 con acv de 347 y 98 con eap a 30 de abril de 2009. Revisión de historias clínicas informatizadas, convencionales y entrevista telefónica. Variables: filiación, frcv: fumador, obesidad, diabetes, dislipemia, hipertensión arterial y enfermedad cardiovascular concomitante. Fármacos: b-bloqueantes y nitroglicerina sl en ci, hipotensores, hipolipemiantes, antiagregantes, anticoagulantes orales (aco). Buen control de frcv: presión arterial (pa) < 130/80 (media de 2 últimas) hba1c < 7. Ldl-c < 100 no fumador mediciones del 30/04/2008 al 30/04/2009. Intervalo de confianza de 95%.

Resultados: Edad media: acv 76,1 (11,7) ci 73,2 (10,4) eap 71,9 (10,5) hombres 66,4% acv 54,2% ci 72,8% eap 87,9% fumadores: acv 10,5% ci 10,7% eap 15,5% obesos: acv 29,6% ci 20,1% eap 33,9% diabéticos: acv 19,4% ci 24,3% eap 22,4% buen control ta: acv 45,1% ci 46,2% eap 30,6% buen control ldl: ci 61,2% (53,7-68,7) acv 45,6% eap 43,2%. Fármacos: hipolipemiantes: ci 78,2% acv 40,8% eap 69% antiagregantes/aco ci 96,6% (58,5% aas) acv 90,4% eap 86,2% (28% clopidogrel) bb 57%.

Conclusiones: Los resultados del estudio muestran un ligero mejor control de frcv en pacientes con ci, usando más estatinas y antiagregantes que en el resto. Solamente el 57% de los pacientes con ci toma b-bloqueantes y el 40% de los acv estatinas. Destaca el peor control de los frcv en los pacientes con eap que en un elevado porcentaje desarrollara otros eventos cardiovasculares potencialmente mortales.

10/715. FIBRILACIÓN AURICULAR: ¿SOMOS CAPACES DE CONTROLARLA EN PRIMARIA?

A. Martín Herruzo^a, A. García Lerín^a, O. García Vallejo^a, R. del Olmo Zamora^a, S. Martín Herruzo^b y F. Ojeda Galdón

^aCS Almendrales. Madrid; ^bHospital de Fuenlabrada. Madrid; ^cCS Algemesí. Valencia.

Objetivos: Determinar prevalencia y características de población con fibrilación auricular del C.S. Almendrales de Madrid y compararla con otros estudios.

Metodología: Estudio observacional descriptivo transversal utilizando programa OMI-AP revisando 149 pacientes del C.S. Almendras de Madrid con historial de arritmia cardíaca o FA (población 23.303 19% > 65 años) presentaban FA 80, hombres 44 mujeres 36, edad media 76.75 ± 8.48 años. Se revisaron: edad, sexo, factores de riesgo: eventos cardiovasculares, HTA, DM, DL, anticoagulación/antiagregación, antiarrítmicos/frenadores NAV), comparando con otros estudios.

Resultados: Prevalencia de FA en nuestro estudio 0,34%, otros estudios (0,4%). Diferencias en mayores 65 años (1,59% frente a 5% en otros estudios). En otros estudios se encontró que pacientes con FA presentaban HTA del 49 al 86,3%, en nuestro estudio 75%. El 20% diabéticos y el 41,3% dislipémicos, encontrándose eventos cardiovasculares en 23,8%. Un 21,3% de pacientes con FA con tratamiento antiarrítmico y 38,8% frenadores del NAV. De los pacientes 56,3% anticoagulado, 28,8% antiagregado (23,8% AAS, 5% clopidogrel) 10% anticoagulado y antiagregado, sin tratamiento 5%.

Conclusiones: De cada mil pacientes 3 presentaban FA y 15 de cada mil en mayores 65 años, confirmando mayor prevalencia en este grupo, siendo en nuestro estudio similar a los demás. Elevada prevalencia de HTA en pacientes con FA, mayor en nuestro estudio que en estudios consultados. Porcentaje superior de pacientes que reciben profilaxis tromboembólica respecto otros estudios. El porcentaje de pacientes cuya base de tratamiento es control de la frecuencia de NAV prácticamente es el doble de los que recibían tratamiento antiarrítmico.

10/721. ¿NUESTRO PSIQUIATRA CONSULTOR VARÍA EL PLAN TERAPÉUTICO DE LOS PACIENTES DERIVADOS A SU SERVICIO?

E. Costa Atienza, C. Forcada Arcarons, A. Arrufat Nevot, A. Bárcena Fernández, B. Mateu Carralero y R. Chaparro Cardozo

ABS Manlleu. Barcelona.

Objetivos: Revisar los cambios terapéuticos farmacológicos realizados por el psiquiatra consultor en nuestro centro de salud (CS). Revisar las características demográficas y las patologías psiquiátricas de los pacientes derivados.

Metodología: Des de mediados de 2009 disponemos en nuestro CS de un psiquiatra consultor cuya función es proporcionar ayuda al médico de familia en las patologías psiquiátricas que no son de derivación al centro de salud mental (CSM) de referencia. Hemos analizado las visitas de los 6 primeros meses. Se analizan descriptivamente los cambios de medicación realizados por el psiquiatra, las características demográficas de los pacientes, las patologías psiquiátricas y tipos de tratamiento farmacológico.

Resultados: El psiquiatra ha realizado cambios en el tratamiento médico en el 74%. De éstos, Se hizo seguimiento en un 52%. Un 16% fue derivado al CSM de referencia. Total de visitas: 117. 72% mujeres, 28% hombres. Media de edad: 45 años. Un 69% de mujeres y un 82% de hombres presentaban problemas de ansiedad y/o depresión. Un 18% de los hombres presentaban problemas relacionados con trastornos de la personalidad. Las 3 clases de fármacos más usados fueron 35,3% Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, 24,2% ansiolíticos y 14% antiepilépticos. Tanto en hombres como en mujeres, el 24% tomaban 3 tipos de fármacos psiquiátricos.

Conclusiones: El psiquiatra realiza cambios en el tratamiento de manera habitual además de cómo mínimo una visita de seguimiento posterior. Se visitaron más mujeres que hombres. La patología psiquiátrica más habitual es ansiedad y/o depresión. No hay diferencias entre polifarmacia y sexo.

10/723. ¿TENEMOS A MUCHOS PACIENTES DE BAJA?

E. Montalvillo Delgado^a, M. Saiz Careaga^b, M. Rodríguez Porres^b y A. Pérez Lerandi^c

^aCS López Albo. Colindres. Cantabria; ^bCS Liébana. Potes. Cantabria; ^cCS Zurbarán. Bilbao. Vizcaya.

Objetivos: Analizar las bajas laborales (IT) que se dan a los pacientes de un centro de salud semiurbano en el que la variabilidad de sectores de trabajo en la población es importante, comparándolas con las que existen en nuestro área de salud.

Metodología: Estudio descriptivo transversal de la población activa con seguridad social durante el año 2009 en la zona básica de salud. Ámbito: Atención Primaria. No se realiza muestreo. Variables: pacientes en IT, duración de la IT, médico prescriptor. Indicadores: incidencia, prevalencia referida al último día de cada mes. Análisis estadístico con SPSS.

Resultados: El número de asegurados activos es variable a lo largo del año correspondiendo a una población media de 5033,17 [5024,38-5041,96]. Los pacientes en IT a final de cada mes fueron 162 [143,24-180,76]. La incidencia de IT en el año fue de 2,32, similar a la del área de salud de 2,31. La media de las prevalencias fue de 3,22 [2,84-3,60] mientras que en el área correspondió a 3,06 [3,02-3,10]; Los meses de mayor prevalencia de bajas en la zona y en el área fueron los de febrero (3,51) y enero (3,3) y los de menor septiembre (2,99) y julio (2,84) respectivamente, la referida al último día del año en ambos es de 3. El promedio de días de baja por activo se sitúa en 1 [0,68-1,32] en nuestra zona frente a 0,97 [0,78-1,16] del área.

Conclusiones: Damos las mismas bajas a los pacientes y sin cambios en el patrón estacional en ambos casos, aunque con algunas diferencias según los meses.

10/729. RIESGOS PSICOSOCIALES EN MÉDICOS DE CENTROS URBANOS DE SEGOVIA

M. Andrés Francés^a y M. Fragua Gil^b

^aComplejo Hospitalario de Segovia; ^bCS Segovia I.

Objetivos: Evaluar el nivel de riesgo psicosocial al que están expuestos los médicos de los centros de salud urbanos de Segovia analizando los factores implicados en el mismo para hacer propuestas de intervención dirigidas a su prevención. El Sistema Nacional de Salud ha experimentado grandes cambios en un corto periodo de tiempo, que han tenido una influencia profunda en la salud y la seguridad de sus trabajadores. La patología derivada de la exposición a Riesgos Psicosocial es actualmente una causa importante de absentismo laboral en el personal sanitario. Conlleva un coste en sufrimiento humano importante y consecuencias negativas en la calidad de la atención sanitaria.

Metodología: Estudio descriptivo transversal realizado en junio de 2009. Población de estudio: Médicos de los tres Centros de Salud y Servicio Urgencias de Atención Primaria (SUAP). Total 49 trabajadores. Participación voluntaria y anónima. N = 26 (53%). Método de Valoración de Factores Psicosociales FPSICO del Instituto de Seguridad e Higiene en el Trabajo (FPSICO). Presenta una aplicación informática con un método de valoración propio. Se basa en un cuestionario de 75 preguntas de respuesta cerrada, previamente codificadas en una escala de 3 a 5 rangos. Se miden siete factores, que analizan otros tantos aspectos de la realidad psicosocial de la empresa. a) Carga mental: las presiones del tiempo, el esfuerzo de atención, la fatiga, la cantidad y la dificultad de la tarea. b) Autonomía temporal: la capacidad de poder organizar las tareas en el tiempo de trabajo. c) Contenido del trabajo: la variedad de tareas, la importancia y motivación. d) Supervisión-Participación: control que ejerce la empresa sobre el trabajador participación del trabajador. e) Definición del rol: claridad con que el trabajador vive su

cometido. f) Interés por el trabajador: aspectos como su promoción o formación. g) Relaciones personales: la dirección, los clientes y los compañeros. Para cada factor se da una puntuación grupal que es la media de las puntuaciones de cada sujeto al factor. Oscila de 0 a 10 puntos. Según este valor se clasifican en: Tramo satisfactorio (0 A 4), Tramo intermedio (4 A 7), Tramo nocivo (7 a 10). Además se aporta el porcentaje de cuestionarios que quedan incluidos en cada uno de los tramos. Se analizan también las frecuencias absolutas y relativas de las contestaciones a cada una de las preguntas y estos datos sirven para un análisis en profundidad de los subfactores que componen cada uno de los factores en estudio.

Resultados: Existen tres factores con valores no aceptables: La Carga mental, la Autonomía Temporal y la Supervisión-Participación. La Carga mental (media 7,92), se encuadra en el tramo nocivo. El 73,03% de encuestados están en el tramo nocivo y el 26,92% en el intermedio. La sensación subjetiva de fatiga es alta (el 61%), con una intensidad de atención alta o muy alta en el 100% de los casos, y necesitando mantener esta atención más de tres cuartas partes de su tiempo (88%). El 76% de los médicos valoran que tienen poco tiempo asignado a la tarea y necesitan recuperar los retrasos acelerando el ritmo en el 83% de los casos. El 74% considera que la tarea es intensa, y en un 72% que es compleja. La Autonomía temporal (media de 6,73) se sitúa en el punto máximo del nivel intermedio. El 61% indica que no puede abandonar el puesto y el 11% tiene capacidad de distribuir las pausas. La Supervisión participación (media de 5,32) se sitúa en el tramo intermedio. Mas del 60% opinan que los medios de participación no existen o son malos. El contenido del trabajo (media 2,77) se sitúa en el tramo aceptable estando el 0% de los casos encuadrados en el tramo nocivo. El Interés por el trabajador (media 3,8) da valores generales buenos, sin embargo, los médicos están descontentos de la promoción (68%) y de la formación (79%). Las relaciones (media, 1,02) son valoradas como buenas las relaciones con jefes, (85,3%) compañeros (92%) y con clientes (96%). La definición del rol, (media 3,4) está incluido en el tramo satisfactorio.

Conclusiones: Existe riesgo psicosocial de nivel medio-alto en los médicos de los centros de salud urbanos de Segovia. El factor psicosocial mas implicado en el riesgo es la carga mental. El 100% de los estudiados están sometidos a una carga mental elevada con un nivel de riesgo no aceptable. Las causas de la carga mental son la fatiga y la necesidad de atención alta, con tareas intensas y complejas disponiendo de poco tiempo asignado para su resolución. Se dispone de poca autonomía en la distribución del tiempo y las pausas de trabajo. La valoración de la supervisión es aceptable pero no así la de los medios de participación en la empresa. La valoración del contenido de trabajo, de las relaciones personales y de la definición del rol es positiva. Puede deducirse que el grupo en su totalidad considera su trabajo interesante, importante, motivador y cubre sus expectativas. Deben tomarse medidas preventivas que se dirigirán prioritariamente al control de la fatiga para minimizar la carga mental.

10/736. DIAGNÓSTICO DE CARCINOMATOSIS PERITONEAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

E. Álvarez Tutor y J. Álvarez Tutor

Medicina de Familia. CS de Ermitagaña. Pamplona. Navarra.

Objetivos: La carcinomatosis peritoneal (CP) puede presentarse como ascitis como única manifestación. Otras veces pueden demostrarse implantes metastásicos, adenopatías, atrapamiento mesentérico, etc. La ecografía y el TAC constituyen un excelente método de imagen para la valoración de la CP. Valorar la aportación de la Ecografía y el TAC al estudio de pacientes con carcinomatosis peritoneal.

Metodología: Realizamos estudio retrospectivo de 47 pacientes con CP, con edad comprendida entre 37-80 años, media de 64, siendo 14 varones y 33 mujeres. Se valoran los parámetros: -Presencia de líquido abdominal; -Distribución y densitometría del mismo; -Infiltración mesentérica; -Masas y adenopatías.

Resultados: Se comprobó presencia de líquido libre en el 100% de los casos, con igual distribución de líquido en saco mayor y menor en el 30% de los mismos; infiltración mesentérica en el 23%; presencia de masas en el 49%; adenopatías en el 13%. No se encontraron hallazgos de malignidad en 4 casos, en los cuales sí los demostró la laparotomía hecha con posterioridad.

Conclusiones: El TAC y la ecografía sugieren malignidad en el 91,5% de los casos de la serie estudiada. Por tanto, nos parece buen método de imagen la suma de ambas técnicas para el estudio de la CP. Sin embargo, los hallazgos negativos no son excluyentes de malignidad; en nuestra serie, 4 casos no mostraron hallazgos valorables con la ecografía y el TAC, y la posterior laparotomía, si demostró signos de carcinomatosis peritoneal.

10/737. MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA: LAS BAJAS LABORALES EN LA BIBLIOTECA COCHRANE PLUS

A. Gómez Álvarez^a y J. de la Fuente Madero^b

^aUnidad Médica del EVI. Instituto Nacional de la Seguridad Social. Jaén; ^bUnidad Médica del EVI. Instituto Nacional de la Seguridad Social. Málaga.

Objetivos: Analizar los trabajos incluidos en la Biblioteca Cochrane Plus que hacen referencia a las bajas laborales por incapacidad temporal, y concluir cuáles son las patologías acerca de las cuales puede extraerse información de esta fuente.

Metodología: Estudio descriptivo transversal realizado en mayo de 2010 (Biblioteca Cochrane Plus 2010 Número 1 ISSN 1745-9990). Utilizamos como términos de búsqueda “baja laboral”, “sick leave” e “incapacidad temporal”, seleccionando únicamente los trabajos que incluían esos términos en el título o en el resumen.

Resultados: Encontramos 18 trabajos diferentes que respondían a los criterios de búsqueda. En ellos se daba respuesta a diversas preguntas relacionadas con la incapacidad temporal derivada de varias patologías, siendo tales patologías las siguientes: 1) Lumbalgia exclusivamente: 16 trabajos. 2) Raquialgia en general: 1 trabajo. 3) Dolor del aparato locomotor en general (raquis y extremidades): 1 trabajo. 4) Cáncer de mama: 1 trabajo. Todas las revisiones sistemáticas (4) versaron sobre lumbalgia. Sólo dos de los trabajos incluidos (uno descriptivo, otro intervencionista) eran españoles, ambos sobre lumbalgia.

Conclusiones: La inmensa mayoría de estudios sobre incapacidad temporal incluidos en la Biblioteca Cochrane Plus hacen referencia a patologías del aparato locomotor, con especial atención a la lumbalgia. Necesitamos más estudios sobre la incapacidad temporal derivada de otras patologías, especialmente trabajos realizados en nuestro medio.

10/739. AVISO UNIDAD MÓVIL MEDICALIZADA: DOLOR TORÁCICO

A. Palma Enríquez^a, A. Varón Espinosa^b, J. Aguirre Rodríguez^c, M. Sacristán Tovar^d, P. Hernández Lozano^d y M. Hurtado Pérez^d

^aMédico de Familia. CS de Atarfe. Granada; ^bMédico de Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias de Atarfe. Granada; ^cMédico de Familia. CS Casería de Montijo. Granada; ^dEnfermera de Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias de Atarfe. Granada.

Objetivos: 1) Analizar asistencias realizadas por Unidad Medicalizada Atarfe (UM) en un año, proceso Dolor Torácico (DT) sugestivo de cardiopatía isquémica. 2) Valorar capacidad diagnóstica ante DT

de éstas características.3) Analizar resolución del proceso y elección medio de traslado al hospital tras estratificación riesgo.

Metodología: Estudio descriptivo, retrospectivo, todas las asistencias en atención primaria realizadas (UM), que entraron en proceso DT, sugestivo de cardiopatía isquémica, 1/5/ 2009 a 31/5/ 2010, población n = 45.000, 8h-15h, lunes a viernes. Motivo demanda (DM) dolor torácico no traumático, síntomas equivalentes, disnea brusca, síncope, BRIHH reciente. Variables: motivo de demanda (DT; DT origen cardiopatía isquémica), prioridades: (P1: emergencia, P2: urgencia no demorable) sexo, edad, diagnósticos emitidos (DE), resolución, confirmación hospitalaria DE.

Resultados: Total asistencias, n = 766 (100%); "proceso (DT) no filiado", n = 60, (8%), (5/mes). (DT) sugestivo cardiopatía isquémica (n = 17), (29%). 1.-síndrome coronario agudo (SCA) (n = 15) (88%): 1.1 Angina inestable/IAM sin elevación del ST (SCAEST): n = 10, (67%), edad media 70a; sexo predominio masculino (70%); prioridades: (P1: n = 5, P2: n = 5); 100% derivación hospitalaria (UM). Confirmaciones diagnósticas hospitalarias (80%).1.2 IAM elevación ST (SCAEST): (n = 5), (34%), edad media (71a); sexo femenino (60%); prioridades: (P1: n = 3,P2: n = 2), (100%) derivación hospitalaria (UM). Confirmaciones diagnósticas hospitalarias (80%). 2.-Angina estable (n = 2) (12%): edad media (79a), hombres; ambos derivación hospitalaria en ambulancia convencional. Dos confirmación diagnóstica.

Conclusiones: 1) Analizadas las asistencias realizadas que entraron en proceso (DT) sugestivo de cardiopatía isquémica, el "Síndrome coronario agudo" fue el diagnóstico emitido más frecuente, destacando (SCAEST). 2) El diagnóstico emitido médico, confirmado a nivel hospitalario 85%. 3) 100% asistencias potencialmente graves /urgentes, se seleccionó la derivación hospitalaria en (UM), asegurando la asistencia integral y de alta calidad.

Casos clínicos formato póster

10/20. ¡UNA REVISIÓN DE SALUD SORPRENDENTE!

M. Hernández Ribera^a, J. Navarro Osuna^a, J. Llosa Ventura^b, M. Ciurana Tebé^a y E. Descals Singla^a

^aCAP Plaça Catalunya. Manresa; ^bCAP Berga Centre. Berga.

Descripción del caso: Varón de 17 años que solicita una revisión sanitaria para unas prácticas laborales. Antecedentes de asma y dermatitis atópica. No hábitos tóxicos.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física: soplo sistólico 2-3/6 en foco mitral irradiado a axila. Electrocardiograma: criterios de hipertrofia ventricular izquierda. Ecocardiograma: hipertrofia ligera a nivel lateral medio-apical y segmento apical con hipertrabeculación (posibles sinusoides). Cardiorresonancia magnética: áreas hipertrabeculadas en segmento lateral medio, apical y casquete apical afectando a un grosor superior a 2/3 del miocardio, no compactación en las zonas afectadas.

Juicio clínico: Miocardiopatía espongiiforme no compactada.

Diagnóstico diferencial: Miocardiopatías primarias: 1- Genéticas: miocardiopatía hipertrófica, displasia arritmogénica de ventrículo derecho, miocardiopatía espongiiforme, defectos de conducción, miopatías mitocondriales, canalopatía iónicas (síndrome QT largo y corto, sd. Brugada, fibrilación ventricular idiopática, taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica); 2- Mixtas: miocardiopatía dilatada y restrictiva; 3- Adquiridas: inflamatorias, estrés, periparto, inducidas por taquicardia, hijos de madres insulinodependientes. Miocardiopatías secundarias: infiltrativas

(amiloidosis, Gaucher), de depósito (hemocromatosis, Fabry), tóxicas (cocaína, metales pesados, agentes químicos), endomiocárdicas (fibrosis, sd. hipereosinofílico), granulomatosas (sarcoidosis), endocrinas (diabetes, tiroides y paratiroides, feocromocitoma, acromegalia), cardiofaciales (síndrome Noonan, lentiginosis), neuromusculares-neurológicas (ataxia de Friedreich, distrofias musculares, neurofibromatosis, esclerosis tuberosa), déficits nutricionales (beri-beri, pelagra, selenio, carnitina, kwashiorkor), autoinmunes (lupus, dermatomiositis, artritis reumatoide, esclerodermia, poliarteritis nodosa), alteraciones electrolíticas, anti-neoplásicos.

Comentario final: La miocardiopatía espongiiforme es de origen genético ocasionada por la interrupción de la embriogénesis, persistiendo senos profundos y sinusoides en el miocardio en comunicación libre con el ventrículo izquierdo causando la ausencia de compactación ventricular izquierda. Prevalencia: 0,05%-0,014%. Mortalidad: 80% a los 6 años. Puede asociar otras anomalías congénitas. Existen formas familiares recomendándose realizar ecografía a familiares de primer grado. Suelen desarrollar disfunción ventricular izquierda con insuficiencia cardiaca, embolias, arritmias y muerte súbita. Sin tratamiento específico salvo las complicaciones.

BIBLIOGRAFÍA

- Galve Basilio E, Alfonso Manterola F, Ballester Rodés M, Castro Beiras A, Fernández de Soria Pantoja R, Penas Lado M et al. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en miocardiopatías y miocarditis. Rev Esp Cardiol. 2000;53:360-93.
- Jenni R, Oechslin E, Van der Loo B. Isolated ventricular non compaction of the myocardium in adults. Heart. 2007;93:11-5.
- Petersen SE, Sevanayagam JB, Wiesmann F, Robson MD, Francis JM, Anderson RH, et al. Left ventricular non compaction: Insights from cardiovascular magnetic resonance imaging. J Am Coll Cardiol. 2005;46:101-5.
- Ali SK, Godman MJ. The variable clinical presentation of, and outcome for, noncompaction of the ventricular myocardium in infants and children, an under-diagnosed cardiomyopathy. Cardiol Young. 2004;14:409-16.
- Chin TK, Perloff JK, Williams RG, Jue K, Mohrmann R. Isolated noncompaction of left ventricular myocardium. A study of eight cases. Circulation. 1990;82:507-13.

10/34. IMPORTANCIA DE LA RADIOLOGÍA CERVICAL EN EL TRAUMATISMO CRANEAL DE BAJA INTENSIDAD

E. Estévez Rovira^a, E. Soy Ferrer^b, M. Gispart Ametller^b, S. Vázquez Mendoza^b y X. Salgado Serrano^b

^aCAP Girona Montilivi; ^bUrgencias. Hospital Josep Trueta.

Descripción del caso: Paciente de 20 años de edad sin antecedentes patológicos trasladada a nuestro centro por el Servicio Emergencias Médicas tras sufrir traumatismo cervical y dorsal provocado por las olas del mar. A su llegada la paciente refiere traumatismo craneoencefálico (TCE) sin pérdida de consciencia, dolor a nivel cervical acompañado de hipostesia en territorio de C8 sin otra sintomatología asociada. Se realiza una primera valoración desde el centro atención primaria, colocando collarín cervical i se traslada paciente a servicio Urgencias de hospital para descartar patología aguda de la columna cervical.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física: Consciente y orientada, Glasgow (GSC) 15; normocoloración de piel y mucosas. Constantes vitales conservadas; auscultación cardiorespiratoria; Tonos rítmicos sin soplos, hipofonesis en la base derecha. Abdomen; blando depresible, no doloroso a la palpación, sin signos de irritación peritoneal. Osteomuscular dolor a la palpación cervical baja. Movilidad dolorosa. No alteración sensitivomotora en ex-

tremidades superiores reflejos conservados. Pérdida de fuerza distal de ambas extremidades superiores (3/5). Presenta dolor a la palpación tercer dedo de la mano izquierda, sin deformidad ni hematoma. Dolor palpación epifisis distal cúbito. Neurológica. No nivel sensitivo, hipostesia territorio C8 con sensibilidad conservada. Exploración complementaria: Se realizan pruebas complementarias analítica completa, y radiología seriada de columna cervical, tórax y pelvis descartando patología en las dos últimas. Radiología cervical: (C1-C5) No patología traumática aguda. Se solicita nueva proyección de columna cervical que no se puede realizar correctamente por dolor, por lo que solicitamos TAC cervical que muestra una fractura de C6 con afectación de los tres pilares y las láminas, retropulsión del muro posterior que condiciona una disminución del canal medular del 40%. Así mismo se visualiza acúñamiento del pilar anterior. Correcta alineación del resto de los cuerpos vertebrales con rectificación. Espacios disco-vertebrales sin alteraciones significativas morfoestructurales, con conservación de la altura de los espacios discales y sin visualizar imágenes de protrusiones o hernias discales tomográficamente valorables. Articulaciones interapofisarias sin alteraciones significativas. Agujeros de conjunción libres.

Juicio clínico: Fractura de cuerpo vertebral C6.

Diagnóstico diferencial: Esquince cervical. Cervicalgia mecánica.

Comentario final: 1-Es imprescindible la correcta realización de la radiología de columna cervical. 2-No se debería aceptar en ningún caso una proyección en la que no se aprecien correctamente las 7 vértebras cervicales en un paciente traumático. 3-En caso de no ser así la experiencia nos dice que es necesario repetir la radiografía y de no ser posible estaría indicada la realización de un TAC cervical.

BIBLIOGRAFÍA

1. Andreu Sánchez JL, Sanz Sanz JJ, Mulero Mendoza. Cervicalgia. En: Moya Mir MS, ed.
2. Normas de actuación en urgencias. Madrid: Edición 2000; 2000:500-3.
3. Corts Giner JR, Castellano Cuesta JA. Artrosis cervical y otros síndromes cervicales. En: Herrero-Beaumont G, Martín Mola E, Riestra Noriega JL, Tornero Molina J, eds. Manual de Enfermedades Reumáticas de la Sociedad Española de Reumatología. Madrid: Doyma; 1992:290-9.
4. Hoyt DB, Coimbra R, Acosta J. Management of acute trauma. In: Townsend CM, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL, eds. Sabiston Textbook of Surgery. 18th ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2007.

10/63. NEUROCISTICERCOSIS: UNA ENFERMEDAD NACIENTE EN NUESTRAS CONSULTAS DE ATENCIÓN PRIMARIA

M. García Muñoz

Ambulatorio de San Ildefons. Cornellá de Llobregat.

Descripción del caso: Mujer de 45 años, natural de Perú, que presenta cuadro de hemihipoestesia izquierda de 1 día de evolución con parestesias en todo el hemicuerpo izquierdo. Además cefalea hemicraneal derecha de características pulsátiles, sin fotofobia ni sonofobia. Niega que la cefalea aumente con los movimientos cefálicos o que empeore con maniobras de valsalva. No pérdida de conocimiento. No diplopía. No fiebre ni náuseas ni vómitos. Niega movimientos anómalos de las extremidades. La paciente acude a urgencias para valoración de dicha sintomatología.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general. Vigil y orientada, pupilas isocóricas y normoreactivas a la luz, PPCC normales, hemiparesia facio braquiocrural izquierda 4/5 con hemihipoestesia del mismo lado. ROTs más vivos al lado izquierdo, no clonus ni Babinski. No dismetría. Resto de exploración física sin

alteraciones significativas. Analítica: sin alteraciones significativas. TAC craneal: múltiples calcificaciones puntiformes corticosubcorticales, dos lesiones con calcificación, captación de contraste y edema perilesional temporoparietal bilateral.

Juicio clínico: Neurocisticercosis.

Diagnóstico diferencial: Tumor cerebral. Accidente vascular cerebral (ictus isquémico, AIT). Aneurisma cerebral. Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob. Encefalopatía de Wernicke.

Comentario final: La neurocisticercosis ha dejado de ser una enfermedad excepcional en nuestro entorno. Debe ser tenida en cuenta en el diagnóstico diferencial de lesiones ocupantes de espacio intracraneales debido a su previsible aumento de incidencia en los próximos años. En el caso de nuestra paciente se pautó tratamiento con corticoides y con albendazol mejorando el episodio agudo actual, pero posteriormente la paciente ha presentado crisis parciales simples y alteraciones sensitivas variadas que han requerido atención médica en urgencias e ingreso hospitalario diagnosticándose vasculitis cerebral secundaria. Actualmente sigue controles periódicos en el servicio de neurocirugía y sigue tratamiento con prednisona 10 mg/24 h, omeprazol, calcio y antiépiléptico (levetiracetam) vía oral desde hace 1 año aproximadamente. La paciente está estable pero como complicación ha presentado varios episodios de herpes zoster (2-3) en el último año y ha desarrollado anemia ferropénica que está en estudio en estos momentos.

BIBLIOGRAFÍA

1. del Brutto O. Neurocisticercosis: actualización en diagnóstico y tratamiento. Neurología. 2005; 20(8):412-8.
2. Beaumont C, Zazpe I, Jean-Louis C, Martínez S, Fernández B, Santiago I. Neurocisticercosis: a propósito de un caso. Emergencias. 2006;18:240-3.
3. Imirizaldu L, Miranda L, García-Gurtubay I, Gastón I, Urriza J, Quesada P. Neurocisticercosis. Una enfermedad emergente. An Sist Sanit Navar. 2004;27(2):201-9.
4. Sopena E, Coll D, Ceruelo S. Cisticercosis cerebral o neurocisticercosis. Form Med Contin Aten Prim. 2009;16:414-5.

10/65. MIASI CUTANIA OPORTUNISTA

C. Mascort Nogué, S. Saura Sanjaume, D. Fernández Punset, G. Hernández Jacas, R. Seguí Font y C. López Vila

CAP Vila-Roja. ABS Girona 3. Girona.

Descripción del caso: Paciente varón de 64 años de edad con antecedentes médicos de interés: dependencia al alcohol, tabaco, obesidad, fibrilación auricular, deterioro de la movilidad, déficit de higiene y autocura, insuficiencia venosa crónica con ulceraciones superficiales recidivantes a nivel de tercio inferior de las extremidades inferiores. Acude, después de cinco días de ausencia, a curas de enfermería. En el momento de la cura el paciente refiere aparición de dolor en la herida sin otra afectación sistémica.

Exploración y pruebas complementarias: Al proceder a destapar las heridas se observa la presencia de incontables larvas blancas de unos 10 mm de longitud, en movimiento, sobre las úlceras de una de las piernas.

Juicio clínico: La miasis es la infestación de los tejidos del hombre o animales vertebrados por parte de larvas de dípteros¹. Se conocen tres tipos de miasis cutánea: la migratoria, la oportunista (sobre heridas) y la foruncular. En los países desarrollados se ha convertido en un problema de salud creciente debido a la mayor frecuencia de viajes a lugares exóticos. Se trata de un proceso autolimitado en la mayoría de las ocasiones. La sobreinfección bacteriana es poco habitual, en parte gracias a la producción de sustancias bacteriostáticas por parte de las larvas. El tratamiento se limita a la limpieza exhaustiva de la herida intentado eliminar el máximo número de larvas y la oclusión de la misma para asfixiarlas. En alguna ocasión se precisa de la aplicación de larvicida².

Diagnóstico diferencial: En las oportunistas es sencillo: la simple observación de las larvas en las heridas es el criterio diagnóstico más fiable. En situaciones en las que no sea posible debemos establecer diagnóstico diferencial con: celulitis, forúnculos, infecciones piógenas, fases iniciales de leishmaniasis, picaduras de insecto.

Comentario final: La prevención es la herramienta básica para limitar estas infestaciones. Una higiene básica y medidas para evitar el contacto de las moscas con la piel son los pilares básicos para limitar su aparición.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cañueto Álvarez J, Roncero Riesco M, De Unamuno Pérez P. Miasis foruncular una dermatosis emergente en países desarrollados. *Piel*. 2010;25(3):146-51.
2. Caissie R, Beaulieu F, Giraoux M, Berthod F, Landry P. Cutaneous Myiasis: Diagnosis, Treatment, and Prevention. *J Oral Maxillofac Surg*. 2008;66:560-8.

10/70. MIOCLONÍAS DIAFRAGMÁTICAS IDIOPÁTICAS

M. Barranco Moreno, M. Ortega Bravo, R. Rodríguez Corbatón, F. Aparicio García, E. Paredes Costa y T. Justríbó Fortón

ABS Cappont. Lleida.

Descripción del caso: Varón de 12 años que acudió a consulta de Pediatría de Atención Primaria por vómitos, pérdida de peso y reflujo gastro-esofágico resistentes a tratamiento específico. Antecedentes familiares y personales sin interés. En el estudio inicial del paciente la antropometría, exploración física, analítica sanguínea completa, estudio digestivo de heces, ECG, PPD, radiografía de tórax y radiografía de abdomen y tránsito esófago-gástrico-intestinal fueron normales. Se realizó endoscopia gástrica bajo sedación que confirmó diagnóstico de reflujo gastro-esofágico; al despertar de la sedación inició trastorno del movimiento consistente en sonido gutural tipo hipo, constante en vigilia, acompañado de vómitos, pirosis y epigastralgia. A los 10 días se sumaron movimientos de flexión de tronco y gritos inesperados que dificultaron la alimentación. Se consultó con psiquiatría, y neuropediatría, que indicaron tratamiento con biperidino, gabapentina, benzodiacepinas, neurolépticos y ansiolíticos, administrados de forma sucesiva con escasa mejoría y evolución tórpida. Se decidió ingreso hospitalario para alimentación con sonda naso-gástrica por curva de peso descendente y patológica.

Exploración y pruebas complementarias: Pérdida de más del 10% de su peso inicial. Analítica sanguínea, hemograma, proteinoograma, hierro, ferritina, transferrina, estudio hormonal, función hepática y renal y resto de bioquímica completa normales. Fondo de ojo, EEG, RM craneal y medular y TAC abdominal y torácico normales. Electromiograma no aceptado por la familia. Tras colocación de sonda naso-gástrica el trastorno deja de ser permanente asociándose sólo a cambios emocionales intensos. Se inició recuperación ponderal durante el ingreso, y esta continuó ambulatoriamente. Con tratamiento antidepressivo evolucionó favorablemente, desapareciendo cualquier movimiento anómalo a los 6 meses.

Juicio clínico: Mioclonías diafragmáticas o flutter diafragmático.

Diagnóstico diferencial: Trastorno de conversión.

Comentario final: Las mioclonías diafragmáticas son un trastorno con una prevalencia baja¹. La fisiopatología es de origen desconocido y se asocia con frecuencia a trastornos emocionales².

BIBLIOGRAFÍA

1. Gazulla J, Fejió M, Val P, Benavente I. Aspectos clínicos y terapéuticos de las mioclonías diafragmáticas. *Neurología*. 2003;18(8):473-7.
2. Kaufman DM. *Neurología clínica para psiquiatras*, 6 ed. Barcelona. Elsevier; 2008.

10/71. HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR SEVERA

M. Barranco Moreno, M. Ortega Bravo, R. Rodríguez Corbatón, F. Aparicio García, T. Justríbó Fortón y N. Vilà Jové

ABS Cappont. Lleida.

Descripción del caso: Niña de 10 años que una semana después de llegar a nuestro país acudió a consulta de Pediatría de Atención Primaria por presentar exantema máculo-papuloso hipocrómico en superficies flexoras de ambos codos y rodillas de 2 años de evolución. Familia monoparental, no conoce a su padre. Antecedentes familiares de hipercolesterolemia y cardiopatía isquémica, antecedentes personales de primoinfección tuberculosa tratada con isoniazida y vitamina B 6.

Exploración y pruebas complementarias: Antropometría y TA normales. Palidez, lesiones hipocrómicas redondeadas en placas en codos y rodillas compatibles con xantomas. Arco pericorneal bilateral. Pulsos periféricos presentes y simétricos. Soplo sistólico II/VI en foco mitral que irradia a hemitórax izquierdo. Resto de exploración por órganos y aparatos compatible con la normalidad. Analítica sanguínea: anemia ferropénica, triglicéridos 137 mg/dl, colesterol total 730 mg/dl, colesterol-LDL 674 mg/dl, colesterol-HDL 28 mg/dl. Resto de estudio bioquímico, hormonal y serológico normales. Biopsia de máculo-pápula en codo: xantoma. Radiografía de tórax y abdomen, y ecografía abdominal normales. Estudio oftalmológico: depósitos corneales, resto normal. Estudio genético: mutación homocigota, localización (M106) + (M106), Cromosoma 19, Exon 11, actividad residual del receptor LDL in vitro 2-5,1% clasificación mutacional Clase A. Estudio cardiológico: prolapso mitral, arteria coronaria derecha ectásica y aneurismática. Prueba de esfuerzo miocárdico: descenso del segmento ST de 1 mm en DI, y DII, y de hasta 2,5 mm, en V2 y V5. Exploraciones vasculares funcionales de extremidades normales. Funcionalismo renal normal. Angiogram: estenosis de aproximadamente el 50% del origen de la arteria carótida interna. Se inició tratamiento con dieta hipocolesterolemica, ezetimibe y simvastatina asociadas a diferentes dosis sin mejoría significativa de los niveles de colesterol, siempre por encima de 550 mg/dl en todas las determinaciones durante 2 años; tras el estudio de otras posibilidades terapéuticas se decidió realización de fistula arterio-venosa y posterior lipidoaféresis mensual observándose un descenso del 50% de las cifras de colesterol total tras cada sesión de lipidoaféresis, manteniendo el tratamiento hipolipemiente habitual y sesiones mensuales. En la actualidad las cifras de colesterol total no son superiores a 340 mg/dl y la reevaluación del tratamiento es mensual.

Juicio clínico: Hipercolesterolemia familiar severa homocigota.

Diagnóstico diferencial: Hipercolesterolemia familiar heterocigota. Disbetalipoproteinemia (hiperlipidemia tipo III). Hipercolesterolemia homocigota autosómica recesiva. Unión defectuosa familiar apoB-100. Fitosterolemia. Hiperlipidemia familiar combinada. Hipotiroidismo. Lipoproteína X. Síndrome nefrótico. Hipercolesterolemia poligénica. Hipertrigliceridemia severa.

Comentario final: La hipercolesterolemia familiar es un trastorno autosómico dominante. La prevalencia de la forma homocigota es de 1/1.000.000 personas¹. El riesgo tan elevado de complicaciones graves como infarto agudo de miocardio o muerte súbita en niños hace plantearse que en ocasiones sea necesario intervenciones extremas como la lipoaféresis².

BIBLIOGRAFÍA

1. Kachadurian AK, SM Uthman. Experiencias con los casos de hipercolesterolemia familiar homocigota. Un informe de 52 pacientes. *Nutr Metab*. 1973;15(1):132-40.
2. WO Richter, MG Donner, B Hofling, p. Schwandt efecto a largo plazo de la aféresis de lipoproteínas de baja densidad en las lipoproteínas plasmáticas y la enfermedad coronaria en los vasos nativos y de derivación coronaria severa en la hipercolesterolemia familiar. *Metabolismo*. 47(7):863-8.

10/78. DORSALGIA EN PACIENTE DE 64 AÑOS CON ANTECEDENTE DE CÁNCER DE MAMA

Z. Sainz Beltrán, L. Pons Pons, I. Mejía Ganoza, N. Pacheco Rubio, M. Ruiz Martín y B. Brun Alonso

CAP Montcada i Reixac. Barcelona.

Descripción del caso: Mujer de 64 años con antecedentes de dislipemia, hipertensión arterial, glaucoma, poliartrosis y tuberculosis pulmonar en la infancia. Diagnosticada de carcinoma intraductual infiltrante en mama derecha estadio T1M0 en 2006 tratada con cirugía, quimioterapia y radioterapia. Ocho meses después del diagnóstico y sin evidencia de progresión de enfermedad, consulta por dolor costal izquierdo de características mecánicas, moderado, iniciándose tratamiento analgésico con paracetamol. Veinte días después persiste el dolor, continuo, de predominio nocturno, localizado en zona dorsal. Se añaden antiinflamatorios y miorrelajantes con buena respuesta inicial. Un mes después consulta por aumento de la intensidad del dolor.

Exploración y pruebas complementarias: Destaca percusión dolorosa de apófisis espinosas dorsales. Exploración neurológica normal. Radiografías de columna dorsal y tórax se informan como normales. Gammagrafía ósea urgente: signos de proceso infiltrativo a nivel de D7-D8. En la analítica destacan: VSG 105 y FA 455. Ante un empeoramiento progresivo con aparición de signos de afectación neurológica: disminución de fuerza en EELI, abolición de reflejos rotulianos y Babinski bilateral se solicita RMN dorsolumbar que evidencia una compresión medular anterior a nivel de cuerpos vertebrales D7-D8 con orientación diagnóstica de espondilodiscitis. La aparición de clínica compatible con compresión medular, lleva a intervenir quirúrgicamente de forma urgente. En el material obtenido en la intervención se aísla *Mycobacterium tuberculosis*, con ausencia de celularidad tumoral. Se inicia tratamiento antituberculoso. Persiste como secuela una paraplejía.

Juicio clínico: Espondilodiscitis tuberculosa (Mal de Pott).

Diagnóstico diferencial: Dorsalgia mecánica, metástasis ósea, espondilodiscitis infecciosa.

Comentario final: El planteamiento inicial de dorsalgia mecánica se modificó ante el empeoramiento progresivo. Teniendo en cuenta el reciente diagnóstico de carcinoma de mama se sospechó metástasis ósea. El antecedente de tuberculosis referido por la paciente, no fue considerado por carecer de informes médicos. En los países desarrollados se está asistiendo a un aumento de casos de tuberculosis. Entre las causas cabe destacar el incremento de personas con tratamiento inmunosupresor, VIH, enfermedades crónicas autoinmunes, población inmigrante procedente de zonas endémicas. Todo esto influye de forma decisiva en la aparición de manifestaciones extrapulmonares (como en este caso), siendo la forma ganglionar la más frecuente, seguido del territorio óseo con afectación preferente de la columna dorsal baja o lumbar alta en forma de espondilodiscitis (mal de Pott). No hemos de olvidar la tuberculosis. La Atención Primaria es el ámbito idóneo para su detección precoz.

10/85. OSTEOPOROSIS TRANSITORIA DE CADERA: PATOLOGÍA A TENER EN CUENTA

M. Miralles Piñeyro, M. Martí Vilà, M. del Val Viñolas y M. Pérez Miras

MF CAP Vila Olímpica. Barcelona.

Descripción del caso: *Caso 1:* varón de 36 años, diabético. Consulta por dolor en muslo izquierdo de un mes de evolución tras esfuerzo, que ha ido en aumento a pesar de tto con AINEs y reposo relativo. Dolor continuo, que impide la deambulaci3n y no cede

durante la noche aunque disminuye con el reposo. *Caso 2:* mujer de 40 años con AP de: colitis ulcerosa, epilepsia, sd ansioso y hipercolesterolemia. Consulta por dolor constante en cadera izquierda que irradia a muslo durante las 24 h del día y mejora con reposo.

Exploraci3n y pruebas complementarias: *Caso 1:* Expl: limitaci3n de la ABD y rotaci3n interna de la cadera izquierda, dolor a la palpaci3n de cuádriceps y trocánter mayor. -Rx cadera que aporta informada como normal. -RMN al mes de iniciar el dolor: Edema difuso de medula ósea en cabeza y cuello femoral. -RMN un mes posterior, sin cambios: Edema óseo en cabeza femoral que se extiende al cuello. -Gammagrafía: mínima afectaci3n de cadera (acetábulo, cabeza, cuello femoral) sin signos de actividad inflamatoria significativa (fases vascular y precoz negativa de dudosa significaci3n). *Caso 2:* -Expl: dolor a la presi3n en isquion y trocánter mayor. Cadera libre. -Gammagrafía ósea al mes de iniciar la clínica: Intensa hipercaptaci3n patológica a nivel de cadera en la localizaci3n de la cabeza femoral. -RMN hiperseñal en cabeza y cuello femoral hasta la línea intertrocantérea. -Gammagrafía ósea a los tres meses de la primera: Persiste una discreta hiperactividad ósea a nivel de cabeza femoral y acetábulo homolateral, que comparativamente con la anterior gammagrafía muestra una favorable evoluci3n.

Juicio clínico: Dadas las características del dolor, que aumento durante las primeras semanas, se mantuvo y luego disminuy3; los resultados de las pruebas complementarias se orientaron ambos casos como osteoporosis transitoria. El var3n recibió tratamiento con acido risedrónico, calcio y AINEs. La mujer, dados sus antecedentes se optó por calcitonina y analgésicos.

Diagnóstico diferencial: Tumor. Osteonecrosis. Infecci3n. Fractura por estrés. Artritis inflamatoria. Sinovitis vello nodular. Distrofía simpático refleja.

Comentario final: La osteoporosis transitoria de cadera es un trastorno infrecuente que aparece en varones jóvenes y mujeres embarazadas. Se trata de un proceso autolimitado y con tendencia a la resoluci3n espontánea entre los 6-8 meses. Etiología desconocida. Factores implicados: predisposici3n genética, ingesta de esteroides, alcoholismo, obesidad, hemoglobinopatías y embarazo. Cursa con dolor inguinal agudo, constante durante todo el día y disminuye con el reposo. El dolor aumenta de manera progresiva durante las primeras semanas llegando a provocar impotencia funcional, posteriormente se estabiliza y empieza a disminuir de manera progresiva. Hay una limitaci3n de la movilidad, sobre todo la abducci3n y rotaci3n interna. Puede haber sensibilidad aumentada en el trocánter mayor, pubis o isquion. Los hallazgos radiológicos (osteopenia) no aparecen hasta las 4 semanas. Gammagrafía: incremento de la captaci3n en la articulaci3n afectada (DD osteonecrosis, fractura de estrés y artritis inflamatoria). RMN: patr3n de edema medular óseo Tratamiento: reposo, analgésicos, antiinflamatorios, calcitonina y antiresortivos.

BIBLIOGRAFÍA

- Berenguel Martínez P, Ríos Luna A, De Haro Ramírez N, Parrilla Ruiz FM. Osteoporosis transitoria de cadera en una gestante. *Emergencias*. 2006;18:368-70.
- Ruy Díaz A, González Herranz J, Ballesta de Vicente F, Rodríguez Ferrol P. Osteoporosis transitoria de cadera. *Rev Esp Osteoart*. 1994;29:163-9.
- Suresh S, Thomas JK, Raniga S. Migrating transient osteoporosis of the hip in a 30-years-old men. *IJO*. 2009;43(1):301-4.
- McWalter P, Hassan A. Transient osteoporosis of the hip. *Ann Saudi Med*. 2009;29(2):144-8.
- Moltó A, Holgado S, Mateo L, Olivé A. Transient osteoporosis of the hip and pregnancy. *Med Clin (Bar)*. 2009;Oct 21.
- Miguéns Vázquez X, Pagazaurtundua Gómez S. Osteoporosis transitoria, diagnóstico a considerar. *Rev SE Rehabilitaci3n y M Física*. 2007;41(2):92-4.

10/90. ALERGIA A LA LECHE DE VACA. DESENSIBILIZACIÓN ORAL

M. Barranco Moreno, M. Ortega Bravo, R. Rodríguez Corbatón, F. Aparicio García, T. Justribó Fotón y M. Calvo Godoy

ABS Cappont. Lleida.

Descripción del caso: Varón de 13 años diagnosticado en consulta de Pediatría de Atención Primaria de alergia a las proteínas de la leche de vaca en el periodo de lactante. Antecedentes familiares: padre alérgico a gramíneas. Antecedentes personales: alergia a las proteínas de la leche de vaca, asma bronquial extrínseca; sensibilización a neuroalergenos negativa. El paciente comenzó a tener problemas sociales y familiares asociados con la dieta de exclusión y se le planteó la posibilidad de la desensibilización oral. Se remitió a consultas de inmunología y cumpliendo los criterios de inclusión del protocolo de desensibilización oral a la leche de vaca¹ la familia y el paciente aceptaron el tratamiento.

Exploración y pruebas complementarias: Antropometría normal. Exploración por órganos y aparatos normal. Analítica sanguínea: hemograma y bioquímica normales; inmunidad: IgE total 595 KUI/L, resto normal. Estudio de alérgenos: pruebas cutáneas (PRICK), y CAP-RAST, a leche entera, alfa-lactoalbúmina, beta-lactoalbúmina y caseína: positivos. Ingresó para inducir la tolerancia con administración previa de omalizumab²: se expuso al paciente, previamente monitorizado, a dosis progresivamente mayores y más concentradas de leche. Fue dado del alta a los 3 días tras ingerir, sin incidencias, 2,5 cc de leche sin diluir. Se prescribió pauta medicamentosa de rescate con instrucciones concretas para la familia y para nosotros; continuó protocolo en su domicilio ingiriendo dosis creciente de leche, 2 veces al día, con aumento de volumen semanal. A los 4 meses el volumen máximo tolerado por el paciente fue de 400 cc/día precisando antihistamínico de rescate por rinitis. El contacto de la familia con el servicio de inmunología fue semanal y telefónico el primer mes y casi diario con nosotros. Desde hace un año ingiere diariamente 300 cc de leche de vaca y alimentos elaborados con leche de vaca sin incidencias.

Juicio clínico: Alergia a las proteínas de la leche de vaca. Desensibilización oral.

Diagnóstico diferencial: Alergias alimentarias.

Comentario final: La alergia a la leche de vaca es una forma muy frecuente de alergia alimentaria en niños, la dieta de eliminación hasta ahora era el único tratamiento. La desensibilización oral puede ser eficaz en algunos casos y una alternativa a considerar³. El protocolo de desensibilización debe ser controlado y supervisado por un servicio de alergología en colaboración con las consultas de Atención Primaria⁴.

BIBLIOGRAFÍA

1. Meglio P, Bartone E, Plantamura M, et al. A protocol for oral desensitization in children with Ig E mediated cow's milk allergy. *Allergy*. 2004;59:980-7.
2. Bousquet J, Wahn U, Meltzer E O, et al. Omalizumab: an anti-immunoglobulin E antibody for the treatment of allergic respiratory diseases. *Eur Respir Rev*. 2008;17:1-9.
3. Frías García M L, Rodrigo García G, Vázquez Álvarez MC, Quevedo Teruel SJ, Bracamonte Bermejo SJ, Echeverría Zudairé LA. Desensibilización oral. Tratamiento eficaz en pacientes con alergia persistente a la leche de vaca. *An Pediatr (Barc)*. 2008;68(Supl 2):102.
4. Ojeda P, Ojeda I, García A, Pineda F, Ojeda JA, Tratamiento de desensibilización en pacientes en edad pediátrica alérgicos a las proteínas de la leche. *JIAI*. 2006;139.

10/92. EL FENOTIPO, CLAVE PARA EL DIAGNÓSTICO

M. Ortega Bravo, O. Sacristán García, Y. Blasco Lacambra, G. Torres Cortada, E. Paredes Costa y N. Vilà Jové

ABS Cappont. Lleida.

Descripción del caso: Paciente mujer de 71 años sin alergias conocidas con antecedentes patológicos: hace 15 años accidente cerebrovascular con hemiplejía faciobraquicrural izquierda residual, dislipemia, diabetes mellitus 2 en tratamiento con insulina, cardiopatía valvular. Ingresó en el hospital por síndrome febril.

Exploración y pruebas complementarias: Facies tosca con abombamiento frontal, nariz grande, macroglosia y prognatismo; manos y pies llamativamente grandes. AC: tonos apagados, rítmicos; soplo sistólico en foco mitral. AR: MVC. Neurológico: hemiplejía izquierda. Resto exploración normal. Analítica: hemograma y coagulación normal; bioquímica: glucosa 114, CT 187, HDL 41, LDL 113, TG 163, función hepática y renal normal, prolactina (PRL) y cortisol dentro de la normalidad. Sobrecarga oral de glucosa (SOG): glucosa a los 30 minutos 180; 60 minutos 243; 90 minutos 269; 120 minutos 268. Frenación de hormona crecimiento (GH) con SOG: somatotropina basal 17; GH a los 30 minutos post SOG 21,6; 60 minutos post SOG 26,4; 90 minutos post SOG 31,4; 120 minutos post SOG 31,2; somatomedina C 698. Radiografía tórax: cardiomegalia. Electrocardiograma: ritmo sinusal, BRDHH. Sedimento orina: hematías 9-10; leucos 2-3, bacteriuria. Ecocardiograma: prolapso sistólico del velo posterior mitral con insuficiencia mitral, dilatación aurícula izquierda, insuficiencia tricuspídea con signos de HTSP ligera, hipertrofia ligera del ventrículo izquierdo, derrame pericárdico leve, función sistólica satisfactoria. Resonancia nuclear magnética cerebral: lesión nodular de 5 mm paramedial derecho sugestivo de microadenoma hipofisario, lesión encefalomalacia hemisférica derecha.

Juicio clínico: Adenoma hipofisario. Acromegalia.

Diagnóstico diferencial: Por exceso de secreción de GH: De origen hipofisario: adenoma de células GH; adenoma mixto de células GH y PRL; adenoma de células mamosomatotropas; adenoma plurihormonal; carcinoma de células GH o metástasis; neoplasia endocrina múltiple 1; síndrome de McCune-Albright; adenoma hipofisario ectópico esfenoidal o del seno parafaríngeo; De origen extrahipofisario: tumor de células de islotes pancreáticos. Por exceso de secreción de hormona liberadora de GH: De origen central: hamartoma; coristoma; ganglioneuroma hipotalámicos; De origen periférico: carcinoides bronquial, tumor de células de islotes pancreáticos, carcinoma de células pequeñas del pulmón, adenoma suprarrenal, carcinoma medular del tiroides, feocromocitoma.

Comentario final: La acromegalia es una enfermedad poco prevalente y la consecuencia clínica más importante del exceso de GH afecta al aparato cardiovascular como se puede apreciar en el ecocardiograma. Lo que hace excepcional el caso es que la paciente fue diagnosticada hace 30 años, rehusó el tratamiento y cualquier tipo de seguimiento hasta que un síndrome febril hizo que ingresara en el hospital. Destacó su aspecto acromegálico y mediante pruebas complementarias se confirmó de nuevo la acromegalia secundaria a un adenoma hipofisario. Gracias a que las nuevas formulaciones del tratamiento son inyectables 1 vez al mes la paciente ha aceptado el tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Melmed S. *N Engl J Med*. 1990;322:966.
2. Braunwald, Fauci, Kasper, Hauser, Longo, Jamerson. Harrison. Principios de Medicina Interna. 15ª ed.

10/96. HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL IDIOPÁTICA

M. Barranco Moreno, M. Ortega Bravo, R. Rodríguez Corbatón, F. Aparicio García, T. Justribó Fortón y M. Calvo Godoy

ABS Capponet. Lleida.

Descripción del caso: Varón de 6 años que consultó a Pediatría de Atención Primaria por cefalea frontal de una semana de evolución. Desde hacía un mes se acercaba mucho a los objetos y sufría caídas de repetición. Antecedentes familiares y personales sin interés.

Exploración y pruebas complementarias: Antropometría normal. Nistagmus horizontal en exploración de seguimiento visual, resto de exploración por órganos y aparatos fue normal. Analítica sanguínea, hemograma, estudio de coagulación y bioquímica completa normales. Serologías de: toxoplasma, rubeola, CMV, herpes simple y tipo 6, VEB, VHB, VHC, *Borrelia burgdorferi* bruceella, virus respiratorios, *Mycoplasma pneumoniae*, *Cloxiella burnetti*, *Chlamydia* spp, *Bartonella henselae*, Lues, *Salmonella typhi* y paratyphi: negativas. PPD negativo. Radiografía de senos paranasales y RMN cerebral urgentes normales. Punción lumbar: LCR bioquímica, serología y microbiología normales, Presión en decúbito lateral de LCR: 29 cm de H₂O. Estudio oftalmológico: defecto pupilar aferente ojo izquierdo. Fondo de ojo: papiledema bilateral crónico con atrofia óptica, exudados duros que afectan máculas de ambos ojos. Potenciales visuales: no respuesta ojo izquierdo, ojo derecho respuesta de muy baja amplitud y latencia alargada. Juicio oftalmológico inicial: papiledema crónico con estrellita macular y agudeza visual ojo derecho de 0,05. Se indica ingreso hospitalario urgente para completar estudio. Con la sospecha diagnóstica de hipertensión intracraneal hidropática y déficit visual importante se consultó con el neurólogo. Inició tratamiento con acetazolamida oral (20 mg/kg/día) y metilpregnisolona intravenosa, monitorizando presión intracraneal y fondo de ojo. En la visita de control a los 15 días la presión del LCR se incrementó. Consultado el servicio de neurocirugía solicitó Angio TC cerebral: imagen compatible con trombosis parcial del seno lateral izquierdo. El tratamiento fue quirúrgico, se colocó válvula ventrículo-peritoneal de presión media. El paciente fue dado de alta con presiones de LCR normales y tratamiento anticoagulante y corticoideo en dosis descendentes. Fue reevaluado en nuestra consulta hasta retirar los fármacos, manteniendo la válvula de derivación, y prescribiendo rehabilitación oftalmológica en domicilio y física en piscina. El papiledema mejoró, aunque se confirmó a los 6 meses del alta la pérdida permanente de visión de ojo derecho y el severo déficit permanente del ojo izquierdo. En la actualidad precisa profesor de apoyo en su centro escolar y pertenece a la ONCE.

Juicio clínico: Hipertensión intracraneal idiopática severa, asociada a trombosis del seno cavernoso.

Diagnóstico diferencial: Pseudopapiledema, Neuropatía óptica inflamatoria, infecciosa o infiltrante. Papilitis bilateral del nervio óptico.

Comentario final: La hipertensión intracraneal idiopática es una entidad caracterizada por aumento de presión intracraneal sin que exista evidencia de patología intracraneal. La cefalea es un síntoma muy frecuente¹. Puede tener graves repercusiones visuales llegando incluso a la ceguera².

BIBLIOGRAFÍA:

- González Hernández A, Fabre Pi O, Diaz Nicolas M, López Fernández JC, López Veloso C, Jiménez Mateos A, Cefalea en la hipertensión intracraneal idiopática. *Rev Neurolol.* 2009;49(1): 17-20.
- Monge Galindo L, Pérez Delgado R, López Pisón J, Olloqui Escalona A, García Iñiguez JP, Ruiz del Olmo Izuzquiza I, Peña Segura JL. Hipertensión intracraneal benigna. Experiencia en 18 años. *An Pediatr (Barc).* 2009;71:400-6.

10/124. PACIENTE JOVEN CON HIPERCOLESTEROLEMIA EN TRATAMIENTO CON ATORVASTATINA Y AUMENTO DE CREATININASA POR EJERCICIO

J. Valentí Aldeguer y E. Gas Pérez

Médico de Familia. CS de Rojales. Rojales. Alicante.

Descripción del caso: Paciente de 42 años que en análisis de rutina se detecta hipercolesterolemia (373 mg/dl), por lo que se recomienda dieta, ejercicio y 20 mg de atorvastatina por la noche. A los 4 meses de tratamiento presenta una disminución significativa de colesterol (247 mg/dl), pero al mismo tiempo la creatininasasa (CK) supera ligeramente los valores normales: 186 UI/l (valor normal: 38-174), por lo que no se incrementa la dosis inicial e insistimos con dieta y ejercicio. Pasados 4 meses, en el nuevo control nos encontramos con una CK de 294 y un colesterol total de 233 mg/dl, y seguimos con mismo tratamiento puesto que se trata de una elevación ligera de CK (menos de 3 veces del valor normal y está asintomático). Tres meses después, en el nuevo control, el paciente presenta mialgias en piernas y brazos, con una CK de 380 y col total de 280 mg/dl. Tras una exhaustiva historia clínica se detecta que las dos últimas analíticas se las ha realizado en lunes, y que todos los domingos por la mañana juega un estresante partido de fútbol, por lo que se le recomendó que tras dos semanas sin realizar ejercicio físico intenso se repitiera la analítica, bajando los niveles de CK a 166 UI/l, concluyéndose que el aumento de CK era debido al ejercicio estresante que realizaba los domingos por la mañana.

Exploración y pruebas complementarias: Análisis de sangre.

Juicio clínico: Aumento de creatininasasa inducido por el ejercicio.

Diagnóstico diferencial: Ejercicio, trabajo físico intenso, contusiones, inyecciones intramusculares o hipotiroidismo.

Comentario final: Uno de los efectos adversos de las estatinas es la aparición de una miopatía, de severidad variable, definida por la elevación de CK sérica, con o sin síntomas asociados (dolor, debilidad muscular). Ante un paciente tratado con estatinas y con cifras de CK por encima del rango normal, los médicos solemos estar incómodos, y la tendencia normal es suspender la estatina o bien reducir la dosis inicial de la misma. Pero si demostramos que el aumento es debido al ejercicio, nos tranquiliza y evitamos suspender una medicación cuya eficacia está sobradamente demostrada en las hipercolesterolemias. En nuestro caso, al tratarse de una persona joven, donde se descartó el hipotiroidismo primario, no se suspendió la estatina al no superar 5 veces el valor de la normalidad en presencia síntomas asociados, y se pudo constatar que el aumento ligero-moderado de CK era debido al ejercicio que realizaba el día antes de la analítica. Proporcionándonos la tranquilidad necesaria para poder subir la dosis de atorvastatina a 40 mg/día y o bien añadirle al tratamiento inicial ezetimiba 10 mg/día para un mejor control de su hipercolesterolemia.

10/129. MIOCARDIOPATÍA PERIPARTO

M. Barco López, M. Ortega Bravo, A. Pellitero Santos, N. Vilà Jové, M. Bordalba Layo y M. Calvo Godoy

ABS Capponet. Lleida.

Descripción del caso: Mujer 34 años, raza negra, antecedentes patológicos: Alergia a cloroquina, HTA en embarazo, paludismo y fiebre tifoidea, 3 partos (el último el 11 de mayo de 2009). No tratamiento habitual. A los 3 meses del parto presentar disnea y ortopnea de un mes y medio de evolución. No fiebre ni dolor torácico.

Exploración y pruebas complementarias: Consciente, orientada, eupneica, ingurgitación yugular, reflujo hepatoyugular positivo. Auscultación cardiorespiratoria: ritmo de galope, ruidos hipofonéticos, soplo sistólico 3/6 en foco mitral y R4, no roce pericárdico,

Mvc. Abdomen globuloso, doloroso a la palpación de hipocondrio derecho, Murphy negativo, hepatomegalia dolorosa a 12 cm de reborde costal, peristaltismo conservado, edemas bimaleolares con fovea. Analítica: Glucosa 104 mg/dL, Urea 21 mg/dL, Creatinina 0,66 mg/dL, AST 49 U/L, ALT 191 U/L, Colesterol total 167, HDL 33, LDL 116,8, Triglicéridos 86, proteínas 6,5, Albúmina 3,7, Bilirrubina total 1,03, LDH 508, CPK 47, GGT 80, Fosfatasa alcalina 102, PCR 9,6, TSH 0,48, Amilasa 47 U/L, Sodio 139 mEq/L, Potasio 3,26 mEq/l, Leucocitos 5700, Hb 10,5 g/dl, Hematocrito 34,9%, VCM 84 fl, Plaquetas 339.000, coagulación normal. Líquido pleural: hematíes/mm³ 830, Leucocitos/mm³ 180, segmentados 11%, Linfocitos 89%, glucosa 97 mg/dl, proteínas 0,9 g/dl, LDH 64 U/l, ADA 5,2 U/l, pH 7,49, CEA 0,4 ng/ml, CA 15,3 < 1 UU/ml, Características de trasudado. Citología: células neoplásicas negativo, toxina para Clostridium difficile negativa. Radiografía tórax: Relación cardiotorácica aumentada, hilos prominentes, redistribución de flujo, infiltrados alveolares bibasales, derrame pleural bilateral de predominio izquierdo. Electrocardiograma: 110 x', onda P positiva en DII y negativa en aVR, en doble lomo. PR 0,12, QRS 0,08, bloqueo de rama derecha. AQRS + 45o, QTc 0,50 prolongado, ondas T negativas en V1, V2, V3. Ecocardiograma: ventrículo izquierdo: no dilatado con severa hipocontractilidad global, FEVI 22-25%, patrón diastólico restrictivo, ligera dilatación biauricular. Ventrículo derecho: no dilatado, hipocontráctil. Insuficiencia mitral funcional severa secundaria disfunción sistólica de ventrículo izquierdo grado IV/IV. Insuficiencia tricuspídea funcional moderada (gradiente de presión ventrículo derecho-aurícula derecha de 47-49 mmHg). Válvula aórtica anodina con apertura de bajo gasto, aorta normal. PaPs estimada 62-65 mmHg. Cava inferior dilatada (23 mm sin colapso inspiratorio). Venas suprahepáticas dilatadas. Derrame pericárdico escaso sin repercusión. Derrame pleural bilateral y líquido libre intraabdominal.

Juicio clínico: Insuficiencia cardíaca sistólica/miocardiopatía periparto.

Diagnóstico diferencial: Insuficiencia cardíaca congestiva, preeclampsia, embolia pulmonar o de líquido amniótico, edema pulmonar tras tratamiento con terbutalina y dexametasona en amenaza de parto prematuro, infarto agudo de miocardio, disección coronaria.

Comentario final: La miocardiopatía periparto es una causa poco frecuente de insuficiencia cardíaca congestiva, ocurre en período periparto en mujeres previamente sanas. Se desarrolla durante el último mes de embarazo o en los 6 primeros meses del puerperio. De etiopatogenia desconocida, factores de riesgo asociados: obesidad, antecedentes de miocarditis, fármacos (anticancerígenos), tabaquismo, alcoholismo, embarazos múltiples, raza negra, desnutrición. El diagnóstico es fundamentalmente clínico y ecocardiográfico. La sospecha precoz del cuadro en una gestante o puerpera puede mejorar el pronóstico.

BIBLIOGRAFÍA

- Raddiono R, Bonadei I, Teli M, Chieppa F, Caretta G, Robba D, et al. Peripartum cardiomyopathy. *Monaldi Arch Chest Dis*. 2008;70(1):15-23.
- Radhakrishnan Ramaraj, MD, vicent L. Sorell, MD. Peripartum cardiomyopathy: causes, diagnosis and treatment. *Cleveland Clinic Journal of medicine*. 2009;5(76):289-96.

10/135. UNA URTICARIA LLAMATIVA

E. Pablos Herrero^a, M. Tatjer Baldrich^a, A. Navarro Reynes^a, V. Sabaté Cintas^b, A. Fabra Noguera^b y G. Marcos Aldea^b

^aMédico de Familia. CAP Sant Oleguer. Sabadell. Barcelona;

^bMédico de Familia. CAP Creu Alta. Sabadell. Barcelona.

Descripción del caso: Paciente varón de 25 años. Presenta como antecedente de interés clínica alérgica en la infancia. Acude a

nuestra consulta por presentar a los pocos minutos de la realización de ejercicio físico clínica urticariforme generalizada.

Exploración y pruebas complementarias: Urticaria eritematosa, milimétrica, confluyente desde la cabeza hasta la planta de los pies que no respeta las zonas fotoprotectidas, no presenta angioedema, ni afectación sistémica. En consulta se administra metilprednisolona 40 mg vía IM y se pauta hidroxicina 25 mg/24h vía oral.

Juicio clínico: Urticaria colinérgica.

Diagnóstico diferencial: La urticaria colinérgica es una urticaria crónica de tipo físico que se caracteriza por la presencia de pequeñas pápulas eritematosas y transitorias que se exacerban por calor, ejercicio, ropa oclusiva o factores emocionales. Se ha propuesto como mecanismo patogénico la activación de mastocitos secundaria a agentes liberadores por el sistema nervioso colinérgico. Las variedades clínicas de urticaria colinérgica son: -Urticaria colinérgica confluyente; -Urticaria colinérgica con afectación sistémica; -Urticaria colinérgica con angioedema; -Urticaria colinérgica inducida por frío; -Urticaria colinérgica estacional; -Eritema colinérgico persistente; -Anafilaxia inducida por ejercicio.

Comentario final: El diagnóstico es fundamentalmente clínico, se puede desencadenar tras un baño con agua caliente o un ejercicio físico intenso. En caso de duda y a nivel especializado es posible provocar esta urticaria con la inoculación intradérmica de metacolina. Ante un caso leve de urticaria colinérgica con poca afectación cutánea y sin síntomas sistémicos el antihistamínico más útil es la hidroxicina 25 mg/8 h durante 5-7 días, si intolerancia esta medicación se puede pautar un antiH2. Ante un caso más severo con gran afectación cutánea, sistémica y/o angioedema al tratamiento antihistamínico se ha de añadir metilprednisolona 1 mg/kg/peso vía im. Continuar después con una pauta de antihistamínico vía oral durante 7 días y metilprednisolona 0,5 mg/kg. peso durante 3 días y suspender. Si existe compromiso de la vía aérea es preciso administrar adrenalina 1/1000 0,3-0,5 ml. vía subcutánea. Ante un paciente con el diagnóstico previo de urticaria colinérgica será de vital importancia evitar el estímulo desencadenante. Los salicilatos agravan la urticaria y también deben ser evitados. En casos leves puede ser útil la toma de antihistamínicos, el más eficaz para este tipo de urticaria es la hidroxicina a dosis de 25 mg previos al factor desencadenante. En caso de intolerancia, los antihistamínicos no sedantes tipo ebastina, loratadina, cetirizina... pueden tener su utilidad. En caso de urticaria severa se puede utilizar danazol, con disminución progresiva hasta dosis mínima eficaz. La desensibilización mediante un programa de ejercicios o la elevación progresiva de la temperatura en baños controlados también ha mostrado su utilidad. Algunos casos duran años y remiten de manera espontánea pero también se han visto otros casos de duración indefinida.

BIBLIOGRAFÍA

- Brasó Aznar J, Jorro Martínez G. Manual de alergia Clínica. 2003: 352-4.
- Zuberbier T. Cholinergic Urticaria. In: Henz BM, Zuberbier T, Grabbe J, Monroe E: Urticaria: Clinical, Diagnostic and Therapeutic Aspects. Berlin. Ed. Springer-Verlag. 1998:91-6.
- Gisela B. Urticaria. Causas y tratamiento. *Revista de Postgrado de la VI Cátedra de Medicina*. 2007;(172).

10/136. MAMÁ: ¿ESTO ES UNA PICADURA?

E. Pablos Herrero^a, M. Ávila Ballesteros^a, A. Navarro Reynes^a, A. Fabra Noguera^b, V. Sabaté Cintas^b y R. Andreu Alcover^b

^aMédico de Familia. CAP Sant Oleguer. Sabadell. Barcelona;

^bMédico de Familia. CAP Creu Alta. Sabadell. Barcelona.

Descripción del caso: Reflejamos el caso de dos jóvenes hermanos, un varón de 25 años y un mujer de 21 años, ambos sanos, que viajaron durante todo el mes de julio por Malí y Burkina Faso provis-

tos de mosquiteras, repelentes antimosquitos y medidas físicas de protección. Durante el mes de septiembre el varón presenta a nivel de brazo derecho dos lesiones nodulares con hiperqueratosis posterior y durante el mes de octubre la mujer presenta una lesión de iguales características a nivel de pantorrilla derecha. Ambos pacientes durante todos los meses de incubación permanecieron asintomáticos, únicamente presentaron ligero prurito en la zona lesional.

Exploración y pruebas complementarias: Se realizaron analíticas con hemograma, función hepática y determinaciones serológicas negativas. Se realizó biopsia de las lesiones a ambos pacientes que confirmó el diagnóstico de leishmania cutánea. Ambos pacientes recibieron tratamiento con infiltración intralesional de antimoniales en 5 ocasiones, asociada a crioterapia, con curación de proceso.

Juicio clínico: Leishmania cutánea.

Diagnóstico diferencial: Linfoma cutáneo, lupus eritematoso discoide, carcinoma basocelular, carbunco, ántrax, estima contagioso, chancro sifilítico, tuberculosis cutánea, lupus, psoriasis.

Comentario final: Se estima que ocurren cada año 2 millones de casos nuevos de leishmaniasis en todo el mundo, de los cuales 1,5 millones son leishmaniasis cutánea, estas enfermedades son producidas por diferentes especies del género *Leishmania*, protozoo flagelado transmitido por la picadura del flebotomo hembra, que se puede encontrar en más de 80 países. El período de incubación de la leishmaniasis cutánea va desde semanas a meses. La evolución más frecuente de estas lesiones se inicia con una pápula inespecífica ligeramente pruriginosa en la zona de la picadura del insecto. Esta primera lesión puede pasar desapercibida ya que es similar a cualquier picadura de mosquito. Entre una semana y tres meses esta lesión evoluciona a nodular, en cuyo centro comienza a brotar un exudado cuya desecación da lugar a una costra. Bajo esta costra aparece una úlcera de bordes elevados y fondo irregular rodeado de un borde indurado. Para el diagnóstico de la leishmaniasis nos basaremos en: la sintomatología y la sospecha clínica en zonas endémicas; los exámenes microscópicos: investigación de los parásitos en frotis de exudados, punción-aspiración con aguja fina y estudio de biopsias cutáneas; también el test de Montenegro (inyección intradérmica de una suspensión preparada con amastigotas muertos con fenol y para valorar la respuesta inmunitaria celular). Dentro de los tratamientos existentes para la leishmaniasis cutánea disponemos de tratamientos a nivel tópico (paromomicina, imiquimod), intralesional (antimoniales pentavalentes) y sistémicos (antimoniales pentavalentes, pentamidina, anfotericina B, alopurinol, ketoconazol, itraconazol). También es útil la biopsia-extirpación de pequeñas lesiones y la crioterapia. A nivel preventivo no existe vacuna específica frente a esta enfermedad, la prevención de la misma se basa en evitar la picadura de insectos con la utilización de insecticidas, mosquiteras y repelentes de mosquitos.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Manual de lucha contra la leishmania. Organización Mundial de la Salud. División de lucha contra enfermedades tropicales. Ginebra, 1996.
2. García Almagro D. Leishmaniasis cutánea. *Actas Dermosifilogr.* 2005;96(1):1-24.

10/137. PACIENTE CON NEUMONÍA QUE NO RESPONDE A TRATAMIENTO

E. Pablos Herrero^a, A. Fabra Noguera^b, V. Sabaté Cintas^b, R. Andreu Alcover^b, M. Herranz Fernández^c y J. Vila Moneny^b

^aMédico de Familia. CAP Sant Oleguer. Sabadell. Barcelona;

^bMédico de Familia. CAP Creu Alta. Sabadell. Barcelona; ^cMédico de Familia. CAP Santa Perpetua de Mogoda. Barcelona.

Descripción del caso: Varón de 18 años. Como antecedentes patológicos de interés presenta hipertrofia adenoidea y rinitis alérgica. Consulta por tos y dolor en hemitórax izquierdo.

Exploración y pruebas complementarias: Auscultación respiratoria normal. Electrocardiograma y Radiografía de tórax normal, se pauta tratamiento sintomático. Vuelve a consulta a las 2 semanas por persistencia del dolor y fiebre de 39 °C. Se realiza una nueva radiografía de tórax que muestra una condensación apical izquierda e infiltrado a nivel de lóbulo superior derecho. Se practica PPD que es negativo. Se inicia tratamiento con amoxicilina-clavulánico y control en 48 h, en la visita de control presenta empeoramiento clínico motivo por el cual se deriva a urgencias hospitalarias. A nivel hospitalario se le realiza analítica: leucocitos 10.942 (16% eosinófilos), VSG 80, resto normal. TAC tórax: afectación alveolar en vidrio deslustrado en campos superiores y distribución periférica. La broncoscopia y el lavado broncoalveolar (LBA) con 40% de eosinófilos orientan hacia neumonía eosinofílica. Se administra corticoterapia con resolución clínica y radiológica en 72 horas. Se ha realizado seguimiento del paciente durante 6 meses, con recaída del proceso al disminuir la dosis de corticoides, actualmente en tratamiento crónico.

Juicio clínico: Neumonía eosinofílica crónica.

Diagnóstico diferencial: Aspergilosis pulmonar alérgica, y los Síndromes de Löffler, de Churg-Strauss y hipereosinofílico idiopático.

Comentario final: En este caso la sospecha clínica de la enfermedad se ha planteado tras el fracaso de la terapia antimicrobiana instaurada para el tratamiento de una posible neumonía de etiología infecciosa. En esta enfermedad la eosinofilia es típica, según series entre un 85-95% de los pacientes. La VSG se encuentra en valores cercanos a 100, radiológicamente presenta infiltrados alveolares de distribución periférica. La combinación de eosinofilia periférica junto con la clínica y la radiología pueden ser suficientes para establecer el diagnóstico. Estos hallazgos combinados con los aportados por el LBA sustentan el diagnóstico y pueden evitar la realización de biopsia en muchas ocasiones. El tratamiento de elección son los glucocorticoides a dosis de 0,5-1mg/kg/24 h con una mejoría espectacular a las 48 horas. Dentro de las neumonías eosinofílicas la más frecuente es la crónica, un 30% de los pacientes con neumonía eosinofílica crónica cursan con antecedentes alérgicos, las recidivas son frecuentes y el tratamiento se ha de continuar como mínimo durante 6 meses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sánchez Hernández I, Izquierdo Alonso JL, Castela Naval J. Eosinofilia pulmonares. *Medicine.* 1997;7(40).
2. Harrison. Principios de Medicina Interna, 14ª ed. Mc Graw Hill.
3. Schatz M, Wasserman F, Paterson R. Eosinophils and immunologic lung disease. *Med Clin North America.* 1981;65.
4. Eosinophilic pneumonias. *Allergy.* 2005;60 (7):841-57.
5. Allen JN, Davis WB. Eosinophilic Lung Diseases. *Am J Respir Crit Care Med.* 1994;150:1423-38.
6. Tordera Higón P, Andreu Rodríguez AL, Gómez Merino J. *An Med Intern (Madrid).* 2004;21(8):391-4.

10/138. MANIFESTACIONES CLÍNICAS DEL QUISTE HEPÁTICO

E. Pablos Herrero^a, V. Sabaté Cintas^b, A. Fabra Noguera^a, R. Andreu Alcover, M. Herranz Fernández^c y M. Rubio Villar^d

^aMédico de Familia. CAP Sant Oleguer. Sabadell. Barcelona;

^bMédico de Familia. CAP Creu Alta. Sabadell. Barcelona; ^cMédico de Familia. CAP Santa Perpetua de Mogoda. Barcelona; ^dMédico de Familia. CAP Canaletes. Cerdanyola. Barcelona.

Descripción del caso: Paciente mujer de 60 años con antecedente de síndrome vertiginoso y poliartrosis. Inicia de manera brusca clínica de dispepsia y cambio de ritmo deposicional con episodios de suboclusión intestinal asociados a dolor a nivel de epigastrio e hipocondrio derecho.

Exploración y pruebas complementarias: La exploración física es normal. Analítica con hemograma, función hepato-renal dentro de la normalidad. Se decide solicitar colonoscopia y TAC Abdominal. En la colonoscopia se detecta una sigmoiditis. TAC abdominal: quistes hepáticos simples de 10 y 4 cm a nivel de lóbulo hepático izquierdo. Después de una primera punción aspiración con alcoholización del quiste, la paciente presentó una rápida recidiva motivo por el cual la paciente precisó nueva aspiración del quiste junto a la alcoholización del mismo en 2 ocasiones, con mejoría sintomática, en la actualidad presenta mejoría clínica. La citología y el cultivo del líquido aspirado han sido negativos.

Juicio clínico: Quiste hepático gigante.

Diagnóstico diferencial: Absceso, el quiste hidatídico, la enfermedad poliquística, cistoadenoma, cistoadenocarcinoma y las metástasis.

Comentario final: El quiste hepático simple es una lesión congénita que afecta del 2 al 7% de la población. La mayoría de los quistes hepáticos simples no producen síntomas y son diagnosticados de manera casual. El tamaño del quiste hepático puede variar desde unos milímetros hasta lesiones gigantes. Cuando es grande (tamaño superior a 4 cm) puede dar síntomas inespecíficos como dolor abdominal, saciedad precoz o náuseas. Con menos frecuencia el quiste gigante puede complicarse con una hemorragia, torsión, infección o ruptura. La evaluación de estos síntomas se ha de hacer con cuidado ya que estas molestias pueden ser ocasionadas por muchas otras causas. Los quistes simples son más frecuentes en mujeres, la relación mujer/hombre es aproximadamente de 1.5:1 y la mayoría no son sintomáticos con una relación entre quistes asintomáticos y sintomáticos de 9:1 y no requieren tratamiento. Cuando su tamaño es superior a 4 cm habitualmente se recomiendan controles ecográficos, si no aumenta de tamaño en 2 años no sería necesario más seguimiento. En la ecografía el quiste hepático simple se refleja como una lesión anecoica, sin septos, de paredes finas y con un refuerzo posterior. Los quistes grandes y sintomáticos son más frecuentes en mujeres mayores de 50 años. Si el quiste es grande y sintomático el tratamiento de elección es la cirugía, otra opción es la aspiración y escleroterapia con alcohol y/o tetraciclinas.

BIBLIOGRAFÍA

- Díaz Gil JA, Duran Gómez CM. Drenaje de quiste hepático no parasitario mediante cirugía laparoscópica. Reporte de un caso. *Asociación Mexicana Cirugía Endoscópica*. 2004;5(1).
- Zozaya JM, Rodríguez C, Aznarez R. Quistes hepáticos no parasitarios. En: Berenguer M, Bruguera M, García M, Rodrigo L, eds. *Tratamiento de las enfermedades hepáticas y biliares*. ELBA, 2001:333-41.
- Rev Esp Enferm Dig (Madrid). 2004;96:331-43.
- Benhamou JP, Menu Y. Enfermedades quísticas no parasitarias del hígado y del árbol biliar. En: Rodés, Benhamou, Bircher, eds. *Tratado de Hepatología Clínica*, 2ª ed. Barcelona: Masson, 2001:911-3.

10/140. CATARRO CON SORPRESA

E. Pablos Herrero^a, M. Herranz Fernández^a, A. Fabra Noguera^b, V. Sabaté Cintas^b, M. Rubio Villar^c y J. Vila Moneny^b

^aMédico de Familia. CAP Sant Oleguer. Sabadell. Barcelona;

^bMédico de Familia. CAP Creu Alta. Sabadell. Barcelona; ^cMédico de Familia. CAP Canaletes. Cerdanyola. Barcelona.

Descripción del caso: Paciente varón 60 años, desplazado, que acude a consulta por infección respiratoria de vías altas de 3 semanas de evolución, sin presentar según el paciente ningún antecedente patológico de interés, ni toma de medicación crónica.

Exploración y pruebas complementarias: Paciente con ictericia cutánea, faringe eritematosa, auscultación respiratoria normal,

gran hematoma de 10 cm. a nivel hipocondrio derecho, interrogando al paciente no refiere antecedente traumático. A la palpación abdominal presenta hepatomegalia de 4 travesas. Se solicita analítica y ecografía abdominal urgente. En la analítica presenta hemoglobina 105 g/L, VCM 99 fL, TP 1,26, ferritina 1.372 ng/ml, AST 167 U/L, ALT 81 U/L, GGT 573 U/L bilirrubina total 5 mg/dl, bilirrubina conjugada 4mg/dl., serología positiva para hepatitis C. Ecografía abdominal: nódulo hepático heterogéneo en lóbulo hepático derecho que ocupa todo el lóbulo, trombosis portal masiva.

Juicio clínico: Hepatocarcinoma (HCC).

Diagnóstico diferencial: Absceso, quiste hidatídico, la enfermedad poliquística, cistoadenoma, cistoadenocarcinoma y las metástasis.

Comentario final: El debut de un hepatocarcinoma (HCC) puede tener diferentes manifestaciones clínicas: dolor abdominal, particularmente en el cuadrante superior derecho, agrandamiento del abdomen, tendencia al sangrado o a la formación de hematomas y/o ictericia. Exponemos un HCC que debuta con un hematoma. El HCC constituye el 80-90% de los tumores hepáticos malignos primarios. Es más frecuente en hombres de 50-60 años y asienta sobre cirrosis en el 90% de los casos. Las complicaciones son las asociadas a la enfermedad hepática subyacente: hemorragia gastrointestinal, ascitis, insuficiencia hepática etc., las derivadas de la progresión local (trombosis de la vena porta, infrecuentemente a ganglios linfáticos) o a distancia (metástasis). Los principales factores pronósticos de supervivencia son la extensión tumoral, el deterioro funcional de la hepatopatía de base y el estado general del paciente. Solamente un 15-20% de pacientes se podrán beneficiar de tratamientos potencialmente curativos

BIBLIOGRAFÍA

- Bruix J. Treatment of Hepatocellular Carcinoma. *Hepatology*. 1997;25(2):259-62.
- Ribeiro A., Nagorney D.M., Gores G.J. Localized Hepatocellular Carcinoma. Therapeutic options. *Current Gastroenterology Reports*. 2000;2(1):72-81.
- Ramírez Martín del Campo M, Guzmán Ruiz O, Domper Bardají F, Hernández Albújar A. Actualización del diagnóstico y tratamiento del hepatocarcinoma. *Revista de la ACAD* 2008;XXIV:29-37.

10/141. A PROPÓSITO DE UN CASO DE ENFERMEDAD TROPICAL POCO CONOCIDA

E. Pablos Herrero^a, A. Fabra Noguera^b, V. Sabaté Cintas^b, J. Vila Moneny^b y M. Rubio Villar^c

^aMédico de Familia. CAP Sant Oleguer. Sabadell. Barcelona;

^bMédico de Familia. CAP Creu Alta. Sabadell. Barcelona; ^cMédico de Familia. CAP Canaletes. Cerdanyola. Barcelona.

Descripción del caso: Mujer de 28 años sin antecedentes personales ni patológicos de interés que acude a consulta refiriendo desde hace 2 meses y coincidiendo con la vuelta de viaje de novios a Santo Domingo, clínica de astenia, debilidad y parestesias a nivel de brazo y pierna derecha. Como antecedentes de interés durante el viaje la paciente consumió pescado, presentando después de esa ingesta cuadro de gastroenteritis que se autolimitó.

Exploración y pruebas complementarias: Analítica con hemograma, hormonas tiroideas, ionograma, vitamina B12, ácido fólico y coprocultivos que fueron normales. TAC craneal: normal. Se pautó tratamiento para el dolor neuropático con gabapentina 300 mg/8h, sin mejoría clínica. Dado el antecedente de inicio de los síntomas después del consumo de pescado en zona tropical la paciente fue derivada al centro de enfermedades tropicales de Barcelona. La paciente fue diagnosticada, por exclusión, de infección por ciguatera, recibió tratamiento sintomático con pregabalina 75 mg/12h y diclofenaco 50 mg/8h con mejora progresiva a lo largo de meses.

Juicio clínico: Ciguatera.

Diagnóstico diferencial: Debe realizarse con el botulismo, alergias alimentarias, intoxicaciones alimentarias, enfermedades cerebrovasculares e intoxicación por diferentes fármacos: antiarrítmicos, litio, mercurio...

Comentario final: Esta enfermedad es endémica de las regiones tropicales y subtropicales. Pero la globalización favorece la ciguatera importada y el cuadro se pone de manifiesto en latitudes donde se desconoce. Las primeras manifestaciones son gastrointestinales y aparecen dentro de las primeras 24h tras el consumo de pescado, seguidas de síntomas neurológicos (parestias y debilidad) y síntomas (taquicardias, bradicardias e hipotensión). Las manifestaciones gastrointestinales tienden a resolverse en uno o dos días. La astenia y los síntomas neurológicos pueden durar varias semanas, aunque en alguna ocasión pueden hacerse crónicos. Entre un 1-5% podemos encontrar casos con depresión respiratoria. El diagnóstico es clínico y basado en el antecedente epidemiológico de consumo de pescado en zona endémica. El tratamiento ante la sospecha de ciguatera debe ser lo más rápido posible administrando manitol al 20% a dosis de 1 g/kg de peso en perfusión venosa durante 30 minutos y procediendo a lavado gástrico; dicho tratamiento precoz consigue la recuperación drástica de los síntomas neurológicos y autonómicos. Si este tratamiento cronológicamente no es posible se realizará tratamiento sintomático dependiendo de la clínica con antiinflamatorios, neurolépticos, amitriptilina o vitaminas del grupo B. Por último, dentro del diagnóstico diferencial de gastroenteritis aguda en pacientes que han viajado a zonas tropicales recientemente debe incluirse la intoxicación por ciguatera. Creemos necesario el consejo alimentario a viajeros a zonas de riesgo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gascón J, Macià M, Oliveira I, Corachán M. Ciguatera poisoning in Spanish travellers. *Med Clin.* 2003;120(20):777-9.
2. Puente Puente S, Cabrera Majada A, Lago Núñez M, Azuara Solís M, González-Lahoz JM. Ciguatera: eight imported cases. *Rev Clin Esp.* 2005;205(2):47-50.
3. Randal JE. A review of ciguatera tropical fish poisoning with a tentative explanation of its cause. *Bull Mar Sci Gulf Carib.* 1958 8:236-67.

10/142. ÍLEO MECÁNICO DE ETIOLOGÍA INESPERADA

A. López Herranz^a, G. González Sanz^b, S. Paterna López^c, C. Gracia López^c y R. Cerdán Pascual^b

^aMédico de Atención Primaria CS Ciudad de los Angeles. Madrid;

^bMédico Adjunto de Cirugía General. ^cMIR de Cirugía General. Hospital Miguel Servet. Zaragoza.

Descripción del caso: Mujer de 85 años, con antecedentes personales de hipertensión arterial, dislipemia, obesidad y estreñimiento crónico con abuso de laxantes. Acude a consulta por presentar dolor abdominal con sensación de plenitud gástrica, náuseas, vómitos y ausencia de emisión de gases y heces de 4 días de evolución. No refiere antecedentes quirúrgicos previos ni cuadro clínico de similares características.

Exploración y pruebas complementarias: Paciente afebril. Abdomen globuloso, muy distendido, timpanizado, con aumento del peristaltismo y ruidos hidroaéreos a la auscultación. No se aprecian hernias en pared abdominal y al tacto rectal la ampolla está vacía. Analítica: leucocitosis con desviación izquierda. Glucemia normal y urea elevada. Radiografía de abdomen en decúbito supino y decúbito lateral izquierdo que muestra dilatación de asas de intestino delgado con niveles hidroaéreos y ausencia de distensión del colon.

Juicio clínico: Sospecha de obstrucción mecánica de intestino delgado de origen desconocido, con tacto rectal sin presencia de

heces ni fecaloma y sin evidenciar hernias externas, por lo que la paciente es remitida al servicio de urgencias de un centro hospitalario para completar estudio.

Diagnóstico diferencial: Estreñimiento crónico. Impactación fecal. Pseudoobstrucción intestinal. Íleo paralítico o adinámico. Isquemia intestinal. Enteritis.

Comentario final: Se completó estudio con TAC abdominal que evidenció clara dilatación de asas de intestino delgado hasta íleo proximal sin poder aclarar la causa de la misma, con ausencia de líquido libre o signos indirectos de proceso inflamatorio intraabdominal. La paciente fue intervenida hallando una obstrucción mecánica intraluminal provocada por la ingestión "a escondidas" de múltiples orejones, en número superior a 30. Se realizó enterotomía y extracción de múltiples bezoares. La presentación clínica más frecuente de los fitobezoares es la oclusión intestinal, y son responsables de un 3% de las oclusiones intestinales. Para evitar la recurrencia es necesario educar a los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bedioui H, Daghfous A, Ayadi M, Noomen R, Chebbi F, Rebai W et al. A report of 15 cases of small-bowel obstruction secondary to phytobezoars: predisposing factors and diagnostic difficulties. *Gastroenterol Clin Biol.* 2008;32(6-7):596-600. Epub 2008 May 19.
2. Teicher E.J, Cesanek P.B, Dangleben D. Small-bowel obstruction caused by phytobezoar. *Am Surg.* 2008;74(2):136-7.
3. Retter J, Neff W, Singer MV. Small bowel obstruction produced by a phytobezoar. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2008;6(1):A20. Epub 2007 Dec 11.
4. Delabrousse E, Lubrano J, Sailley N, Aubry S, Mantion G.A, Kastler BA. Small-bowel bezoar versus small-bowel feces: CT evaluation. *AJR Am J Roentgenol.* 2008;191(5):1465-8.

10/143. MUJER JOVEN QUE CONSULTA POR LESIONES ROJAS Y DOLOROSAS EN AMBAS PIERNAS

F. Carbonell Franco^a y F. Martínez Ques^b

^aMédico de Familia. CS de Mislata. Valencia; ^bMédico de Familia. CS de Montanejos. Castellón.

Descripción del caso: Mujer de 19 años sin antecedentes patológicos. Anticoncepción hormonal oral desde los 18 años (drospirenona/etinilestradiol). Fumadora de 12 cigarrillos diarios. Refiere tos seca desde 5 semanas antes de la visita actual. Se automedica con cloperastina. Consulta por presentar lesiones dolorosas, de aspecto nodular y eritematosas en la región pretibial de ambas piernas.

Exploración y pruebas complementarias: El resto de la exploración clínica es normal (AC tonos normales sin soplos, AR murmullo vesicular normal, FR 16x', TA 111/66 mmHg FC 98x', pO₂ 98%, T^a 36,2 °C). Los recuentos de las series roja y plaquetas son normales, en la fórmula leucocitaria destaca una monocitosis relativa (8.300 leucocitos con un 12,2% de monocitos). La bioquímica básica es normal. La radiografía de tórax muestra un patrón alveolar en lóbulo superior izquierdo con áreas sospechosas de cavitación. La intradermorreacción de Mantoux es positiva (16 mm). La baciloscopia es positiva para BAAR y posteriormente en el cultivo de esputo se confirma el crecimiento de *Mycobacterium tuberculosis*.

Juicio clínico: Eritema Nodoso (EN). Tuberculosis pulmonar.

Diagnóstico diferencial: El diagnóstico diferencial de las lesiones cutáneas sospechosas de EN debe efectuarse siempre con los distintos tipos de paniculitis, con o sin vasculitis. En el caso que presentamos el número de nódulos es escaso, aunque son de gran diámetro y cabe plantear diagnóstico diferencial con otros procesos que cursan con lesiones cutáneas similares (picaduras, celulitis, flebitis o tromboflebitis, lipodistrofias, granulomas, exantemas infecciosos, etc.). En cuanto al diagnóstico etiológico es sencillo por la presencia de síntomas y signos clínicos y resultados de las prue-

bas complementarias típicas de infección tuberculosa (diagnóstico confirmado mediante baciloscopia y cultivo en medios específicos). El uso de anticonceptivos orales se ha relacionado con la aparición de EN, sin embargo en nuestro caso no parece una relación relevante.

Comentario final: El EN es un proceso poco frecuente, pero en absoluto raro. Su diagnóstico es simplemente clínico. Sin embargo el diagnóstico causal supone un reto muy interesante por la variada patología con que se asocia (además entre un 30 y 50% de los casos son idiopáticos). Su estudio diagnóstico y tratamiento son perfectamente accesibles para el médico de atención primaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Requena L, Requena C. Erythema nodosum. *Dermatol Online J*. 2002;8(1):4.
2. Schwartz RA, Nervi SJ. Erythema nodosum: a sign of systemic disease. *Am Fam Physician*. 2007;75(5):695-700.
3. Requena L, Yus ES. Erythema nodosum. *Dermatol Clin*. 2008;26(4):425-38.
4. Noguerol MJ, Seco A. Eritema Nodoso. *Guías Clínicas 2005 (5)1*. Disponible en www.fisterra.com

10/149. UN SÍNCOPE PARA NO DEJAR PASAR

A. Guillermo Ruberte^a, E. Arana Alonso^a, N. Berrade Goyena^a, M. Contín Pescacén^a, N. Ruiz Huguet^b y J. Moreno Sánchez^c

^aCS Sangüesa; ^bCS Buñuel; ^cCS Elizondo.

Descripción del caso: Varón de 43 años que acude a consulta por haber presentado tras levantarse esta mañana, pérdida breve de conciencia precedida de mareo y náuseas con cefalea frontal residual. Desde hace 24 horas refiere dolor punzante en hemitórax izquierdo con irradiación laterocervical tras sobrecarga física. En los dos últimos días ha tramitado cuadro pseudogripal. Antecedentes personales de hiperlipemia, hiperuricemia y trastorno de ansiedad. Tratamiento habitual: paroxetina y alopurinol.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general. Buena coloración. Presión arterial: 120/80. Pulso: 72 rítmico. Temperatura: 36. Frecuencia respiratoria: 16. Carótidas: simétricas y sin soplos. No ingurgitación yugular. Auscultación cardiopulmonar: normal. Abdomen normal. Pulsos periféricos presentes. No edemas. No focalidad neurológica. Saturación oxígeno: 96%. Electrocardiograma (ECG): ritmo sinusal a 68 latidos por minuto, T negativa en III y V1. Glucemia 126. Ante la sospecha de posible patología cardíaca se deriva a urgencias hospitalarias para completar estudio: Radiología de tórax normal. Análítica sanguínea: leucocitosis leve, discreta hipertransaminasemia y elevación importante de enzimas cardíacas. Tras ecocardiograma, resonancia magnética y cateterismo cardíaco es diagnosticado de miocarditis aguda idiopática (daño miocárdico con disfunción ventricular).

Juicio clínico: Miocarditis aguda idiopática.

Diagnóstico diferencial: Enfermedad coronaria. Síncope vasovagal.

Comentario final: La miocarditis es un proceso inflamatorio del músculo cardíaco cuyo diagnóstico puede ser complicado por falta de métodos diagnósticos sensibles y específicos. Los síntomas suelen ser inespecíficos y pueden simular un síndrome coronario agudo. El diagnóstico de la miocarditis durante el episodio agudo puede resultar complicado sobre todo en atención primaria donde las pruebas complementarias son muy escasas. El dolor torácico agudo (DTA) puede ser causado tanto por patologías leves como potencialmente mortales. Lo primero que debe hacer el médico de atención primaria es descartar situaciones de riesgo vital: infarto agudo de miocardio, angina inestable, tromboembolismo pulmonar, neumotórax a tensión, disección aórtica y rotura esofágica. Una vez descartadas (o iniciado su tratamiento) se debe proceder a anamnesis, exploración física y pruebas complementarias. A todo paciente con DTA deberá realizarse ECG y radiografía de tórax poste-

rior anterior y lateral. La determinación de enzimas cardíacas se realiza en DTA de perfil isquémico o si la causa no está clara. En nuestros centros de salud no disponemos de servicio de radiología ni de análisis de ahí la necesidad de derivar a un servicio de urgencias hospitalarias para completar estudio. La biopsia endomiocárdica era considerada como patrón de referencia diagnóstico de miocarditis, pero se asocia a un riesgo de mortalidad no despreciable. Durante los últimos años se han publicado diversos estudios que utilizan la resonancia magnética de contraste como técnica diagnóstica en pacientes con alta probabilidad de miocarditis.

BIBLIOGRAFÍA

1. Subinas A, Rilo I, Lecuona I, Velasco S, Larena JA, Larraudogoitia E. Diagnóstico de miocarditis aguda por cardiorensonancia magnética con contraste. *Revi Esp Cardiol*. 2005;58:753-5.
2. Álvarez Fernández JA, Lobelo Arciniegas R, Espinosa Ramírez S, Herrero Ansola P. Manejo clínico del paciente con dolor torácico agudo en el entorno extrahospitalario. *Medicine*. 2005;9(45):2994-7.

10/150. ERISPELA FACIAL: UNA LOCALIZACIÓN POTENCIALMENTE GRAVE

N. Berrade Goyena^a, M. Contín Pescacén^a, N. Ruiz Huguet^b, E. Arana Alonso^a, A. Guillermo Ruberte^a y J. Garcés Resa^c

^aCS Sangüesa; ^bCS Buñuel; ^cCS Peralta.

Descripción del caso: Mujer de 80 años que acude a consulta porque desde hace una semana presenta vesículas agrupadas en mejilla izquierda que de forma progresiva se han ido extendiendo hacia ambos lados de la cara con afectación de ambos pabellones auriculares y ocasionándole calor y picor. Refiere prurito ocular sin alteración de la visión. Antecedentes personales: diabetes mellitus tipo II, aplastamiento dorsal osteoporótico. Alérgica a amoxicilina y piroxicam.

Exploración y pruebas complementarias: Piel: eritema en zona frontal e infraorbitaria bilateral. Lesiones pustulosas en zona frontal y malar izquierda y lesiones ampollas en zona frontal derecha. Engrosamiento con exudado en pabellón auricular derecho. Temperatura: 36,6 °C. Buen estado general ojos: Fluortest negativo. Fondo de ojo normal bilateral. Otoscopia normal. Exploración neurológica normal. Análítica sanguínea: leucocitosis con desviación a la izquierda y proteína C reactiva elevada.

Juicio clínico: Por la morfología de las lesiones y los resultados analíticos se establece el diagnóstico de erisipela facial y se inicia tratamiento antibiótico con levofloxacino, con clara mejoría en 48 horas.

Diagnóstico diferencial: Herpes zoster bilateral, celulitis, dermatitis de contacto, dermatosis neutrofílica, urticaria, picaduras de arañas.

Comentario final: Actualmente la erisipela facial representa el 20% de los casos, mientras que las piernas resultan afectadas en el 80%. La erisipela es una infección bacteriana que afecta a la dermis y porción superficial de la hipodermis con marcada afectación linfática. El patógeno más habitual es el *Streptococo* beta hemolítico del grupo A y siempre hay que buscar erosiones u otras pérdidas de la solución de continuidad de la piel como puerta de entrada del microorganismo, salvo en casos de comorbilidad (diabetes mellitus, inmunosupresión, edades extremas de la vida.). Se manifiesta como una placa eritematoedematosa, indurada, dolorosa y caliente con bordes bien definidos, de rápida extensión. A veces se acompaña de vesículas o ampollas que plantean dudas diagnósticas. El diagnóstico de erisipela es fundamentalmente clínico, basándose en una presentación súbita de la lesión dérmica acompañada de síntomas generales: fiebre, dolor, linfadenopatía regional (cervical anterior) y apoyándose en la rápida respuesta al tratamiento antibiótico. Las complicaciones pueden ser: recurrencia si no se tratan

los factores locales, abscesos localizados, septicemia (menos del 5%), tromboflebitis venosa profunda (1-5%). Los factores de riesgo para complicaciones graves son: diabetes mellitus, obesidad y estados inmunodeprimidos. La erisipela facial puede tener un pronóstico grave por la proximidad de las meninges y cerebro requiriendo ingreso hospitalario y tratamiento endovenoso a menos que el cuadro sea leve y haya una respuesta rápida al antibiótico. El tratamiento es penicilina durante un mínimo de 10 días. Otras opciones son macrólidos o fluorquinolonas con actividad semejante.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Bordas X. Erisipela. En Dermatología: correlación clínico-patológica.
- 2- González Melián C, Rojo García J.M. En: Infecciones bacterianas de la piel.
- 3- Erisipela <http://www.clinicadam.com/salud>

10/157. TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA DE LA EXTREMIDAD SUPERIOR: UNA PATOLOGÍA VASCULAR POCO FRECUENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA

A. Guillermo Ruberte^a, E. Arana Alonso^a, N. Berrade Goyena^a, M. Contín Pescacén^a, N. Ruiz Huguet^b y J. Moreno Sánchez^c

^aCS Sangüesa; ^bCS Buñuel; ^cCS Elizondo.

Descripción del caso: Paciente mujer de 80 años de edad que acude por cuadro de dolor e inflamación de la extremidad superior izquierda de 10 horas de evolución. No refiere traumatismo previo. No inmovilización prolongada. Relata dolor en articulación de hombro izquierdo de días de evolución sin otra clínica acompañante. Antecedentes personales: hipertensión arterial, marcapasos (hace 4 años), tromboflebitis miembro inferior y hernia de hiato. En tratamiento con torasemida y lansoprazol.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general. Buen estado de hidratación. Presión arterial: 154/66. Pulso: 80. Temperatura axilar: 37,2. Carótidas: simétricas y sin soplos. No ingurgitación yugular. Auscultación cardiopulmonar: normal. No adenopatías cervicales ni axilares. Mamas normales. Abdomen normal. Extremidades: superior izquierda: rubor, calor y edema generalizado, se palpa cordón venoso. Inferiores: signos insuficiencia venosa crónica. Articulaciones: sin alteraciones significativas. Pulsos periféricos simétricos. Exploración neurológica: normal. Saturación oxígeno: 97%. Electrocardiograma: ritmo de marcapasos a 80 latidos por minuto.

Juicio clínico: Trombosis venosa profunda (TVP) venas axilar, subclavia y yugular izquierdas.

Diagnóstico diferencial: Tromboflebitis superficial, celulitis y compresión venosa tumoral.

Comentario final: Como no es fácil que un centro de Atención Primaria disponga de eco-doppler para la confirmación del diagnóstico debemos evacuar a un centro hospitalario, con criterios de urgencia, a todo paciente con sospecha de TVP. Si no es posible realizar un eco-doppler de urgencia, es factible aplicar una dosis de heparina de bajo peso molecular (HBPM) y realizar la prueba en las siguientes 24 horas, ello decidirá continuar con el fármaco o retirarlo. La TVP de la extremidad superior es una entidad poco frecuente. Puede ser primaria, cuya causa más frecuente son los pequeños traumatismos repetidos, o bien secundaria por presencia de catéteres, tumores o estados de hipercoagulabilidad. La implantación de marcapasos cardíacos definitivos conlleva el riesgo de padecer TVP de los miembros superiores secundaria a la inserción de catéteres-electrodo, pero la mayoría de TVP ocurre durante los tres primeros meses postimplante y suelen ser asintomáticas (en este caso clínico la implantación del marcapasos había sido cuatro años antes). Otro aspecto relevante de la TVP en Atención Primaria es el control del tratamiento extrahospitalario en la fase aguda (HBPM inicialmente y anticoagulantes orales varios meses) y en la

prevención secundaria. Así como realizar una prevención primaria en los pacientes con riesgo trombotico: la aplicación de HBPM ha demostrado ser sencilla, de escaso riesgo (hemorrágicos, etc.), aplicable a muchos pacientes (no precisan control analítico) y de un coste razonable.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lozano Sánchez FS. Urgencias vasculares (periféricas). En: Lozano F, ed. Cuaderno de Patología Vasculat (Vol 4). Madrid: Arán ed.; 2006:145-76.
2. Guzmán Mora F, Vargas Vélez F, García Herreros LF, Ramírez Cabrera J, Paccini Vasquez A, Zundell Majerowick N, et al. Trombosis venosa profunda del miembro superior. <http://www.aibarra.org/guias/3-13.htm> (consulta 19 de abril 2010).
3. Azara A, Ruffa H, Rocchinotti M, Pelliza M. Trombosis venosa postimplante de marcapasos cardíacos definitivos. *Electrofisiología y Arritmias*. 2009;2(4):126-9.

10/158. LA IMPORTANCIA DE LA EXPLORACIÓN FÍSICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

E. Arana Alonso, N. Ruiz Huguet, M. Contín Pescacén, A. Guillermo Ruberte, N. Berrade Goyena y J. Garcés Resa

CS Sangüesa.

Descripción del caso: Varón de 76 años que acude a consulta de atención primaria por presentar epistaxis anterior unilateral recurrente de un mes de evolución. El paciente realizaba maniobras de compresión nasal como única medida terapéutica previa. Antecedentes personales: - Carcinoma laríngeo en 1983. - Laringectomía total más vaciamiento ganglionar funcional bilateral en 1985. - Cuerpo extraño (clavo) a través de estoma traqueal (2001). - Condiciones higiénico sanitarias deficientes.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración mediante rinoscopia anterior se objetiva material muco-purulento, restos hemáticos y cuerpo extraño orgánico y móvil en suelo de fosa nasal derecha. Tras la limpieza de fosa nasal, se continúa observando el cuerpo extraño sobre una mucosa friable. En la parte antero-superior de tabique nasal se observa una mucosa nasal engrosada, enrojecida y dolorosa al tacto. La fosa nasal izquierda no presenta alteraciones. El paciente es derivado a servicio de urgencias para extracción de cuerpo extraño. Se realiza extracción de cuerpo extraño bajo control endoscópico en consulta de ORL, confirmando el diagnóstico de sospecha inicial de larva en cavidad nasal. No se objetiva ninguna patología en fosa nasal izquierda. Se realiza TAC con el objetivo de descartar la posibilidad de infestación larvaria a nivel de senos paranasales y cavidad craneal. El TAC descarta ocupación de senos paranasales y fosa craneal; y se objetiva engrosamiento en cara lateral derecha de tabique que contacta con cornete medio derecho y ocupación parcial de celdillas etmoidales derechas.

Juicio clínico: Miasis en fosa nasal derecha.

Diagnóstico diferencial: Epistaxis anterior de repetición. Manipulación digital. Tumoración intranasal. Hipertensión arterial. Rinitis aguda. Poliposis nasal. Cuerpo extraño nasal.

Comentario final: La infestación larvaria de fosa nasal se trata de una entidad poco frecuente en nuestro medio. Los principales factores de riesgo son las edades extremas, alcoholismo, enfermedades psiquiátricas, mala higiene, así como el contacto próximo con animales. La manipulación nasal digital suele ser el punto de entrada. La realización de una exploración física sistemática en urgencias es fundamental para un diagnóstico de sospecha de esta infrecuente patología, derivación precoz al especialista en Otorrinolaringología, y tratamiento adecuado por parte de éste.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hadlow WJ, Ward JK, Krinsky WL. Intracranial myiasis by *Hypoderma bovis* L in a horse. *Cornell Vet*. 1977;67:272-81.

- Cruz S. El estudio de la miasis en España durante los últimos cien años. *Ars Pharmaceutica*. 2000;41(1):19-26.
- Elgart M. Flies and myiasis. *Dermatol Clin*. 1990;8 (2):237-44.
- Mandell G, Douglas R, Bennett J. Miasis. *Enfermedades infecciosas, principios y prácticas*. Buenos Aires: Panamericana; 1992:2296-302.

10/159. DOLOR ABDOMINAL DE ETIOLOGÍA INESPERADA

N. Ruiz Huguet^a, E. Arana Alonso^b, A. Guillermo Ruberte^b, N. Berrade Goyena^b, M. Contín Pescacén^b y J. Moreno Sánchez^c

^aCS Cortes; ^bCS Sangüesa; ^cCS Elizondo.

Descripción del caso: Varón de 63 años, sin antecedentes personales de interés, que acude a consulta de atención primaria por dolor moderado cólico izquierdo irradiado a hemiabdomen izquierdo y zona genital desde hace 48 horas.

Exploración y pruebas complementarias: Tensión arterial: 124/89. Temperatura: 36,4o. ACP: normal. Pulsos periféricos simétricos y presentes. Exploración abdominal normal. Puño percusión renal negativa. Se solicita radiografía de abdomen de forma urgente. Se administra ketoloraco im, quedando el paciente asintomático. En la radiografía de tórax se objetiva un posible aneurisma de aorta abdominal. Ante los resultados de las radiografías, el paciente es derivado a los servicios de urgencias hospitalarios. Se realiza ecografía abdominal en urgencias y se confirma la existencia de una rotura de aneurisma de aorta. Se solicita TAC abdominal urgente y se informa como rotura contenida en aorta abdominal. Se deriva al paciente al servicio de Cirugía vascular siendo intervenido con éxito.

Juicio clínico: Rotura contenida en aorta abdominal.

Diagnóstico diferencial: Cólico renal. Abdomen agudo. Neumoperitoneo. Aneurisma de aorta.

Comentario final: La rotura de aneurisma de aorta exige un diagnóstico precoz mediante el cual pueda llevarse a cabo un tratamiento quirúrgico precoz. Desafortunadamente el diagnóstico puede ser difícil, ya que la triada de dolor abdominal súbito, hipotensión y masa pulsátil sólo está en la mitad de los casos; incluso muchos pacientes, como el del caso clínico expuesto, están normotensos, retardando y dificultando el diagnóstico. La clínica y exploración física del caso clínico expuesto era compatible con cólico renal izquierdo, siendo la sospecha diagnóstica inicial. El aneurisma de aorta con rotura contenida puede simular otras patologías como el cólico renal o el abdomen agudo. Ante la posibilidad de una confusión que pueda retrasar el diagnóstico, se deben evaluar los factores de riesgo previos y solicitar pruebas complementarias que nos ayuden a confirmar el diagnóstico.

BIBLIOGRAFÍA

- Chang JB, Stein TA, Liu JP, Dunne ME. Risk factors associated with rapid growth of small abdominal aortic aneurysms. *Surgery*. 1997;121:117-22.
- Matsushita M, Nishikimi N, Sakurai T, Nimura Y. Relationship between aortic calcification and atherosclerotic disease in patients with abdominal aortic aneurysm. *Int Angiol*. 2000;19:276-9.
- Farreras R. *Medicina Interna, Vol 2*. Madrid: Mosby/Doyma Libros, 1995:650-1.

10/197. DOCTORA, EL ESTÓMAGO NO ME FUNCIONA

F. Rosique Gómez, C. Ramírez Tirado, I. Vicente López, M. Correa Stañ, E. Madrid Sánchez y J. Vivero Bolea

CS de Torre-Pacheco Oeste.

Descripción del caso: Varón de 34 años consumidor esporádico de cannabis, consulta por cuadro diarreico de repetición, con 6-8 deposiciones líquidas diarias, acompañada de distensión abdominal

y pérdida de peso de 10 kilos en el último año, con algún vomito esporádico. No presentaba otra sintomatología asociada. Consulta hace un año por un cuadro similar se remitió al digestivo, quien diagnóstico de colon irritable.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física: Regular estado general y leve palidez cutánea. Peso 58 kg. Talla 1,68 m. TA 120/70. Auscultación cardio-pulmonar normal. Abdomen blando depresible no visceromegalias, no sopro abdominal. Exploración cuello no bocio, adenopatías en zona cervical menores de 1 cm, adenopatías axilares y adenopatías inguinales menores de 1 cm. Pruebas complementarias. Analítica con bioquímica dentro de la normalidad, salvo GOT 93, GPT 87, ferritina 18,9, ácido fólico 5,1 ng/ml, vitamina b12 173 pg/ml, IgA total 679 mg/dl, IgA anti-tranglutaminasa positivos > 128. Anticuerpos anti gliadina positivos. Anticuerpos anticélulas gástricas positivos. Serología hepatitis B y C, VIH negativos. Coprocultivo negativo. Parásitos en heces negativos. Hemograma leucopenia. Ecografía abdominal: dilatación de asas de intestino delgado, adenopatías mesentéricas. Tac de cuello-tórax-abdomen-pelvis con contraste: adenopatías mesentéricas. Esofagogastroscoopia: duodenopatía atrófica. Biopsia: atrofia subtotal de vellosidades.

Juicio clínico: Celiaquía del adulto. Déficit ácido fólico y vitamina B12.

Diagnóstico diferencial: Enfermedad celiaca y el linfoma difuso de intestino delgado es difícil diferenciar. Para diagnosticar la celiacía es necesaria la respuesta clínica a la dieta sin gluten además de la biopsia intestinal que muestre lesión típica. La enfermedad celiaca puede complicarse con un linfoma intestinal. La tuberculosis abdominal puede dar lugar a un cuadro clínico similar, con presencia de adenopatías, sobre todo peri pancreática y mesentérica.

Comentario final: Las manifestaciones de la celiacía tienen una gran variabilidad de un paciente a otro. El paciente presentaba un cuadro de leve elevación de transaminasas con déficit de vitamina B12 y ácido fólico. Todas estas alteraciones se normalizaron con la dieta sin gluten, incluso la desaparición de las adenopatías. En los casos publicados de enfermedad celiaca con linfadenopatías mesentéricas diagnosticadas por TAC en las que se ha descartado linfoma, la biopsia pone de manifiesto una hiperplasia reactiva, y se evidencia una regresión total de dichas adenopatías tras la instauración de la dieta exenta de gluten.

BIBLIOGRAFÍA

- Yousif E, Gupta R, Gelzayd E, Osher D, Maas L. Lymphadenopathy in Celiac sprue, not necessarily a malignant disease. *J Clin Gastroenterology*. 1998;27:82-4.
- Arotcarena R, Hammel P, Terris B, Guth A, Bernades P, Ruszniewski P. Regression of mesenteric lymph node cavitation syndrome complicating Celiac disease after a gluten free diet. *Gastroenterol Clin Biol*. 2000;24:579-81.
- Tourtet S, Lachaux A, Frappaz D, Thiesse P, Bouvier R. Retroperitoneal lymphadenopathy and mesenteric mass mimicking lymphoma in a child With celiac disease. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 1998;27:449-51.

10/200. LAS DISTINTAS CARAS DE UN FÁRMACO

I. Guerra Hernández^a, M. Fandiño Cobo^b, M. Prieto Rodríguez^c y R. Prieto Rodríguez^d

^aCS de Taco. Tenerife; ^bCS Laguna Geneto. La Laguna. Tenerife;

^cCS La Vera. Puerto de la Cruz. Tenerife; ^dCS La Orotava.

Tenerife.

Descripción del caso: Varón de 42 años que consulta por disnea de inicio brusco. Fumador, con HTA, glucemia basal alterada, mielodisplasia, úlcus, insuficiencia venosa con úlceras, flebitis recurrente y fibrilación auricular (FA) revertida

farmacológicamente, en tratamiento (Tto) con amiodarona. Madre con arritmia y padre fallecido a los 56 años por IAM. Demanda urgente por tos, cansancio y debilidad hace 3 días que empeora la noche anterior con ahogos y le impiden dormir obligándole a sentarse.

Exploración y pruebas complementarias: Impresiona de gravedad, palidez, afebril, sin dolor y disnea a pequeños esfuerzos, tolera decúbito, pulso rítmico, soplo pansistólico, crepitantes basales. Abdomen con esplenomegalia (5 cm). Saturación-O₂: 85%, índice masa corporal: 32, TA: 140/80 mmHg, FC: 72 ppm. Electrocardiograma: ritmo sinusal sin isquemia. Derivado a hospital. En urgencias realizan analítica: hemoglobina 8,9 g/dl, hematocrito 26%, serología a clamidia (+). Rx-tórax: cardiomegalia, patrón alveolar bilateral, hilio izquierdo engrosado. Panendoscopia normal. SPECT pulmonar sin actividad inflamatoria. Ecocardiografía: insuficiencia-aórtica leve con FE normal, tras esta prueba comienza con dolor centrotorácico y vómito sanguinolento, practican tránsito donde se observa disección en pared esofágica, derivan para controlar en UCI. Al alta Hb: 10 g/dl, Hto: 28%.

Juicio clínico: Neumonitis intersticial por amiodarona, mejora con corticoides y retirada del fármaco.

Diagnóstico diferencial: Insuficiencia cardiaca congestiva. Embolia pulmonar. Infección respiratoria. Fibrosis pulmonar. Distrés respiratorio. Síndrome mieloproliferativo.

Comentario final: El 2-5% de las hospitalizaciones lo son por una reacción adversa a fármacos. Entre los efectos secundarios de la amiodarona además del hiper-hipotiroidismo, supresión de médula ósea (en este paciente la mielodisplasia era anterior al tratamiento), depósitos corneales, coagulopatías, alteración de enzimas hepáticas y neuropatía periférica, destaca la lesión pulmonar en un 61% de los casos, con mortalidad de hasta el 33%. El mecanismo de toxicidad no se conoce y aun retirando el fármaco puede llegar a fibrosis (no fue así en este caso). Es más probable con dosis > 400 mg/día, aunque es posible con menos, la dosis acumulativa no influye en la toxicidad. Hay tres formas de presentación clínico-radiológicas: insidiosa (patrón intersticial bilateral), seudogripal progresiva (imágenes alveolointersticiales: neumonía BONOY) y aguda (< 1/3 casos), con disnea brusca, fiebre, patrón alveolar parcheado que simula neumonía y desorienta el diagnóstico, como pudo ocurrir en este paciente. La espirometría presenta patrón restrictivo, el TAC es útil en detección precoz y en confirmar el diagnóstico. Este caso pone de manifiesto la importancia que tiene la historia clínica de atención primaria (AP) y la orientación que ofrece para el abordaje terapéutico en sujetos polimedcados. El médico de familia trata al paciente de forma continua, global e integral y es el profesional idóneo para realizar un adecuado manejo del tratamiento farmacológico, vigilando la aparición de complicaciones y efectos secundarios, que no siempre son simples reacciones adversas sino como este caso, patologías que podrían tener un pronóstico fatal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Talmadge E, King Jr. Enfermedades pulmonares intersticiales. En: Kasper Denis L, Fauci Anthony S, Longo Dan L, Braunwald Eugene, Hauser SI, Jameson JL eds. Harrison principios de medicina interna, 16ª ed. México, DF: McGraw-Hill interamericana; 2006:1717-28.
2. Fernández Fabrellas E, Domingo Montañana M, Martínez Moragón E. Estado actual de la neumonía intersticial aguda. Rev Clin Esp. 2007;207(6):295-7.
3. Har Estarriol M, Rubio Goday M, Bernardo Turmo L. Lesiones pulmonares inducidas por fármacos. Med Integral. 2002;40(2):64-75.
4. Llorente Fernández J, Cancelo Díaz L, Protocolo diagnóstico de la enfermedad intersticial pulmonar. Valoración de la indicación de pruebas complementarias y de su interpretación. Medicine. 2002;8(79):4265-7.

10/205. MUJER CON DOLOR CENTROTORÁCICO

M. Martí Vilà, M. Miralles Piñeyro, M. Pérez Miras y M. del Val Viñolas

CAP Vila Olímpica. Barcelona.

Descripción del caso: Paciente de 76 años de edad sin alergias medicamentosas conocidas. No hábitos tóxicos. AP: Osteoporosis y artrosis. Acude por dolor centro torácico que define como un peso en posición de decúbito supino de varios meses de evolución que desaparece al cambiar de posición, al girarse o al levantarse de la cama. No refiere náuseas, vómitos ni clínica de reflujo. No pérdida de peso, no anorexia. No síntomas respiratorios. No vegetatismo.

Exploración y pruebas complementarias: Paciente con buen estado general. AC Rítmica, sin soplos. AR MVC sin ruidos sobreañadidos. Abdomen anodino. ECG Rs 70 x' Eje 0º. No alteraciones de la repolarización. RX de tórax: Imagen redondeada bien delimitada parahiliar derecha. TAC: Lesión de 31 x 28 mm en segmento lateral del lóbulo medio que comprime bronquio. Broncocele que condiciona atelectasia laminar distal a la lesión. No adenopatías significativas. Se realiza interconsulta con neumólogo del Hospital de referencia que aconseja derivación a Hospital de día para completar estudio. Analítica normal. Marcadores tumorales negativos. PET: Lesión nodular hipermetabólica en pulmón derecho. No afectación ganglionar ni a distancia. Broncofibroscopia; compresión extrínseca a nivel del segmento lateral del bronquio lobar medio derecho. Citologías del BAS, punción aspirativa transbronquial y cepillado bronquial del mismo segmento positivas para carcinoma de células pequeñas. PFR: dentro de la normalidad. RMN cerebral normal.

Juicio clínico: Carcinoma de pulmón de célula pequeña. Con este diagnóstico se decide tratamiento quirúrgico: lobectomía media.

Diagnóstico diferencial: 1.- Al inicio y por las características del dolor: -Dolor de características mecánicas. -Sd de Tietze o costocondritis. -Patología cardiaca. -Patología digestiva. -Patología pulmonar. 2.- Diagnóstico diferencial del nódulo pulmonar. a) Benignos. Granulomas: TBC, brucelosis. Hamartomas. Lipomas, fibromas, adenomas. Granulomatosis de Wegener, nódulo reumatoideo, amiloidosis, sarcoidosis. Quistes broncogénicos, infarto pulmonar, neumonitis, absceso. Malformaciones arteriovenosas. Infecciones: micosis, parasitosis, émbolos sépticos, fiebre Q, nocardiosis, hidatidosis. b) Malignos. Carcinomas broncogénicos: c. epidermoide, adenocarcinoma, de célula grande, de célula pequeña. Tumor carcinoide. Sarcoma pulmonar. Linfomas. Metástasis: tiroides, tumores de cabeza y cuello, mama, tracto gastrointestinal, riñón, ovario, sarcomas y melanomas.

Comentario final: Ante una clínica aparentemente banal; la adecuada interpretación de los síntomas, la correcta exploración clínica y la realización de pruebas complementarias desde AP: ECG, Rx y TAC; junto con una buena comunicación con el Hospital de referencia nos pueden ayudar a descartar patologías potencialmente severas en un corto periodo de tiempo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Balsalobre RM, Fernández-Fau L. Nódulo pulmonar solitario: qué ha cambiado en su evolución diagnóstica. Arch Bronconeumol. 2003;39:246-8.
2. Grupo MBE Galicia. Nódulo pulmonar solitario. Guías Clínicas. 2007;7(8).

10/208. DOCTORA, LO QUE ME PASA PUEDE SER POR LA OPERACIÓN DE MI MUJER

F. Rosique Gómez^a, C. Ramírez Tirado^a, V. Buendía Carrillo^b, M. Correa Stañ^b, I. Vicente López^a y A. Díaz Alboreda^a

^aMédico de Familia. CS de Torre-Pacheco Oeste. Murcia; ^bMédico de Familia. CS de Torre-Pacheco Este. Murcia.

Descripción del caso: Varón de 51 años con antecedentes de fumador de 20/año, HTA en tratamiento con valsartán-amlodipino 160

mg/5 mg 1/24h y dislipemia en tratamiento con atorvastatina de 20 mg, refiere disminución de la libido y disfunción eréctil desde hace 3 años, fecha en la que intervinieron a su mujer de un cáncer de mama. Desde entonces, no había consultado dando este problema como normal por la operación de su mujer y por todo el estrés que tuvo.

Exploración y pruebas complementarias: Buena hidratación y coloración de piel y mucosas. Ausencia de vello en zona torácica. TA 160/110 (en ambos brazos) pulso 70 lpm. Cuello: no bocio. No adenopatías palpables. Auscultación cardiaca: rítmico y sin soplos. Auscultación pulmonar murmullo vesicular conservado. Abdomen: blando depresible no signos de irritación peritoneal, no visceromegalías palpables. No soplo abdominal. EELL: pulsos pedíos y tibiales positivos y simétricos. No signos de insuficiencia venosa. Pruebas complementarias: Analítica con bioquímica, donde destaca dislipemia con colesterol 290, HDL 40, LDL 190 TG 200. Prolactina, FSH y LH normales. Testosterona (0,1). RMN hipófisis con gadolinio: adenoma hipofisario. Campimetría normal.

Juicio clínico: Disfunción eréctil. Adenoma hipofisario hipo secretor de testosterona. HTA. Dislipemia.

Diagnóstico diferencial: Se debe realizar un diagnóstico diferencial con causas que produzcan disfunción eréctil como causas de origen cardiovascular (arteriopatía), neuropatías, causas endocrinas, causas psicógenas y fármacos. Es fundamental es nuestro caso la patología cardiovascular, puesto que presenta hipertensión, dislipemia y es fumador, causas que pueden producir arteriopatía.

Comentario final: En nuestro caso cabe descartar que al iniciar el tratamiento con testosterona intramuscular trimestral el paciente recupere su libido, vello en zona de barba y en tronco y desaparezca la disfunción eréctil. Siempre que exista un suceso traumático en la vida de una persona, ante cualquier sintomatología hay que descartar patología orgánica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aron DC, Howlett TA. Pituitary incidentalomas. *Endocrinol Metab Clin North Am.* 2000;29:205-21.
2. Beck-Peccoz P, Persani L. Medical management of thyrotropin-secreting pituitary adenomas. *Pituitary.* 2002;5:83-8.
3. Ben-Shlomo A, Melmed S. Acromegaly. *Endocrinol Metab Clin North Am.* 2001;30:565-83.
4. Bevan JS, Webster J, Burke CW, Scanlon MF. Dopamine agonists and pituitary tumor shrinkage. *Endocr Rev.* 1992;13:220-40.
5. Bilezikian JP, Silverberg SJ. Asymptomatic primary hyperparathyroidism. *N Engl J Med.* 2004;350:1746-51.
6. Donovan LE, Corenblum B. The natural history of the pituitary incidentaloma. *Arch Intern Med.* 1995;155:181-3.

10/228. ERITEMA NODOSO, UNA PATOLOGÍA HABITUAL EN CONSULTA

M. Pérez Unanua, Y. Muñoz González, C. Mateo Pascual, N. Ortega Inclán y S. Alvarado Torres

Médico de Familia. CS Dr. Castroviejo. Área 5 Madrid.

Descripción del caso: Paciente de 18 años que consulta por lesión eritematosa, indurada y dolorosa de aproximadamente 7 centímetros de diámetro en región pretibial de la pierna derecha de un mes de evolución. No antecedentes de traumatismo previo ni fiebre en ningún momento del proceso. Entre sus antecedentes familiares destaca una tía con lupus eritematoso sistémico. Entre sus antecedentes personales la paciente presenta diarrea crónica valorada por especialista digestivo y diagnosticada con criterios clínicos como probable intolerancia a la lactosa.

Exploración y pruebas complementarias: Analítica general con el único dato patológico de elevación de la velocidad de sedimentación glomerular (VSG) a 89, resto de analítica: hemograma, bioquímica, hormonas tiroideas, factor reumatoide, PCR normales. Mantoux 0 mm. Remitida para valoración por Servicio de Dermato-

logía del área para completar estudio. El resultado de la anatomía patológica confirma la impresión clínica: paniculitis septal. Recomendado reposo y observación clínica. Dada la mala evolución de las lesiones y la aparición de nuevos nódulos subcutáneos se pauta tratamiento con corticoides, prednisona 30 mg/día en pauta descendente durante 1 mes.

Juicio clínico: Eritema nodoso.

Diagnóstico diferencial: El eritema nodoso (EN) es una paniculitis septal sin vasculitis con inflamación del tejido celular subcutáneo. Los nódulos aparecen típicamente en la región pretibial y con menor frecuencia en muslos y antebrazos. Es más frecuente en mujeres jóvenes. Puede asociarse a enfermedades infecciosas (estreptococo, tuberculosis, muy frecuentes hoy en día las infecciones intestinales como salmonella, yersinia o campilobacter, estafilococo, virus, etc.), puede relacionarse con el consumo de fármacos (antibióticos como las sulfamidas o penicilinas, salicilatos, anticonceptivos, codeína, etc., embarazo, lupus eritematoso sistémico y otras colagenosis, enfermedad inflamatoria intestinal, linfomas o idiopático (30-50%). El EN debe diferenciarse de las contusiones pretibiales, vasculitis sistémicas y de otras formas de paniculitis.

Comentario final: Se trata de una respuesta de hipersensibilidad de determinados antígenos en la que se ve implicada tanto la inmunidad humoral como celular. El EN se puede acompañar de sintomatología sistémica como poliartalgias, malestar general, fiebre, astenia o cefalea. El curso evolutivo suele ser autolimitado con remisión de las lesiones en 1-6 semanas, sin dejar cicatriz ni atrofia residual aunque son muy frecuentes las recidivas. El tratamiento debe ser etiológico si se conoce la enfermedad de base y es fundamental el reposo, se pueden dar AINES (AAS 1 g/8 h, indometacina 50 mg/8 h), yoduro potásico 0,5-1 g al día (20 gotas/8h) o corticoides si fuera necesario.

BIBLIOGRAFÍA

1. Muñoz Ávila JA, García Criado EI, Berlango Jiménez A, Calderón de la Barca Gázquez JM, Montero Pérez FJ, Jiménez Murillo LM. Manejo del eritema nodoso en urgencias. *Semerger.* 1998;24(5):395-8.
2. Noguerol Casado MJ, Seco González A. Eritema Nodoso Guías clínicas Fisterra. 2005;5(1).
3. Sota Busselo I, Oñate Vergara E, Pérez-Yarza EG, López Palma F, Ruiz Benito A, Albisu Andrade Y. Eritema nodoso: modificación etiológica en las dos últimas décadas. *An Pediatr (Barc).* 2004;61(5):403-7.
4. Atanes A, Gómez N, Aspe B, de Toro J, Graña J, Sánchez JM, Galdo F. Eritema nodoso: estudio de 160 casos. *Med Clin (Barc).* 1991;96(5):169-72.

10/254. DISECCIÓN CAROTÍDEA EN PERSONA JOVEN

E. Arana Alonso^a, M. Alarcón Meléndez^b, M. Contín Pescacén^a, A. Guillermo Ruberte^a, N. Berrade Goyena^a y N. Ruiz Huguet^c

^aCS Sangüesa. Navarra; ^bUrgencias. Hospital Virgen del Camino. Pamplona. Navarra; ^cCS Cortes. Navarra.

Descripción del caso: Varón de 45 años con antecedentes personales de esofagitis (funduplicatura 01), depresión 01, neuralgia postherpética 06. Acude a urgencias por cefalea de 7 días de evolución con visión borrosa desde hace 24 horas, en el contexto de laringitis tratada con Dacortín 5 mg, posterior a bolus urbason 40 mg ev desde hacía 4 días.

Exploración y pruebas complementarias: Miosis izquierda débilmente reactiva con ligero enoftalmos. No otra focalidad neurológica. No soplos carotídeos. Analítica de sangre mínima leucocitosis con VSG 46 y PCR 6,25.

Juicio clínico: Disección carotídea.

Diagnóstico diferencial: Cefalea con síntomas del trigémino desencadenado por proceso viral vs disección carotídea vs proceso

aneurismático vs proceso infeccioso-inflamatorio.

Comentario final: La amplia sintomatología que puede presentar una patología tan grave como es la disección carotídea, nos debe hacer estar alerta en sintomatología tan banal como la tan frecuente cefalea inespecífica, neuralgia postherpéticas, parálisis faciales periféricas dudosas. Grau et al recogen tres casos de disección carotídea en varones jóvenes en el contexto de proceso viral. No obstante no olvidar la incidencia de esta patología que llega a ser un 5-20% en jóvenes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Neurologische klinik, universitatsspital Zurich, Switzerland. *Neurology*. 2001;57(5):827-32.
2. *Front Neurol Neurosci*. 2005;20:70-6.
3. *Neurology*. 2009;72(21):1810-5. Epub 2009 Mar 25.
4. *Rinsho Shinkeigaku*. 2003;43(6):313-21.

10/257. ¿HACEMOS UN BUEN USO DE LAS NUEVAS QUINOLONAS?

A. Guillermo Ruberte^a, N. Berrade Goyena^a, N. Ruiz Huguet^b, E. Arana Alonso^a, M. Contín Pescacén^a y M. Alarcón Meléndez^c

^aCS Sangüesa. Navarra; ^bCS Cortes. Navarra; ^cHospital Virgen del Camino. Pamplona. Navarra.

Descripción del caso: Mujer de 77 años en tratamiento con levofloxacino y prednisona desde hace 6 días por reagudización de EPOC, consulta por dolor en ambos gemelos que dificulta su marcha, sin comienzo brusco ni traumatismo previo. Antecedentes personales: insuficiencia cardiaca, Insuficiencia renal crónica, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), Trombosis venosa profunda (TVP) y Tromboembolismo pulmonar (TEP).

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general. Tensión arterial: 145-100. Pulso: 80. Temperatura axilar: 36.0. Carótidas: simétricas y sin soplos. No ingurgitación yugular. Auscultación cardiaca: rítmica. Auscultación pulmonar: crepitantes campos medio e inferior izquierdo. Extremidades: Izquierda: depresión dolorosa de tendón de Aquiles y hematoma en piel. Derecha: palpación dolorosa tendón de Aquiles con relieve normal. Ambas extremidades: signos de insuficiencia venosa crónica. Edemas distales bilaterales con predominio tobillo izquierdo. Articulaciones: sin alteraciones significativas. Pulsos periféricos presentes. Saturación oxígeno: 96%. Electrocardiograma: ritmo sinusal con extrasístoles supraventriculares aisladas.

Juicio clínico: Rotura tendón Aquiles izquierdo. Tendinitis aquilea derecha.

Diagnóstico diferencial: Tendinitis traumáticas o atraumáticas (lupus, artritis reumatoide, síndrome SR3-PE, hipotiroidismo autoinmune).

Comentario final: Las nuevas quinolonas muestran unos perfiles de eficacia y comodidad en el tratamiento de las infecciones respiratorias adquiridas en la comunidad que han hecho que su uso se haya generalizado en la práctica habitual. No obstante, se debe valorar el aumento del riesgo de efectos adversos tendinosos. El levofloxacino ha sido incluido como tratamiento de la neumonía adquirida de la comunidad y de las reagudizaciones de los pacientes con EPOC. La tendinopatía por levofloxacino es infrecuente inferior al 0,1% y el de rotura tendinosa inferior a 4 por millón. A pesar de la baja frecuencia de este efecto adverso, en Atención Primaria es necesario tomar medidas preventivas evitando la prescripción indiscriminada y reconociendo los factores de riesgo para la tendinopatía (corticoterapia, insuficiencia renal, edad avanzada, enfermedad reumática). Al igual que monitorizar los posibles efectos secundarios tras la prescripción, manteniendo un elevado índice de sospecha en el caso de aparición de síntomas osteomusculares. Tras sospecha se debe suspender el levofloxacino (en tendinitis la reversión suele ser entre 10 días y 2 meses, evitando la

rotura del tendón) e indicar reposo, probablemente sería aconsejable inmovilizar la articulación y derivar a Traumatología ante sospecha de rotura tendinosa. Es importante recordar que la rotura tendinosa puede aparecer muy rápidamente después iniciado el tratamiento, pero que se han descrito casos de rotura tendinosa incluso después de terminado el tratamiento, por lo que ante toda patología tendinosa de etiología no evidente se aconseja anamnesis farmacológica para excluir toma de quinolonas hasta un periodo de tres meses atrás.

BIBLIOGRAFÍA

1. Medrano M, Mauri J, Bruscas C. Tendinitis por fluorquinolonas. *An Med Intern (Madrid)*. 2007;24:227-30.
2. Gómez N, Ibáñez J, González M., Tendinitis aquilea bilateral y levofloxacino. *An Med Intern (Madrid)*. 2004;21(3):154.
3. Grupo de estudios de la Neumonía Adquirida de la Comunidad. Normativas para el diagnóstico y el tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad. Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). *Arch Bronconeumol*. 2005;41:272-89.

10/258. TRAUMATISMO VASCULAR EN ATENCIÓN PRIMARIA

N. Berrade Goyena^a, N. Ruiz Huguet^b, A. Guillermo Ruberte^a, M. Contín Pescacén^a, M. Alarcón Meléndez^c y E. Arana Alonso^a

^aCS Sangüesa. Navarra; ^bCS Cortes. Navarra; ^cHospital Virgen del Camino. Pamplona. Navarra.

Descripción del caso: Varón de 72 años que acude por sangrado profuso de extremidad superior izquierda y traumatismo craneal. Refiere caída desde unos 2 metros sobre tijeras de podar, mientras permanecía en una escalera podando en su huerto. No mareo previo. No pérdida de conciencia. Antecedentes: sin interés. Ante sospecha de lesión vascular se solicita helicóptero para prevenir lesión isquémica de extremidad y se alerta a los Servicios de Cirugía Vascul y Traumatología. Por el sangrado arterial continuo se realiza hemostasia con compresión intermitente local, analgesia y suero-terapia e inmovilización adecuada al politraumatismo.

Exploración y pruebas complementarias: Orientado. Colaborador. Presión arterial: 100/60. Pulso: 94. Regular estado general. Palidez de piel y mucosas. Auscultación cardio-pulmonar: normal. Cabeza: herida incisocontusa leve en región occipital. Cuello: no ingurgitación yugular. Carótidas simétricas y sin soplos. Extremidad superior izquierda: Herida de 2 cm punzante en región epitroclear en codo izquierdo con hemorragia profusa. Pulso radial presente. Abdomen: normal. Tórax y extremidades inferiores: normales. Pulsos periféricos presentes. Exploración neurológica: normal. Saturación oxígeno: 97%. Electrocardiograma: Ritmo sinusal a 85 latidos por minuto.

Juicio clínico: Fractura oblicua corta olecranon izquierdo. Traumatismo craneoencefálico leve.

Diagnóstico diferencial: Traumatismo vascular con hemorragia arterial en codo.

Comentario final: Las fracturas de olecranon son generadas por dos mecanismos y, con mucha frecuencia, actúan en forma conjunta: 1) Contusión directa por caída con apoyo violento del codo contra el suelo. 2) Por tracción violenta del músculo tríceps. Por una u otra razón, el olecranon se fractura en su base y la contractura del tríceps se encarga de separarlo de la epífisis cubital. Ante una contusión violenta, el olecranon sufre una fractura múltiple que complica el pronóstico y el tratamiento. El sangrado por fracturas abiertas debe tratarse inicialmente por taponamiento, pero ante un sangrado profuso continuo hay que descartar traumatismo vascular asociado. Los aspectos más relevantes de los traumatismos vasculares en Atención Primaria son: 1-Tratamiento inicial del traumatizado. 2- Hemostasia si procede en traumatismos abiertos (tor-niquete o mejor manguito neumático). 3- Valorar mediante datos

clínicos y exploración física una posible isquemia arterial (palpación bilateral de pulsos periféricos). Existen signos definitivos y equívocos para el correcto diagnóstico de traumatismo arterial. Los primeros son: presencia de isquemia (palidez, parestesias, ausencia de pulsos), auscultación de un soplo, presencia de hematoma pulsátil o percepción de hemorragia externa. Los signos equívocos son hematoma, herida o lesión nerviosa cerca de un vaso arterial, o la existencia de shock inexplicable con hipotensión. 4- Evacuación inmediata al hospital de referencia, donde se realizarán las oportunas técnicas diagnósticas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Soto JA, Múnera F, Morales C, Lopera JE, Holguín D, Guarín O, et al. Focal arterial injuries of the proximal extremities: Helical CT arteriography as the initial method of diagnosis. *Radiology*. 2001;218:188-94.
2. Lozano FS, Pina Rubiralta, Ruiz Gorjón C. Manejo extrahospitalario de la patología vascular. *Medicine*. 2009;10(45):3013-20.
3. http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/textotraumologia/Trau_Secc01/Trau_Sec01_33.html.

10/259. OSTEONECROSIS MAXILAR RELACIONADA CON ÁCIDO ZOLEDRÓNICO

I. Gosálvez Mariño^a, F. Saiz Cáceres^b y R. Valentín Tovar^c

^aMédico. *CS Salorino. Cáceres*; ^bMédico. ^cEnfermera. *Equipo de Cuidados Paliativos. Cáceres*.

Descripción del caso: Paciente de 75 años de edad diagnóstica de cáncer de mama en el año 2003 tratada mediante cirugía asociada de quimioterapia y radioterapia. En julio 2006 la enfermedad progresa con metástasis óseas por lo que se inicia tratamiento con zoledronato (bifosfonato IV) mensual. En diciembre de 2008 tras una extracción dentaria, presenta lesión ulcerada mandibular, sugestiva de absceso, muy dolorosa que precisó de analgesia con opioides potentes así como varios ciclos de antibioticoterapia. La lesión progresó rápidamente presentando exposición ósea hemimandibular izquierda con secreción purulenta y drenaje espontáneo a piel por múltiples trayectos fistulosos. Se consultó con su oncólogo quien pensó en una metástasis ósea a ese nivel y la derivó al servicio de cirugía maxilofacial para tratamiento. En dicho servicio se tomó biopsia de la lesión, descartándose progresión de la enfermedad, siendo diagnosticada de osteonecrosis de mandíbula. La paciente fue tratada con antibioticoterapia previo cultivo de la herida, irrigaciones y enjuagues orales con clorhexidina así como remodelado del hueso afecto presentando una mejoría parcial de las lesiones. Aún así, la calidad de vida de la paciente permaneció severamente disminuida hasta su fallecimiento en septiembre 2009, debido a la necesidad de curas diarias de la herida, la pérdida de varias piezas dentarias que le dificultaban la alimentación así como recurrentes episodios de dolor orofacial agudo.

Exploración y pruebas complementarias: Rx mandíbula: área lítica en hemimandíbula izquierda, bordes irregulares. Fístula orofacial.

Juicio clínico: Osteonecrosis mandibular asociada a ácido zoledrónico.

Diagnóstico diferencial: 1. Metástasis óseas. Es infrecuente y localizada en ángulo posterior mandibular. 2. Osteorradionecrosis: Antecedentes de radioterapia en dicha localización. 3. Osteomielitis crónica: Imágenes radiológicas de esclerosis, expansión ósea y secuestro óseo. Mejoría con antibioticoterapia y tratamiento quirúrgico.

Comentario final: Los bifosfonatos son potentes inhibidores de la actividad osteoclástica acumulándose en la matriz ósea durante largos periodos de tiempo. Los bifosfonatos intravenosos como el pamidronato y el ácido zoledrónico son usados ampliamente en el paciente oncológico para el tratamiento de la hipercalcemia tumo-

ral, mieloma múltiple, metástasis óseas de tumores sólidos (mama, próstata y pulmón) y para la prevención de metástasis óseas en tumores de mama y próstata (ácido zoledrónico). En los últimos años se han descrito varios casos de osteonecrosis mandibular en pacientes oncológicos tratados con bifosfonatos, principalmente endovenosos, pero también se han descrito en tratamientos orales de larga duración como terapia de osteoporosis. Existen factores comórbidos cuyo papel aún está por determinar: tratamiento con corticoides, mal estado cavidad oral (mala higiene, infecciones), procedimientos dentarios.

Las lesiones son de difícil tratamiento por lo que, actualmente la prevención es el mejor enfoque terapéutico (revisiones dentarias, evitar extracciones, etc.).

BIBLIOGRAFÍA

1. Junque LM. Diagnóstico, prevención y tratamiento de la osteonecrosis de los maxilares por bifosfonatos. Recomendaciones de la Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial (SECOM). *Cient Dent*. 2008;5:229-37.
2. Woo SB et al. Systematic Review: Bisphosphonates and Osteonecrosis of the Jaws. *Ann Intern Med*. 2006;144:753-61.
3. Pastor D, et al. Osteonecrosis maxilar y bifosfonatos. Presentación de tres casos. *Cirugía bucal*. 2005:76-9.

10/264. HIPERTRANSAMINASEMIA EN MUJER DE 50 AÑOS

I. Mejía Ganoza, L. Pons Pons, Z. Sainz Beltrán, J. Vives Ballester, N. Pacheco Rubio y S. Güell Parnau

CAP Montcada i Reixac. Barcelona.

Descripción del caso: Mujer de 50 años con antecedentes de tabaquismo, ingesta alcohol de 21U/ semana, hipertrigliceridemia, litiasis renal. Elevación transitoria de GGT en 2004, en dos ocasiones (60 U/L y 50 U/L) normalizada posteriormente. Episodio de depresión actualmente asintomático, tratado con venlafaxina en 2006. Consulta en julio del 2009 por dolor abdominal inespecífico, en ambas fosas ilíacas de tres meses de evolución. En las últimas semanas aparece astenia y anorexia. Dos días antes de acudir a consulta presenta una deposición acólica. No coluria, prurito, fiebre ni otra sintomatología. No ingesta de fármacos.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física: no ictericia de piel ni mucosas. Exploración abdominal normal. No visceromegalias. Ecografía ginecológica reciente: normal. Análisis de sangre: destaca GOT/AST: 158; GPT/ALT: 213; GGT: 366 y FA: 146. Se repite a la semana: GOT: 191; GPT: 247; GGT: 360; FA: 117. Serología hepatitis B, C, A negativas. Coagulación normal. Ecografía y TAC abdominal normal. Un mes y medio después el análisis muestra: GOT: 110; GPT: 156; GGT: 269; FA: 123. Anticuerpos antinucleares (ANA) positivos, título de 1/320, patrón nucleolar. Anticuerpos antimitocondriales (AMA) negativos. Anticuerpos anti-músculo liso (SMA) positivos, título de 1/320. Auto-anticuerpos anti-transglutaminasa negativos. Biopsia hepática: hepatitis crónica activa moderada con puentes de probable etiología autoinmune.

Juicio clínico: Hepatitis autoinmune.

Diagnóstico diferencial: Hepatitis crónica activa de etiología vírica. Esteatosis hepática. Cirrosis biliar primaria (CBP). Hepatitis tóxica (medicamentosa). Hepatopatía crónica alcohólica.

Comentario final: El incremento de GPT en relación con GOT, orienta hacia una etiología hepática. Al no superar la GPT 10 veces el valor normal, sospechamos un proceso crónico. La ausencia de antecedentes con tratamientos farmacológicos descarta la probable etiología tóxica medicamentosa. Existe un componente colestático, lo que nos hace pensar en una CBP, aunque los AMA sean negativos. La serología de Hepatitis es negativa. La biopsia hepática confirma el diagnóstico. La determinación rutinaria de transaminasas en Atención Primaria ha provocado un incremento en la de-

tección precoz de hepatopatías crónicas asintomáticas en las primeras fases de la enfermedad. La orientación diagnóstica debe basarse en: 1) Magnitud de la elevación de transaminasas y predominio de GPT o GOT hasta 300 U/L nos hará sospechar una hepatopatía crónica. 2) Anamnesis exhaustiva para descartar cualquier etiología posible. La utilización de protocolos de actuación ante una hipertransaminasemia en las consultas de Atención Primaria sería una herramienta útil. 3) La biopsia hepática es esencial para confirmar el diagnóstico de hepatopatías crónicas. La hepatitis autoinmune (HAI) es un trastorno necroinflamatorio crónico del hígado de causa desconocida, que puede estar presente en cualquier edad y sexo, siendo más frecuente en mujeres jóvenes. Parece ser que la enfermedad se desarrolla en individuos con cierta predisposición genética al exponerse a un agente ambiental aun no identificado que genera una respuesta autoinmune contra el hígado, generando fibrosis y cirrosis, siendo un diagnóstico de exclusión de otras hepatopatías que se confirma mediante biopsia hepática. Su forma de presentación es heterogénea por su amplia variedad de manifestaciones clínicas y diferencias histológicas, junto con la presencia de los diferentes autoanticuerpos. El pronóstico dependerá de la respuesta al tratamiento, orientado a inmunosupresión.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mallo-González N, López-Rodríguez R, Campos-Franco J, Abdulkader I, Otero-Antón E, Alende-Sixto MR. Síndrome overlap hepatitis autoinmune-cirrosis biliar primaria: A propósito de un caso. *An Med Int.* 2008;25:3.
2. Cuadrado A, Crespo J. Hipertransaminasemia en pacientes con negatividad de marcadores virales. *Rev Esp Enferm Dig.* 2004;96:7.

10/267. NOCARDIOSIS PULMONAR CON DISEMINACIÓN CEREBRAL

A. Artuñedo González^a, J. Claramunt Mendoza^a, A. Ocaña Padilla^b, D. de la Rosa Carrillo^c, R. Sierra Luján^b y J. Cortés Martínez^d

^aABS Nova Lloreda. Badalona; ^bEAP Ocata-Teià; ^cHospital Plató. Barcelona; ^dEAP Vilassar.

Descripción del caso: Varón de 74 años de edad, sin alergias medicamentosas conocidas ni hábitos tóxicos, hipertenso y dislipémico. Consulta por dolor torácico intercostal izquierdo de características mecánicas que aumenta a la palpación, tos e inspiración profunda, tras una primera visita en atención primaria se realiza la orientación diagnóstica de esguince intercostal y se pautan analgésicos convencionales. Reconsulta al cabo de 3 semanas por persistencia de dolor irradiado a escápula, así como aparición de fiebre, anorexia y pérdida de peso. Se solicitan pruebas de imagen. A las 2 semanas aparece cefalea e inestabilidad a la marcha. Tratamiento: trimetoprim-sulfametoxazol. Evolución: a las 3 semanas del tratamiento se realiza TC pulmonar y cerebral con desaparición de las lesiones.

Exploración y pruebas complementarias: Auscultación pulmonar normal sin estertores. Examen neurológico sin focalidades ni meningismo. Rx de tórax: infiltrado en lóbulo superior izquierdo (LSI) con nódulos pulmonares dispersos. TC tórax: múltiples nódulos pulmonares sugestivos de metástasis. TC cerebral: normal. RMN cerebral: múltiples nódulos en hemisferios cerebrales y cerebelo.

Juicio clínico: Nocardiosis pulmonar con diseminación cerebral.

Diagnóstico diferencial: Neoplasia pulmonar metastásica, enfermedades parasitarias, patología infecciosa, tuberculosis.

Comentario final: La nocardiosis es una enfermedad poco frecuente, con más incidencia en varones adultos con patología previa pulmonar. Se presenta como una neumonía subaguda con patrón radiológico de infiltrado y nódulos múltiples que sugieren tumor metastásico y en el 50% de los casos se produce diseminación encefálica. La experiencia clínica es limitada. Pese a ser una infección

poco frecuente, este caso nos hace reflexionar sobre la variedad clínica de presentación de las neumonías. En este paciente se presentó de forma subaguda, con dolor torácico de características mecánicas compatible con patología músculo-ligamentosa intercostal. Al aumentar el dolor con la tos y la inspiración profunda debimos sospechar el origen pleural. Si bien es cierto que la mayoría de esguinces intercostales también presentan estas características. En nuestro caso, la aparición de fiebre y síndrome constitucional nos puso en alerta replanteándonos el diagnóstico y solicitando exploraciones complementarias. Cabe destacar que a pesar de éstas, existían dudas diagnósticas hasta la obtención del resultado del cultivo de esputo que fue positivo para *Nocardia cyriacigeorgica*.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez R, Reyes S, Menéndez R. Pulmonary nocardiosis: risk factors, clinical features, diagnosis and prognosis. *Curr Opin Pulm Med.* 2008;14(3):219-27.
2. Mari B, Montón C, Mariscal D, Luján M, Sala M, Domingo CPulmonary nocardiosis: clinical experience in ten cases. *Respiration.* 2001;68(4):382-8.
3. Corti ME, Villafañe-Fiotti MF. Nocardiosis: a review. *Int J Infect Dis.* 2003;7(4):243-50.
4. Yildiz O, Doganay M. Actinomycoses and Nocardia pulmonary infections. *Curr Opin Pulm Med.* 2006;12(3):228-34.

10/268. FALLO RENAL TRAS USO DE IECA Y ARA-II

N. Polo Fernández y M. Gutiérrez Cabanas

CS Daroca. Madrid.

Descripción del caso: Paciente varón de 72 años con diabetes mellitus tipo 2 con hemoglobina glicada inferior a 7, microalbuminuria negativa, retinopatía proliferativa. HTA, hiperlipidemia mixta con LDL inferior a 100, Hemorragia digestiva alta hace 8 años por toma de AINEs. (adiro 100). Tratamiento: metformina 850 mg, 2,5 comp/día glicazida 30 mg (2 comp/día), valsartán 80 mg/día, nifedipino 20 mg/día, simvastatina 40 mg/día y ticlopidina 1c/día. El paciente acude por episodios hipotensivos coincidiendo con intensificación de tratamiento antihipertensivo añadiendo hidroclorotiazida 12,5 mg/día. A la exploración destaca soplo sistólico en foco aórtico. Electrocardiograma con morfología de bloqueo incompleto de rama derecha resto sin hallazgos. Teniendo en cuenta que no existe microalbuminuria, no hay signos de hipertrofia ventricular izquierda ni de insuficiencia cardiaca, se decide sustituir valsartán por lisinopril 20 mg/día junto con retirada de hidroclorotiazida obteniendo resultados de objetivos tensionales según su perfil de riesgo cardiovascular en 116/74 mmHg. Por otro lado se observa un empeoramiento de la función renal con creatinina sérica 1,6 mg/dl e hiperpotasemia de 6,3 mEq/dl, iniciando bruscamente una alopecia areata. Se decide volver a cambiar el tratamiento a valsartán 80 mg/día y nifedipino 20 añadiendo furosemida 40 mg/día, consiguiendo normalización de potasemia con 4,7 mEq/l, disminución de creatinina a 1,41 mg/dl manteniéndose sin microalbuminuria en ningún caso. Se solicita estudio con ecografía abdominal y bioquímica renal para descartar patología vasculorrenal además de radiología de tórax. Obtenemos resultados de ecografía con hallazgos de aneurisma abdominal de 50 mm que se extiende proximal respecto a las arterias renales, con imagen compatible con trombo circunferencial. En radiografía de tórax vemos imagen compatible con aneurisma de la aorta torácica descendente. Junto a los resultados de la pruebas complementarias se observan un nuevo deterioro de la función renal con creatinina de 1,65 mg/dl y filtrado glomerular 52% con hiperpotasemia 5,15 mEq/l por lo cual se considera suspensión de medicación vasoactiva, (el paciente dejó por su cuenta días antes el nifedipino 20) al sospechar estenosis de arterias renales, sustituyendo el valsartán por amlodipino 10 mg/día junto doxazosina 4 mg/día. Se deriva a cirugía vascular que solicita an-

gio-TAC cuya preparación se planifica desde la consulta de atención primaria con acetilcisteína 200 mg/día 48 horas antes. El informe del angio-TAC detecta aneurisma de 72 mm en aorta ascendente, aneurisma en aorta torácica descendente y otro a la salida de las arterias renales.

Exploración y pruebas complementarias: Bioquímica sanguínea junto a aclaramiento de creatinina. Ecografía abdominal y de vías urinarias. Radiografía de tórax. Angio-TAC con contraste.

Juicio clínico: HTA vascularrenal en relación con trombosis de aneurisma aórtico abdominal.

Diagnóstico diferencial: Nefropatía diabética vs nefropatía vascularrenal.

Comentario final: Destacar la ecografía abdominal como prueba inocua y accesible desde atención primaria que diagnosticó la patología aórtica de base. El efecto secundario de los fármacos vasoactivos orienta al origen de la patología.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cowan BR, Young AA, Anderson C, Doughty RN, Krittayaphong R, Lonn E, et al. ONTARGET Investigators. Am J Cardiol. 2009; 104(11):1484-9. Epub 2009 Oct 14.
2. Verdecchia P, Sleight P, Mancia G, Fagard R, Trimarco B, Schmieder RE, et al. Effects of telmisartan, ramipril, and their combination on left ventricular hypertrophy in individuals at high vascular risk in the Ongoing Telmisartan Alone and in Combination With Ramipril Global End Point Trial and the Telmisartan Randomized Assessment Study in ACE Intolerant Subjects With Cardiovascular Disease. Circulation. 2009;120(14):1380-9. Epub 2009 Sep 21.
3. Weber M. Achieving blood pressure goals: should angiotensin II receptor blockers become first-line treatment in hypertension? J Hypertens. 2009;27Suppl 5:59-14.
4. Sleight P. Clinical evidence from ONTARGET: the value of an angiotensin II receptor blocker and an angiotensin-converting enzyme inhibitor. J Hypertens. 2009;27 Suppl 5:S23-9.
5. Sadjadi SA, McMillan JI, Jaipaul N, Blakely P, Hline SS. A comparative study of the prevalence of hyperkalemia with the use of angiotensin-converting enzyme inhibitors versus angiotensin receptor blockers. Ther Clin Risk Manag. 2009;5(3):547-52. Epub 2009 Jul 12.
6. Amir O, Hassan Y, Sarriff A, Awaisu A, Abd Aziz N, Ismail O. Incidence of risk factors for developing hyperkalemia when using ACE inhibitors in cardiovascular diseases. Pharm World Sci. 2009;31(3):387-93. Epub 2009 Mar 3.
7. Bakris GL, Weir MR. Angiotensin-converting enzyme inhibitor-associated elevations in serum creatinine: is this a cause for concern? Arch Intern Med. 2000;160(5):685-93.
8. de Mast Q, Beutler JJ. The prevalence of atherosclerotic renal artery stenosis in risk groups: a systematic literature review. J Hypertens. 2009;27(7):1333-40.

10/295. MISMA ENFERMEDAD: DOS FORMAS DE PRESENTACIÓN

M. Pérez Miras, M. Miralles Piñeyro, M. Martí Vila y M. del Val Viñolas

Médico de Familia. CAP Vila Olímpica. Barcelona.

Descripción del caso: Se trata de dos varones, ambos de 51 años. *Caso 1:* AP: Exfumador desde hace 11 años, no hábitos tóxicos, dislipemia. Consulta por dolor a nivel del omoplato derecho que aumenta con la tos y el movimiento. *Caso 2:* AP: Fumador, Sd WPW (ablación), herniorrafia inguinal derecha y enolismo de 15 g/día. Consulta por astenia, anorexia, pérdida de peso, dolores musculares y diarreas.

Exploración y pruebas complementarias: *Caso 1:* AR murmullo vesicular conservado sin ruidos añadidos. AC rítmica no soplos ni

roces. TA 111-60 FC 80 x'. Rx de tórax: imagen lobulada en lóbulo superior pulmón derecho. TAC tórax: gran masa pulmonar lobar superior izquierda, en segmento ápico-posterior, de límites imprecisos, con amplio contacto cisural y extensión anterior a lo largo de la pleura mediastínica, con áreas periféricas de vidrio deslustrado, que pueden corresponder a extensión tumoral. Existe extensión central por continuidad a nivel hiliar, por dentro de la pleura mediastínica, y a nivel interlobar. Se remite al servicio de neumología para anatomía patológica y estudio de extensión. *Caso 2:* AR MVC en ambos campos pulmonares sin ruidos sobreañadidos. AC Rítmica, sin soplos ni roces. TA 105-75 FC 100 x'. Por la clínica de sd tóxico se solicita analítica y Rx de tórax. Analítica destaca VSG de 68 y CEA de 14,1 nanog/ml. Rx de tórax: masa en zona apical derecha. Se deriva al paciente a servicio de neumología donde se realiza. TAC torácico: adenopatía de 16 mm a nivel paratraqueal derecho. Voluminosa ocupación ganglionar hiliar derecha, así como a nivel interlobar, prolongándose intrapulmonarmente hasta nivel segmentario. Ocupación subcarinal e interlobar izquierda. A partir de bronquios subsegmentarios posteriores del segmentario apical del lóbulo superior derecho existe una masa pulmonar lobulada de aprox. 82 mm de diámetro máximo, con amplio contacto con la pleura periférica, no pudiendo excluir su infiltración, que se acompaña de un engrosamiento peribroncopulmonar proximal (intersticio axial-linfático) que se extiende hasta nivel del hilio pulmonar. Enfisema pulmonar de predominio en campos superiores.

Juicio clínico: En ambos casos se sospecha carcinoma de pulmón.

Diagnóstico diferencial: Neoplasias malignas: metástasis, carcinoma, adenocarcinoma, linfoma, sarcomas, carcinoide bronquial. Neoplasias benignas: leiomiomas, endometriomas, fibroma, lipomas. Infecciones: neumonías, abscesos, granulomas, embolismos sépticos. Inflammatorias: vasculitis, neumonía organizada, sarcoidosis, nódulos reumatoides. Enf. por inhalación/aspiración: silicosis, neumonías lipóideas. Lesiones vasculares: infartos, hematomas, fistulas arteriovenosas. Miscelánea: atelectasias redondas, quiste broncogénico, granulomatosis de Wegener.

Comentario final: En estos dos casos observamos como sintomatología muy distinta nos puede conducir a un mismo diagnóstico; tras realizar anamnesis, exploración y pruebas complementarias se llegó a un mismo diagnóstico: Carcinoma de pulmón pobremente diferenciado. En ambos casos la buena coordinación entre la AP y el hospital de referencia permitió un diagnóstico correcto en un corto periodo de tiempo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abate E. Nódulo pulmonar solitario. Evidencia actualización en la práctica ambulatoria. 2009;3(3) Mayo-Junio.
2. Obeso Carrillo GA, Rivo Vazques JE, Cañizares Carretero MA, García Fontán E, Blanco Ramos M, García Tejedor JL. Nódulo pulmonar solitario: ¿primario, metastático o ambos? Arch Bronconeumol. 2009;45:567-9.
3. Martín Buil MM, Galindo Estevan MC, Mateo Lázaro ML. Nódulo pulmonar solitario: diagnóstico y pauta de actuación. Boletín oncológico. 19-4-2010.
4. Gispert P, Andreu J, Ferrer M, Ferrer J. Atelectasia redonda del pulmón. Una lesión benigna producida por el amianto. Med Clin (Barc). 2005;124(7):256-8.

10/303. DIARREA CRÓNICA COMO SÍNTOMA DE INVAGINACIÓN INTESTINAL

A. Guillermo Ruberte^a, N. Ruiz Huguet^b, N. Berrade Goyena^a, M. Alarcón Meléndez^c, M. Contín Pescacén^a y E. Arana Alonso^a

^aCS Sangüesa. Navarra; ^bCS Cortes. Navarra; ^cUrgencias. Hospital Virgen del Camino. Pamplona. Navarra.

Descripción del caso: Varón de 50 años acude por presentar desde hace un mes cuadro de deposiciones diarreicas líquidas, con

productos patológicos: con sangre los primeros días, acompañado de dolor abdominal tipo cólico localizado en mesogastrio. No sd febril. Ha mantenido tratamiento con tiorfan y dieta astringente sin clara mejoría. Desde hacía tres días ha comenzado tratamiento con fortasec, iniciándose reagudización del dolor abdominal, acompañada de náuseas y vómitos. No sd miccional. No antecedentes personales viajes recientes.

Exploración y pruebas complementarias: Tensión arterial 159/92; 69 latidos por minuto; Temperatura 36o. Estado general: afectado por el dolor. ACP normal; abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación en marco cólico, más marcado en fosa ilíaca izquierda, con descompresión negativa. Ruidos hidroaéreos de progresión. Placa de tórax normal. Placa de abdomen: niveles hidroaéreos tanto en colon e intestino delgado. Gas en recto. ECG ritmo sinusal. Analítica de sangre: leucocitosis $13,5 \times 10^3$; neutrófilos 94,2%, resto anodino. Ecografía intestinal hallazgos patológicos de invaginación de colon descendente-sigma, con imagen compatible con lipoma (cabeza de invaginación) vs meso invaginado. TAC: invaginación colo-cólica en sigma actuando como cabeza de invaginación una lesión de unos 5 cm de predominio hipodenso y densidades negativas compatibles con lipoma.

Juicio clínico: Invaginación colo-cólica en sigma.

Diagnóstico diferencial: Invaginación de sigma con lipoma, meso invaginado.

Comentario final: Episodios tan frecuentes como son las diarreas pueden encerrar diagnósticos tan infrecuentes como una invaginación. El estudio continuado nos permite sospechar enfermedades no frecuentes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Chirr Ital. 2008;60(5):749-53.
2. Azar T, Berger DL. Adult intussusception. Ann Surg. 1997;226:134-8.
3. Gayer G, Zissin R, Apter S, et al. Pictorial Review: adult intussusception. Br J Radiol. 2002;75:185-90.

10/308. ALTERACIÓN DE LA FUNCIÓN TIROIDEA POR INFECCIÓN POR *HELICOBACTER PYLORI*. A PROPÓSITO DE UN CASO

C. Herrero Alonso, R. Ortega González, N. Perallón Solans, M. Martí Martínez, M. Tomas Lachos y M. Herranz Fernández

CAP Santa Perpetua de Mogoda.

Descripción del caso: Mujer de 35 años con antecedentes patológicos de epilepsia desde la infancia en tratamiento con tegretol y topamax, migraña, e hipotiroidismo primario de 14 años de evolución bien controlado con 125 µg/día de LT4 hasta la actualidad. Desde hace 6 meses refiere aumento de 10 kg de peso, astenia y estreñimiento.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración se objetiva aumento del tamaño tiroideo y se palpa bocio grado II de superficie heterogénea y de consistencia algo aumentada. En la analítica de sangre inicial se objetiva TSH 97,04 #mU (0,7-4,2) con FT4 0,3 ng/dL (0,8-1,8). Posteriormente se deriva a Endocrinología quien prosigue el estudio con screening de enfermedad celíaca, de anemia perniciosa y de infección por *Helicobacter pylori*. Los resultados fueron negativos para enfermedad celíaca y anemia perniciosa pero los anticuerpos IgG para *Helicobacter pylori* fueron positivos por lo que se solicita test del aliento que fue positivo. Se inició tratamiento erradicador para *Helicobacter pylori*.

Juicio clínico: La paciente ha presentado descompensación de su hipotiroidismo primario de base por infección por *Helicobacter pylori*, tras el inicio del tratamiento erradicador la función tiroidea se normalizó (TSH 1,52 #mU y FT4 0,4 ng/dL).

Diagnóstico diferencial: Ante una descompensación de la función tiroidea en un paciente con hipotiroidismo primaria hay que

sospechar un mal cumplimiento del tratamiento pero también ingesta de hierbas laxantes y procesos intercurrentes como una enfermedad celíaca no diagnosticada, anemia perniciosa o bien una infección por *Helicobacter pylori*.

Comentario final: Hay varias publicaciones respecto a la alteración de la función tiroidea en relación a la infección por *Helicobacter pylori*.

10/314. GINECOMASTIA UNILATERAL EN VARÓN ADULTO

M. Mateo Pascual, R. Julián Viñals, M. Pérez Unanua, I. Gómez Cabañas, Y. Muñoz González y S. Alvarado Torres

CS Doctor Castro Viejo.

Descripción del caso: Varón de 22 años sin antecedentes personales de interés salvo talasemia minor, que acude a consulta del médico de familia por aumento del tamaño y dolor en mama derecha desde hace un mes. El joven, sano y deportista se muestra muy afectado emocionalmente en su vida.

Exploración y pruebas complementarias: En la anamnesis general se descarta el uso de fármacos, drogas y alcohol. Se trata de un adulto de constitución atlética, con un IMC de 22, y una exploración física normal salvo la presencia de un soplo cardíaco funcional. Destaca el aumento de tamaño de la glándula mamaria derecha, de consistencia blanda, móvil y dolorosa al palpar. Los caracteres sexuales masculinos son normales, con tamaño y aspecto de testículos sin alteraciones. Se solicita hemograma, función hepática, renal y tiroidea, esteroides sexuales y prolactina. Se le deriva a la unidad de radiodiagnóstico hospitalario para hacer mamografía.

Juicio clínico: Tras los resultados se le diagnostica de ginecomastia idiopática, tranquilizamos al paciente, siguiéndole para observación mensual.

Diagnóstico diferencial: El diagnóstico diferencial hay que hacerlo principalmente con el cáncer de mama masculino a través de la mamografía y si es preciso, con biopsia. Hay que descartar ginecomastias secundarias a procesos sistémicos como insuficiencia renal y hepática, hipo o hipertiroidismo, hipogonadismo, déficit de testosterona y tumores testiculares secretores de estrógenos, así como el efecto secundario de drogas y fármacos. Por último está la pseudoginecomastia que se asocia al porcentaje elevado de grasa corporal.

Comentario final: La ginecomastia en varones es una entidad frecuente. Aunque la prevalencia es mayor en la etapa puberal, también en la adulta es importante (30 a 50%). La causa más frecuente es idiopática (25%) pero hay que considerar la secundaria a drogas (10 a 20%), hipogonadismo primario (8%) y secundario (2%), tumores testiculares (3%), enfermedad renal (1%), así como, por su gravedad, el cáncer de mama (1% de las muertes por cáncer en hombres). Neurofibromas, linfangiomas, hematomas, lipomas y quistes dermoides pueden dar un crecimiento mamario unilateral, aunque la presentación asimétrica puede representar una etapa en el desarrollo de la enfermedad bilateral. Si no hay causa subyacente, se debe ver la evolución y siempre valorar el impacto emocional y disconfort social que suele sufrir el paciente llegando, si es preciso, como en nuestro caso ocurrió, a la cirugía.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sepúlveda S, Navarrete G, Martorell B, Miranda F. Ginecomastia: aproximación clínica y terapéutica. Revista Hospital Clínico Universidad de Chile. 2005;16:117-23.
2. García Pérez J, García Ortega A. Tratamiento de la ginecomastia. Revista de la AECEP.
3. Bembo SA, Carlson HE. Gynecomastia: its features and when and how to treat it. Cleveland Clinic Journal of Medicine. 2004;71(6):511-7.
4. Daniels IR, Laver GT. Gynecomastia. Eur J Surg. 2001;167:885-92.

5. Lazala C, Saenger P. Puberal gynecomastia. *J Pediatr Endocrinol.* 2002;15(5):553-60.
6. Haenneken S, Kruse R, Dall P, Ruzicka T, Neumann NJ. Unilateral Pseudogynecomastia: A Novel Work-Related Disease. *Ann Intern Med.* 2004;140:W-28-W-28.

10/316. LA PARATIROIDES TAMBIÉN EXISTE

M. Álvarez Rodríguez^a, R. Bonich Juan^b, E. Albià Real^b, A. Ocala Padilla^c, D. de La Rosa Carrillo^d y E. López Martí^e

^aEAP Santa Coloma 6-Fondo. Barcelona; ^bABS Vic 1 Nord. Barcelona; ^cEAP Ocata-Teià. Barcelona; ^dHospital Plató. Barcelona; ^eEAP Masnou-Alella. Barcelona.

Descripción del caso: Mujer de 62 años que acude a Urgencias con dolor cólico en fosa iliaca derecha, náuseas y vómitos, sin fiebre, de 24h de evolución. Se orientó como primer episodio de cólico nefrítico, por presentar hematuria. Reinterrogada por su médico, refiere pérdida de fuerza en EEL y astenia generalizada los 2 meses previos. Estado de ánimo depresivo (viudedad reciente). Antecedentes de HTA, miopatía hipertiroidica secundaria a bocio multinodular, tratado hasta hace 6 meses con antiitiroideos.

Exploración y pruebas complementarias: Ecografía renal: normal. Analítica: función tiroidea normal, calcio 12,2 (N < 10), fósforo normal, PTH 200 (N 12-65). Ecografía y gammagrafía: hiperplasia de una g. paratiroides. Se realizó paratiroidectomía D inferior, normalizándose calcemia y PTH. Tras un nuevo episodio de cólico nefrítico se vuelve a detectar calcio y PTH elevados. La gammagrafía mostró una quinta glándula paratiroides ectópica (AP: adenoma).

Juicio clínico: Hiperparatiroidismo primario.

Diagnóstico diferencial: Por aumento de absorción intestinal/déficit de eliminación: sd de leche y alcalinos, hipervitaminosis D, IRC. Por aumento de reabsorción ósea: hiperparatiroidismo secundario, tumores malignos, hipertiroidismo, inmovilización. Fármacos: diuréticos tiazídicos, carbonato de litio (5% pueden presentar hipercalcemia con PTH elevada), teofilinas. Asociado a neoplasias: metástasis líticas, liberación proteína relacionada con PTH (PTHrP), producción de calcitriol. Insuficiencia suprarrenal. Feocromocitoma: producción PTHrP. Hipercalcemias familiares (hipercalcemia hipocalciúrica).

Comentario final: La litiasis renal cálcica, es la forma de presentación predominante del hiperparatiroidismo primario, en menores de 60 años (hasta el 20%). Del 2 al 5% de pacientes con litiasis renal lo padecen, siendo de hasta el 10% si es recidivante. El 70-80% de los pacientes presentan astenia y fatigabilidad, sobre todo en la musculatura proximal de las extremidades inferiores. Entre las manifestaciones psiquiátricas podemos encontrar confusión irritable emocional, depresión, fallos de memoria y en ocasiones psicosis. Así pues, las alteraciones de la glándula paratiroides, aunque infrecuentes, tienen que figurar en el diagnóstico diferencial de diferentes síndromes clínicos, por lo que hemos de incluir el Calcio y Fósforo dentro de las exploraciones analíticas a realizar en su despistaje.

BIBLIOGRAFÍA

1. Estopiñán V, Fortea Gimeno L. Hiperparatiroidismo primario e hiperaldosteronismo primario: una rara asociación. *Med Clin (Barc).* 1992;98:117.
2. Barkan A, Marilus R, Winkelsberg G, et al. Primary hyperaldosteronism: possible cause of primary hyperaldosteronism in a 60-year-old woman. *J Clin Endocrinol Metab.* 1980;51:144-7.
3. Hellman DE, Kartchner M, Komar N, et al. Hyperaldosteronism, Hyperparathyroidism, Medullary Sponge Kidneys, and hypertension. *JAMA.* 1980;244:1351-3.
4. Rossi E, Sani C, Perazzoli F, et al. Alterations of calcium metabolism and of parathyroid function in primary aldosteronism, and their reversal by spironolactone or by surgical removal of aldosterone-producing adenomas. *Am J Hypertens.* 1995;8:884-93.

5. Conroy S, Moulis S, Wassif WS. Primary hyperparathyroidism in the older person. *Age Ageing.* 2003;32:571-8.
6. Tomasella G. Diagnostic imaging in primary hyperparathyroidism. Radiological techniques: US-CAT-MR. *Minerva Endocrinol.* 2001;26:3-12.

10/320. EDEMA DE ARITENOIDES Y ADENOPATÍAS DOLOROSAS EN PACIENTE CON RGE

M. Álvarez Rodríguez^a, A. Ocaña Padilla^b, D. de La Rosa Carrillo^c, R. Bonich Juan^d, E. Albià Real^d y E. López Martí^e

^aEAP Santa Coloma 6-Fondo. Barcelona; ^bEAP Ocata-Teià. Barcelona; ^cHospital Plató. Barcelona; ^dABS Vic 1 Nord. Barcelona; ^eEAP Masnou-Alella. Barcelona.

Descripción del caso: Mujer de 62 años, sin hábitos tóxicos ni alergias medicamentosas, con antecedentes de dislipemia, gastritis crónica atrófica, RGE con dispepsia y pirosis crónica, sin tratamiento de mantenimiento. Consulta por molestias faríngeas sin fiebre. Refiere empeoramiento de sus síntomas digestivos habituales en los días previos, con vómito ocasional. La exploración física es normal, excepto presencia de adenopatías latero-cervicales bilaterales, dolorosas, móviles. Se pautan AINES y antibiótico, pero a las pocas horas la paciente reconsulta, por disfagia, voz gangosa y disnea, siendo remitida al hospital.

Exploración y pruebas complementarias: La Rx tórax y la analítica sanguínea no muestran alteraciones significativas, y la exploración ORL pone de manifiesto edema de aritenoides.

Juicio clínico: Edema de aritenoides por RGE. Fue tratada con omeprazol y AINES, mejorando en pocos días los síntomas digestivos y laríngeos.

Diagnóstico diferencial: Faringitis vírica. Faringitis bacteriana. Faringitis no infecciosa. Adenitis infecciosa. Adenopatías tumorales.

Comentario final: Las lesiones faringo-laríngeas secundarias a RGE pueden presentarse sin síntomas digestivos, hasta en un 50% de los pacientes. En este caso, la anamnesis y los antecedentes patológicos orientaron hacia la presencia del RGE como responsable del edema de aritenoides y las adenopatías reactivas. Los pacientes que presentan problemas laríngeos de posible causa digestiva, sin estar previamente diagnosticados de RGE, deben ser estudiados mediante laringoscopia, fibrogastroscopia (permite valorar esofagitis y/o hernia de hiato), tránsito esófago-gastro-duodenal (opcional) y pH-metría de 24h (confirma el diagnóstico de RGE). El tratamiento se basa en medidas higiénico-dietéticas y en inhibidores de la bomba de protones, durante un tiempo variable (2-6 meses), según la evolución y presencia de otras complicaciones del RGE.

BIBLIOGRAFÍA

1. Karkos PD, Benton J, Leong SC, Karkanevatos A, Badran K, Srinivasan VR, et al. Trends in laryngopharyngeal reflux: a British ENT survey. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2007;264(5):513-7. Epub 2007 Feb 14.
2. Monini S, Di Stadio A, Vestri A, Barbara M. Silent reflux: ex juvantibus criteria for diagnosis and treatment of laryngeal disorders. *Acta Otolaryngol.* 2006;126(8):866-71.

10/323. HERNIA OBTURATRIZ. UN DIAGNÓSTICO COMPLICADO

A. López Herranz, G. González Sanz, M. Herrero López, I. Barranco Domínguez, S. Paterna López y C. Gracia Roche
Hospital Miguel Servet. Zaragoza.

Descripción del caso: Paciente de 89 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial, valvulopatía mitral con insuficien-

cia mitral severa, AIT de repetición, estenosis carotídea bilateral, ACxFA, cifosis, estreñimiento crónico, fisura de ramas pélvicas y cataratas. Acude por presentar desde hace cuatro días malestar general, distensión abdominal, dolor cólico, náuseas y vómitos. Ausencia de deposición desde hace tres días con escasa emisión de gases. No refiere fiebre.

Exploración y pruebas complementarias: Paciente muy delgada con abdomen distendido difusamente, timpánico, con ruidos hidroaéreos y tonos metálicos aislados. No se palpan masas ni tumoraciones de pared abdominal anterior ni en región inguinoocrural. Al tacto rectal ampolla vacía y si signos de sangrado rectal. Radiografía de tórax: afectación intersticial difusa crónica. Radiografía de abdomen: Asas de intestino delgado distendidas en hemiabdomen derecho, compatible con cuadro oclusivo. TAC abdominal: oclusión de intestino delgado por hernia obturatriz derecha con segmento de íleon terminal localizado entre músculos obturadores.

Juicio clínico: Paciente con cuadro oclusivo de intestino delgado remitida a centro hospitalario de forma urgente y diagnosticada por medio de TAC abdominopélvico de hernia obturatriz derecha. Intervenida de urgencia realizando resección de asa estrangulada e isquémica de íleon distal con anastomosis manual latero-lateral y cierre de orificio herniario con malla. Evolución posterior satisfactoria.

Diagnóstico diferencial: Íleo paralítico: adinámico, espástico y vascular. Pseudoobstrucción intestinal. Enteritis infecciosas o inflamatorias. Otras causas de íleo obstructivo: bridas, hernias externas, vólvulos, invaginaciones, neoplasias, íleo biliar, impactación fecal, cuerpos extraños, bezoares...

Comentario final: La hernia obturatriz, descrita por primera vez en 1724 por Ronsil, es una entidad rara, con una frecuencia de presentación entre un 0,05-0,14% de todas las hernias de la pared abdominal. En general, aparece en mujeres delgadas, ancianas y multíparas. Los signos y síntomas son inespecíficos, debutando en un 90% de los pacientes como un cuadro de obstrucción intestinal. El signo de Howship-Romberg (dolor en la cadera irradiado a la cara interna del muslo y rodilla ipsilateral) se encuentra en un 15-50% de los casos y a menudo se confunde con un proceso osteoarticular. Por lo tanto, el diagnóstico y el tratamiento a menudo se retrasan, siendo el diagnóstico preoperatorio únicamente posible en un 10-30% de los casos, y por ello la hernia obturatriz presenta una elevada tasa de estrangulación y mortalidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bueno J, Serralta A, Dobón F, Galeano J, Ballester C, Ibáñez F, et al. Reparación de hernia obturatriz con malla de polipropileno. *Cir Esp*. 2000;67:516-7.
2. Rodríguez JI, Codina A, Maroto A, Puig J, Sirvent JM, Garsot E, et al. Obturador hernia: clinical analysis of 16 cases and algorithm for its diagnosis and treatment. *Hernia*. 2008;12:289-97.
3. Kammori M, Mafune K, Hirashima T, Kawahara M, Hashimoto M, Ogawa T, et al. Forty-three cases of obturator hernia. *American J Surg*. 2004;187 549-52.

10/324. HODGKIN

R. Andreu Alcover, G. Marcos Aldea, J. Vilá Moneny, A. Fabra Noguera, V. Sabaté Cintas y E. Pablos Herrero

CAP Creu Alta. Sabadell.

Descripción del caso: Mujer de 37 años, fumadora de 10 cigarrillos/día, sin antecedentes patológicos de interés. Presenta tos seca con febrícula de 2 meses de evolución.

Exploración y pruebas complementarias: Auscultación cardiorespiratoria normal. Radiografía de tórax: infiltrado hiliar derecho compatible con neumonía de lóbulo medio derecho. Se instaura tratamiento con levofloxacino durante 10 días. La paciente no mejora y se pide, a las 3 semanas, radiografía de control donde no

existe ningún cambio. Se realiza TC torácico que muestra masa mediastínica anterior compatible con linfoma. En la punción percutánea se evidencia inmunofenotipo celular sugerente de linfoma de Hodgkin clásico.

Juicio clínico: Linfoma de Hodgkin mediastínico.

Diagnóstico diferencial: Se establece prioritariamente por anatomía patológica con los linfomas no-Hodgkin. Otras enfermedades a diferenciar son las adenopatías de tumor primario desconocido, la mononucleosis, la sarcoidosis, la toxoplasmosis y el síndrome de Sjögren.

Comentario final: El linfoma de Hodgkin es un tumor de células de Reed-Sternberg, células aneuploides de origen incierto que suelen expresar CD30 y CD15. Tiene un inicio ganglionar y se extiende a través del sistema linfático y, posteriormente, por vía sanguínea. Es una neoplasia maligna poco frecuente (1%) que presenta un pico en adultos jóvenes y otro después de los 55 años. Los síntomas y signos dependerán de la localización. Los subtipos histológicos se distribuyen de la siguiente forma: 75% esclerosis nodular, 20% celularidad mixta, y predominio linfocítico y depleción linfocítica aproximadamente 5% cada uno. En localizaciones torácicas, la infiltración del parénquima pulmonar puede simular una consolidación lobular o una bronconeumonía y originar cavitación o abscesos pulmonares. El diagnóstico es anatomopatológico. El tratamiento permite una esperanza de curación a los 20 años del 75% de los pacientes, con una toxicidad menor por quimioterapia y radioterapia que son las medidas terapéuticas más importantes. Las indicaciones de laparotomía son muy limitadas. Nuestra paciente se encuentra en estos momentos pendiente de intervención quirúrgica y en manos de los especialistas del hospital de referencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lozano JA. *Offarm*. 2002;21:114-8.
2. Freedman AS, Nadler LM. Neoplasias de las células linfoides. *Principios de Medicina Interna Harrison*, 14ª ed, Cap 113:795.
3. Longo DL. Trastornos de las células plasmáticas. *Principios de Medicina Interna Harrison*, 14ª ed, Cap. 114:813.

10/326. ARTERITIS DE HORTON

A. Fabra Noguera, G. Marcos Aldea, J. Vilá Moneny, E. Pablos Herrero, V. Sabaté Cintas y R. Andreu Alcover

CAP Creu Alta. Sabadell.

Descripción del caso: Paciente de 86 años que consultó por cefalea, cansancio, tristeza, anhedonia hace 6-7 semanas y le prescribimos: citalopram, al no mejorar vuelve y explica mayor cansancio y debilidad, astenia, anorexia, pérdida de peso, cefalea frontotemporal y dificultad para masticar.

Exploración y pruebas complementarias: Palpación arterias temporales con pulso, no duras, analítica: VSG (velocidad de sedimentación globular): 58, anemia discreta (hemoglobina 11,6), resto normal, consultamos con reumatólogo de referencia, quien solicita ecografía que confirma la sospecha de arteritis de Horton o de células gigantes (ACG). El paciente no acepta la biopsia y se inicia tratamiento con corticoides.

Juicio clínico: Los criterios del American College of Rheumatology tienen una sensibilidad del 93% y una especificidad del 91%. La biopsia no es imprescindible si no va a modificar la toma de decisiones, es un criterio diagnóstico más: 1. Inicio por encima de los 50 años. 2. Cefalea de inicio o cambio de características de la habitual. 3. Arterias temporales sensibles o con pulso disminuido. 4. VSG > 50 mm. 5. Biopsia de temporal con infiltración de células gigantes. Se considera diagnóstico de ACG la presencia de tres o más criterios. El tratamiento debe comenzarse lo antes posible. Se administrarán altas dosis de prednisona (40-60 mg/día). Cuando la VSG baje de 40 mm y los síntomas desaparezcan al menos durante dos meses se reducen las dosis manteniendo la dosis mínima tole-

rada (10 mg) durante al menos 12-18 meses. El control posterior se realiza con la VSG cada tres meses, o cuando aparecen síntomas. Mejoría a los 3-4 días de tratamiento. No altera la biopsia hasta pasadas 2-4 semanas.

Diagnóstico diferencial: Con enfermedades que cursan con dolor, fatiga, pérdida de peso, fiebre: polimialgia reumática, fibromialgia, mieloma múltiple, mialgias por tratamiento con estatinas, polimiositis, artritis reumatoide.

Comentario final: Es una enfermedad de etiología desconocida. Se infiltran de células gigantes la media e íntima de las arterias de medio o gran calibre. Como en la polimialgia reumática se relaciona con el HLA_DR4. Inicio gradual con cefalea, problemas visuales (amaurosis fugaces o escotomas), claudicación a la masticación (33%), temporales sensibles, en muchas ocasiones síntomas de polimialgia, astenia, anorexia, pérdida de peso y anemia. La ceguera es la principal complicación y la razón por la que urge un diagnóstico precoz. Afecta al 50-60% de los pacientes no tratados y en un 75% de los que presentan alteración en un ojo se afecta el contralateral en un plazo de 3 semanas. Pueden afectarse también otras arterias como las carótidas e incluso la aorta, pero acostumbra a ser con posterioridad la diagnóstica. En este caso, inicialmente nos confundió el estado de ánimo, pero al persistir la clínica y añadir el síntoma de la claudicación mandibular, nos orientó hacia la arteritis. El paciente mejoró con el tratamiento de corticoides.

BIBLIOGRAFÍA

1. Yazici Y. Vasculitis Update, 2007. Bulletin of the NYU Hospital for Joint Diseases. 2007;65(3):212-4.
2. <http://www.uv.es/derma/CLindex/CLvasculitis/CLvasculitis.html>
3. Unwin B, Williams CM, Gilliland W. Polymyalgia rheumatica and giant cell arteritis. Am Fam Physician. 2006;74(9):1547-54.

10/359. SÍNDROME DE OVERLAP: DIAGNÓSTICO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

C. Rodríguez Fernández^a, E. Vázquez Seijas^b, M. Sánchez de Enciso Ruiz^c y C. López Silva^d

^aCS La Milagrosa. Lugo; ^bCS Singoy. Lugo; ^cCS de Friol. Lugo; ^dCS Plaza del Ferrol. Lugo.

Descripción del caso: Mujer de 42 años que consulta por un cuadro de prurito de 6-8 meses de evolución con inicio insidioso y exclusivamente nocturno. La paciente no tenía antecedentes clínicos de interés ni alergias farmacológicas conocidas, no ingestión de fármacos ni intervenciones quirúrgicas ni diagnósticas previas; fumadora de 5-8 cigarrillos/día, sin hábito de ingesta de alcohol ni drogas. Consultó previamente a dermatología siendo etiquetada de escabiosis y tratada con solución de permetrina tópica y similares. Posteriormente el prurito era tanto nocturno como diurno, de intensidad variable, sin relación con ninguna alimentación u otro proceso aparentemente. Consultado un segundo dermatólogo, pauta tratamiento sintomático del prurito, experimentando mejoría durante su toma y empeorando la clínica tras la supresión por lo que acude por primera vez a consulta de Atención Primaria (AP).

Exploración y pruebas complementarias: La exploración física fue totalmente normal a excepción de lesiones de rascado en tronco y extremidades y una ligerísima hiperpigmentación generalizada. En analítica sanguínea se obtienen los siguientes resultados: Hemograma con ligera anemia hipocrómica y microcítica, VSG de 84, fórmula leucocitaria, coagulación y básico de orina dentro de la normalidad. En bioquímica destaca AST 114, ALT 148, GGT 305, ALP 271, bilirrubina total en límites normales y TSH de 7,17 con tiroxina normal. Screening de atopia y parásitos en heces en 3 muestras negativo. Ante estos resultados se amplía el estudio analítico centrado en elevación de transaminasas, con estudio serológico virus hepatitis B y C, VIH y Epstein Barr negativos. El hierro, ferritina y

TIBC fueron normales con un proteinograma con ligera hipoalbuminemia (53,4) y betas-globulinas ligeramente elevadas (13,6). La ecografía abdominal no demuestra hepatomegalia ni imágenes focales hepatoesplénicas con resto del abdomen sin alteraciones.

Juicio clínico: La existencia de un aumento de ALP y GGT sin hiperbilirrubinemia indica un patrón predominante de colestasis. La clínica en una mujer joven sin litiasis ni procesos infiltrativos por imagen, nos hace pensar en un diagnóstico de cirrosis biliar primaria (CBP).

Diagnóstico diferencial: Descartada la existencia de una hepatitis vírica, hemocromatosis y enfermedad tiroidea, es necesario tener en cuenta otras patologías como enfermedad celíaca, hepatitis autoinmune, déficit de alfa 1 antitripsina y enfermedad de Wilson. Para ello ampliamos el estudio analítico: la proteína alfa 1 antitripsina y el Ac antitransglutaminasa fueron normales. La determinación de ceruloplasmina no se pudo realizar en AP. En autoinmunidad AMA negativo (altamente específicos de CBP), ANA positivo 1/640 con un patrón moteado.

Comentario final: Con un diagnóstico incierto entre CBP y hepatitis autoinmune (HAI) se deriva a atención especializada que mediante biopsia hepática confirma ambos diagnósticos. La HAI es una enfermedad crónica que se caracteriza por inflamación y necrosis hepatocelular en presencia de anomalías serológicas, y que en ocasiones se acompaña de manifestaciones extrahepáticas de autoinmunidad. Esta asociación está ampliamente reconocida en la actualidad y se denomina síndrome "overlap" HAI-CBP.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández Fernández FJ et al. Síndrome "overlap" hepatitis autoinmune-cirrosis biliar primaria. Aportación de dos nuevos casos. An Med Intern (Madrid). 2005;22.
2. Gossard AA, Lindor KD. Development of autoimmune hepatitis in primary biliary cirrhosis. Liver Int. 2007;27(8):1086-90.

10/366. LA CLAUDICACIÓN FAMILIAR EN LA ATENCIÓN A PACIENTES TERMINALES. A PROPÓSITO DE 2 CASOS

S. Roldán García^a, S. Díaz Ortiz^a, A. Casero Fernández-Montes^b, M. Baltuille Aller^a, N. Marañón Henrich^a y N. Zarzuelo Martín^a

^aCS Las Olivas. Aranjuez. Área 11 Madrid; ^bUnidad de Cuidados Paliativos Domiciliarios. Móstoles. Área 8 Madrid.

Descripción del caso: Caso clínico 1: mujer de 85 años con diagnóstico de cáncer no microcítico pulmón estadio IV en septiembre de 2008. Había recibido quimioterapia paliativa hasta agosto 2009. Permanencia en programa cuidados paliativos 142 días. Visitas domiciliarias: 17. Esfera física: ayuda para aseo, Barthel 85 y Palliative Performance Scale (PPS) 60. Hemoptisis leve continua. Dolor mecánico-inflamatorio articular. Escala Visual Analógica (EVA) 6/10. Tratamiento con primer escalón. Pronóstico mayor de 6 semanas. Esfera mental y psico-emocional: duelo por pérdida de su marido hace cuatro meses. Desconoce diagnóstico-pronóstico y no pregunta sobre ello. Se muestra tranquila ante el futuro. Esfera social-económica: domicilio en propiedad con condiciones de habitabilidad necesarias. Cuidadora privada 24 horas. Dos hijas: una (60 años), casada con dos hijos independizados (cuidadora principal); la otra, con trastorno obsesivo-compulsivo, no apoya en los cuidados de su madre. Caso clínico 2: paciente de 69 años con diagnóstico de adenocarcinoma de colon en 2004. Varias intervenciones quirúrgicas y portadora de colostomía. Del 2006-2009 recibió distintas líneas de quimioterapia. Permanencia en programa 156 días. Visitas domiciliarias: 15. Esfera física: independiente. Barthel 100 y PPS 70. Dolor incidental abdominal y en miembro inferior izquierdo de características neuropáticas. EVA 10/10. En tratamiento con tercer escalón. Pronóstico mayor de 6 semanas. Esfera mental y psico-emocional: conoce diagnóstico pero no pronóstico. Negación adaptativa. Alto grado de ansiedad, con dificultad para el descanso

nocturno. Esfera social-económica: domicilio en propiedad, vive sola. Separada, con dos hijas: una (43 años) casada y con dos hijos dependientes (cuidadora principal); la otra no colabora en el cuidado. Existe mala relación por motivos económicos.

Exploración y pruebas complementarias: Ambas cuidadoras eran mujeres, con reacciones más frecuentes de angustia, ansiedad y culpa. Desde el inicio presentan alto riesgo de claudicación, (Zarit reducida > 17 puntos). Evolución caso 1: Miedo del cuidador: muerte por hemoptisis masiva y situación de abandono. Se proporciona apoyo de voluntariado. La paciente presentó deterioro funcional progresivo pero buen control sintomático. Muere en domicilio. Evolución caso 2: Miedo del cuidador: atención al final y el hecho de que la muerte afectara a sus hijos. Aparece dolor de muy difícil control. Ante la pérdida de autonomía, la paciente se traslada a casa de su hija y se ofrece ayuda domiciliaria. En esta fase, la cuidadora principal mostraba reacciones de impotencia. Se produce claudicación familiar y la paciente es derivada a unidad de media estancia, donde fallece. Se analizan factores más frecuentemente relacionados con la claudicación: - Características personales, aspectos socio-económicos; - Relaciones interpersonales entre los miembros familiares; - Historia previa de pérdidas; - Naturaleza y evolución de la enfermedad; - Relaciones con el equipo; - Recursos ante situaciones de estrés.

Juicio clínico: La incapacidad de los familiares para ofrecer una respuesta adecuada a las demandas físicas y/o emocionales del paciente se conoce como claudicación familiar.

Diagnóstico diferencial: Se debe realizar un diagnóstico diferencial con la claudicación del equipo y/o mal manejo por parte de éste.

Comentario final: 1. La intervención del personal sanitario en la familia es esencial para el tratamiento óptimo de pacientes con enfermedad terminal, en particular al final de vida. 2. El cuidado de las necesidades físicas y espirituales del paciente y su familia son un punto importante en la prevención de claudicación familiar. 3. La escala Zarit constituye una herramienta de detección precoz.

BIBLIOGRAFÍA

- Garriga C. La claudicación familiar. En Die-Trill M. Aspectos psicológicos en cuidados paliativos, Cap 30. ADES; Madrid: 2000.
- De Quadras S, Hernández, MA, Pérez E, et al. Reflexiones multicéntricas sobre la claudicación. Medicina Paliativa. 2003;10:187-90.
- Goldstein NE, Concato J, Fried TR, et al. Factors associated with caregiver burden among caregivers of terminally ill patients with cancer. J Palliat Care. 2004;20(1):38-43.
- Glajchen M. The emerging role and needs of family caregivers in cancer care. J Support Oncol. 2004;2(2):145-55.
- Gómez Sancho M. Las malas noticias. Cuidados paliativos e intervenciones psicosociales en enfermos terminales. Las Palmas de Gran Canaria: Instituto Canario de Estudios y Promoción Social y Sanitaria (ICEPSS), 1994.
- Cuidados Paliativos. Recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados paliativos (SECPAL). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1993.
- Martín M, Salvadó I, Nadal S, Miji LC, Rico JM, Lanz P, et al. Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. Rev Gerontol. 1996;6:338-46.
- Álvarez L, González AM, Muñoz P. El cuestionario de sobrecarga del cuidador de Zarit. Cómo administrarlo e interpretarlo. Gac Sanit. 2008;22(6):618-9.
- Regueiro Martínez AA, Pérez-Vázquez A, Gómara Villabona SM, Ferreiro Cruz MC. Escala de Zarit reducida para la sobrecarga del cuidador en atención primaria. Aten Primaria. 2007;39(4):185-8.
- Sherman AC, Edwards D, Simonton S, Mehta P. Caregiver stress and burnout in an oncology unit. Palliat Support Care. 2006;4(1):65-80.

- Novellas Aguirre de Cárcer A, Pajuelo Valsera MM. La familia de la persona enferma. Guías clínicas SECPAL. [Internet]. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. [acceso 12 de febrero de 2010]. Disponible en: http://www.secpal.com/guiasm/index.php?acc=see_guia&id_guia=4

10/368. HEPATITIS: ¿TODO SON VIRUS?

M. Lafarga Giribets, M. Rodrigo Claverol, M. Madrid Valls, M. Urgelés Castellón, V. Martín Miguel y J. Martínez Céspedes

CAP Bordeta-Magraners. Lleida.

Descripción del caso: Paciente mujer de 34 años con antecedentes personales de tabaquismo, dermatitis seborreica y sindactilia. Presentó también hace años pirosis y gastritis diagnosticada por sintomatología clínica y tratada con antiácidos e inhibidores de la bomba de protones (IBP). Niega ingesta de bebidas alcohólicas. Acude a la consulta por presentar síncope vasovagales, astenia, sensación de pesadez en epigastro.

Exploración y pruebas complementarias: La exploración física por aparatos fue normal salvo un leve dolor a la palpación de hipocondrio derecho, sin megalias ni masas. En una primera analítica se observó un aumento de las transaminasas: GOT 40, GPT 58, GGT 307 y FA 297, con resto de parámetros dentro de la normalidad. Al cabo de dos meses se realizó una segunda analítica para completar el estudio de la hepatopatía con GOT 51, GPT 80, GGT 360 y FA 399. Anti-HAV Ig totales > 100, Anti-CMV IgG 201 (positivos), Anti-VEB Ig G positivos. Las serologías para hepatitis B, hepatitis C y VIH fueron negativas. Destacaba los títulos positivos 1/640 de ANA con AMA positivos a 1/160 y anticuerpos AMA M2 > 1000. Alfa-antitripsina, ceruloplasmina fueron normales, screening anti-ENA negativo, Anticuerpos anti-LKM y anti-músculo liso negativos. Se solicitó ecografía hepática que aún no ha sido realizada.

Juicio clínico: Dada la edad de la paciente, el sexo y los hallazgos analíticos se orientó el caso como cirrosis biliar primaria, remitiéndose el caso al servicio de gastroenterología donde prosigue su estudio.

Diagnóstico diferencial: Con todas las causas que causen elevación persistente de transaminasas de origen hepático. Las más frecuentes: fármacos, esteatosis hepática, hepatitis crónicas, alcohol. Causas menos frecuentes serían: hepatitis autoinmune, hemocromatosis, enfermedad de Wilson, déficit de alfa-1 antitripsina, colangitis esclerosante primaria. También se debe realizar diagnóstico diferencial con las causas de origen extrahepático: hipér/hipotiroidismo, porfiria cutánea tarda, miopatías, enfermedad celíaca, insuficiencia cardíaca congestiva. Además se debería realizar con aquellas causas de elevación de fosfatasa alcalina: trastornos biliares (litiasis, tumores), fármacos, colangitis esclerosante primaria, hepatitis, cirrosis, tumores primarios y metastáticos, enfermedades infiltrativas.

Comentario final: Ante todo paciente con elevación de transaminasas no se debe pensar tan sólo en la etiología vírica del cuadro, sino que se debe realizar una completa anamnesis para descartar otras posibles causas. En nuestro caso, la edad, el sexo, la abstinencia enólica y un estudio completo de todos los parámetros analíticos relacionados fueron claves en el diagnóstico de la hepatopatía.

BIBLIOGRAFÍA

- Hipertransaminasemia. Guía fisterrae, 2009 <http://www.fisterrae.com/fisterrae/>
- Sociedad española de medicina de familia y comunitaria. Guía de actuación en atención primaria, 2ª ed. Barcelona: Edide, 2002.
- Barajas Gutiérrez M, Robledo Martín E, Tomás García N, Barrado Bravo MJ, Voces García D, Guerra Moyano M. Protocolo de hepatopatías crónicas. FMC 1999; 6(supl.1).

10/374. NEUMOMEDIASTINO EN PACIENTE ASMÁTICO

O. Ortiz Oliete^a, M. Valls Esteve^b, P. Marín Ramos^b y M. D' Lacoste Farré^a

^aABS Sant Ildefons; ^bCUAP Sant Ildefons.

Descripción del caso: Paciente varón de 26 años. Antecedentes patológicos: Alergia a penicilina y sulfamidas. Fumador de 1 paquete/día, no enolismo, no drogas Asma bronquial diagnosticada a los 19 con PFR 2005: FEV1/cvf 67% y PBD + (aumento FEV1 del 13%), pruebas de alergia positivas a ácaros, pelos de perro y gato, ha recibido vacunas sin mejoría. No otros antecedentes de interés. Enfermedad actual: En el contexto de catarro vías altas presenta aumento disnea y broncoespasmo basal que no mejora a pesar de tratamiento broncodilatador. El día anterior a la visita en el ambulatorio inicia de manera brusca posterior a un acceso de tos dolor cervical bilateral por lo que acude a la consulta de su médico de familia.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física: BEG, NHNC, Sat O₂ (pulsioxímetro) 98%, FC: 86 latidos minuto, T^a axilar 36.2°C, TA 120/70. Mínima presencia de enfisema subcutáneo con subcrepitantes en escotadura supraesternal, ACC: tonos rítmicos, no soplos. AR: sibilantes diseminados. Abdomen normal, EEl no edemas, no signos de TVP. Rx tórax: neumomediastino izquierdo mínimo, signos de enfisema subcutáneo en cuello. Rx cuello posteroanterior: enfisema cervical bilateral de predominio izquierdo.

Juicio clínico: Se trata de un paciente asmático que en el contexto de un acceso de tos durante un episodio de broncoespasmo presenta neumomediastino. Dadas las características clínicas del paciente al persistir broncoespasmo en el momento del diagnóstico se decidió derivación a Hospital, donde procedieron a su ingreso en planta de Neumología para tratamiento del asma y control evolutivo del neumomediastino que se resolvió espontáneamente a la semana del ingreso, momento en el que fue dado de alta hospitalaria.

Diagnóstico diferencial: Causas más frecuentes de neumomediastino: perforación o intervención (cirugía, fibroscopia) sobre esófago, tráquea o bronquios; traumatismos torácicos o de cuello, rotura alveolar a mediastino y la disección de aire procedente de cuello o abdomen; en ocasiones no hay causa desencadenante y aparece de forma súbita y espontánea.

Comentario final: En la consulta de atención primaria es muy importante la anamnesis y una exploración física sistematizada, en este caso nos dio la orientación diagnóstica la historia brusca de dolor cervical tras un acceso de tos y la crepitación a nivel escotadura supraesternal. Estas dos herramientas básicas en la praxis de cualquier médico son las armas más importantes para el médico de Atención Primaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Guía de Actuación en Atención Primaria, 2ª ed. Barcelona, 2002.
2. Felson B. Radiología Torácica, 2ª ed corregida. Barcelona: Científico-Médica, 1985.
3. Pedrosa C. Diagnóstico por la imagen. Barcelona: Interamericana McGraw-Hill, 1993.
4. Farreras P; Rozman C. Medicina Interna, 13ª ed. Mosby-Doyma libros, 1995.

10/377. SWEET MAN

J. Vilá Moneny, G. Marcos Aldea, R. Andreu Alcover, A. Fabra Noguera, E. Pablos Herrero y M. Baré Mañas

CAP Creu Alta, Sabadell.

Descripción del caso: Hombre 51 años, fumador de 30 c/día. No enolismo. Portador del virus de la hepatitis B. Diabetes tipo II, buen control. Inicia fiebre, artromialgias y astenia intensa de una semana de evolución.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física anodina, analítica completa con serologías + virus Epstein Barr, se diagnóstica: mononucleosis infecciosa, evoluciona favorablemente, pero a los 2 meses, aparece de forma súbita un cuadro cutáneo con pápulas y máculas, algunas hiperqueratóticas, que afectan básicamente tórax, espalda, cara, parte superior de los brazos, piernas y zona genital. Poco pruriginosas. Se acompaña de más astenia y febrícula con sudoración profusa de predominio nocturno. Desde primaria, después de la analítica y con la aparición del nuevo brote cutáneo, consultamos con dermatología donde se hizo biopsia y se llegó al diagnóstico: dermatosis neutrofílica febril aguda. Informamos al paciente del buen pronóstico, con mejora de las lesiones después de prednisona 1 mg/kg/día y reducción dosis en 3-4 semanas.

Juicio clínico: Síndrome de Sweet.

Diagnóstico diferencial: Los casos idiopáticos son los más frecuentes, pero hemos de tenerlo en cuenta ya que el SS se asocia a diversas enfermedades: neoplasias hematológicas: leucemia mieloide aguda, síndromes mielodisplásicos y diversos procesos inflamatorios autoinmunes (enfermedad inflamatoria intestinal, artritis reumatoide, lupus eritematoso o tiroiditis) o infecciosos. Asociación a embarazo, a la toma de: antibióticos, anti-epilépticos, anti-retrovirales, antipsicóticos, anticonceptivos, diuréticos, retinoides, etc.

Comentario final: El Síndrome de Sweet (SS) o dermatosis neutrofílica febril aguda es infrecuente. Sus características son; aparición súbita de placas y nódulos eritematosos, dolorosos, en cara, extremidades y tronco, fiebre, astenia intensa y neutrofilia. Diagnóstico por biopsia: dermatitis neutrofílica. Etiología desconocida y de predominio en mujeres (3/1), se puede confundir con múltiples patologías por lo que hemos de tenerlo en cuenta como diagnóstico diferencial en nuestros pacientes.

10/389. ENFERMEADES IMPORTADAS. MANIFESTACIÓN CARDÍACA DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS

S. Poveda Siles^a y M. González Navarro^b

^aCS Jumilla. Murcia; ^bServicio de Urgencias. Hospital Comarcal Virgen del Castillo. Yecla. Murcia.

Descripción del caso: Varón, 43 años, agricultor, inmigrante boliviano, sin antecedentes de interés salvo fractura costal hace años y consumo esporádico de alcohol, que mientras paseaba sufre mareo con sensación de pérdida inminente de conciencia, solicitando ayuda y tumbándose en el suelo.

Exploración y pruebas complementarias: Pálido. Diaforesis. TA: 120/75. ACP rítmica a 45 lpm, sin soplos ni ruidos sobreañadidos, sin estertores, murmullo conservado y ligera taquipnea. No hay meningismo pero sí ligera bradipsiquia. Solicitamos ECG urgente. Se objetiva bloqueo auriculoventricular completo con ritmo de escape ventricular de 45 lpm. Dado su origen y el problema de conducción cardíaca que presenta, se sospecha Enfermedad de Chagas con lesión cardíaca asociada. Se remitió al paciente en ambulancia medicalizada a Urgencias de nuestro Hospital Comarcal, donde se mantuvo tratamiento con isoproterenol y trasladó a la UCI del H.U. Virgen de la Arrixaca donde se colocó marcapasos transitorio por vía femoral derecha y quedó ingresado para estudio. Hemograma, bioquímica y coagulación fueron normales, la radiografía de tórax sin hallazgos de interés y la serología para Chagas fue positiva. El ecocardiograma evidenció alteraciones compatibles con miocardiopatía chagásica: FEVI levemente deprimida por discinesia apical y severa hipocinesia inferoposterior en el contexto del ritmo ventricular estimado. Ventrículo izquierdo y derecho de dimensiones normales, válvulas normales, válvulas normales en estructura y función. No detectándose derrame pericárdico.

Juicio clínico: Bloqueo auriculoventricular III grado secundario a miocardiopatía chagásica.

Diagnóstico diferencial: El bloqueo AV completo puede producirse en las siguientes situaciones: 1) Congénito. 2) Adquirido: cardiopatía isquémica (aguda/crónica), post-cirugía cardíaca, hipotensión, acción farmacológica (digoxina, betabloqueantes, etc.), infecciones, fibrosis del sistema de conducción, miocardiopatías, valvulopatía mitroaórtica.

Comentario final: La transformación que se ha producido en la sociedad española en los últimos años debido al fenómeno de la inmigración es algo innegable. Hemos recibido gentes de diversas zonas de la geografía mundial que han portado consigo patologías que en nuestro ámbito son poco comunes o inexistentes, lo cual nos obliga como profesionales sanitarios a estar preparados y alerta para sospechar la presencia de éstas ante síntomas compatibles con las mismas. La enfermedad de Chagas es una patología endémica en Sudamérica, sobre todo en aquellos países desde los que hemos recibido mayor cantidad de inmigración, Bolivia y Ecuador. Es misión desde Atención Primaria, la detección precoz de la infección por *Trypanosoma cruzi*, para prevenir el desarrollo posterior de enfermedad cardíaca y digestiva. En nuestro caso, al paciente se implantó marcapasos definitivo vía subclavia izquierda, modo DDDR. Fue remitido al Servicio de Medicina Tropical donde se pautó tratamiento farmacológico para la enfermedad de Chagas en el adulto: Benznidazol 100 mg (Radanil® o Rochagan®) 1 comprimido cada 24h durante la primera semana de tratamiento, luego 2 comprimidos al día durante la segunda semana y 3 comprimidos al día a partir de la tercera semana y hasta el día 60 del inicio de la medicación. Actualmente se encuentra asintomático y sigue revisiones periódicas por el Servicio de Medicina Tropical y el Servicio de Cardiología del H. Virgen de la Arrixaca de Murcia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Marín-Neto JA et al. Chagas' heart disease. UpToDate. 2009.
2. Laso FJ. Diagnóstico diferencial en medicina interna, 2ª ed. Madrid: Elsevier; 2005.

10/392. LEISHMANIASIS CUTÁNEA. UNA ENFERMEDAD EMERGENTE

M. García Muñoz, C. Sierra, S. Carbó e I. González

ABS San Ildefons. Cornellá de Llobregat. Barcelona.

Descripción del caso: Varón de 40 años, natural de Marruecos (Errachidia), que acude por lesión de unos 2 cm de diámetro, ulcerada, en pierna izquierda de un mes de evolución. Presenta costra rodeada de halo enrojecido y sobre elevada. No dolorosa. No presenta otros signos ni síntomas clínicos. Dejó su país en 1999 y ha regresado en varias ocasiones, la última vez del 16/11/09 al 10/02/10. No ha vivido en ningún otro país. En enero 2010 inicia pápula eritematosa en pierna que crece y evoluciona hacia una lesión ulcerada e indolora. Ha tomado amoxicilina-ácido clavulánico 500/125 mg cada 8h/7d tras recomendación médica en visita de urgencias. Como no ha mejorado la lesión cutánea reconsulta en su centro de salud donde se deriva a la unidad de enfermedades tropicales, previo contacto telefónico, por la sospecha de leishmaniasis cutánea, ya que han habido varios casos sospechosos en la zona de pacientes con lesiones dermatológicas similares y con las mismas características sociodemográficas a las de nuestro paciente.

Exploración y pruebas complementarias: Raspado de la lesión cutánea: negativo para leishmania (24/02/10). Biopsia de la lesión cutánea: PCR positiva para leishmania spp. Pendiente identificación de especie.

Juicio clínico: Leishmaniasis cutánea.

Diagnóstico diferencial: Infecciones micóticas: blastomycosis, paracoccidiomycosis, histoplasmosis, esporotricosis, cromomycosis. Lesiones por micobacterias: tuberculosis, *M. marinum* o lepra. Lesiones por bacterias: sobreinfecciones tras picaduras de artrópodos, carbunco. Impétigo o lesiones impetiginizadas. Úlceras trau-

máticas, úlceras por estasis, úlceras de miembros inferiores por anemia falciforme. Piodermitis. Miasis u otras afecciones no infecciosas: neoplasias, granulomatosis de Wegener, sarcoidosis, lupus discoide eritematoso.

Comentario final: Las pruebas clásicas de demostración de la presencia del amastigote en la impronta de la lesión teñida con Giemsa o el cultivo en el medio NNN tienen una baja sensibilidad, especialmente en lesiones de varios meses de evolución y, en concreto, algunas especies como *L. braziliensis* o *L. venezuelensis*, presentan mayores dificultades para su cultivo in vitro. El procedimiento actual con mayor sensibilidad es la PCR, con la secuenciación del ADN de la subunidad pequeña ribosómica y dado que además aporta la determinación de especie, resulta el más adecuado, puesto que este dato es esencial para la diagnóstica de la enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mateo M, Cruz I, Flores M, López-Vélez R. Úlceras cutáneas de tórpida evolución tras estancia en Costa Rica. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2005;23(4):243-4.
2. Murria HW, Berman JD, Davies CR, Saravia NG. Advances in leishmaniasis. *Lancet.* 2005;366(9496):1561-77.
3. Albajar Viñas P. Departamento de Medicina Tropical, Instituto Oswaldo Cruz-FIOCRUZ. Master de salud internacional y medicina tropical. 2008. Universidad Autónoma de Barcelona.

10/403. ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA. ¿ITS?

V. Martín Miguel, M. Rodrigo Claverol, M. Lafarga Giribets, L. García Esteve, B. Pérez Olano y M. Urgeles Castellón

Médico de Familia. CAP Bordeta-Magraners. Lleida.

Descripción del caso: Mujer de 39 años de edad con antecedentes de litiasis renal derecha no obstructiva y pielonefritis derecha hace un año. Inserción DIU hace 15 días. Acude a urgencias de primaria por dolor en FID e HD, síndrome miccional y fiebre de hasta 38o. Se interpreta el cuadro como de posible cólico nefrítico con infección urinaria y se inicia tratamiento con AINEs, analgesia de rescate y antiséptico urinario. A las 24h acude con Rx simple de abdomen y refiere escasa mejoría. A la semana vuelve porque persiste abdominalgia con febrícula sin síndrome miccional por lo que se deriva a urgencias. En urgencias la valora el ginecólogo que sospecha enfermedad inflamatoria pélvica e inicia tratamiento antibiótico con buena respuesta.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física en primera consulta: abdomen doloroso a la palpación de HD y FID con succusión renal negativa. En tira de orina: hemáties y leucocitos +. A la semana presenta abdomen blando, depresible. Doloroso a la palpación de todo el abdomen aunque sobre todo en vacío derecho y FID. Blumberg ±. Timpanismo a la percusión. Peristaltismo presente. Succusión renal bilateral negativa. Tira reactiva de orina: sangre: indicios. Resto negativo. Rx simple de abdomen: No imagen de litiasis. Se aprecia DIU con buena localización. Analítica de sangre en urgencias: hierro 11 ug/dL [37-145] 1,97 umol/L. Leucocitos 11,48 × 10⁹/L [4,8-10,8]. Hematíes: 3,89 × 10¹²/L [4-5,4]. Hemoglobina 11,0 g/dl [12-16]. Hematocrito 33,2% [36-48]. Neutrófilos 9,48 × 10⁹/L [1,4-6,5]. Cultivo vaginal: *Gardnerella vaginalis*.

Juicio clínico: Se trata de una paciente con antecedentes de litiasis renal y pielonefritis por lo que al presentar dolor en hemiabdomen derecho, síndrome miccional y fiebre se piensa directamente en un nuevo episodio de cólico renal con infección de orina a pesar de que la exploración no confirma el diagnóstico. El antecedente de inserción de DIU con la mala evolución de la paciente con el tratamiento de litiasis biliar obliga a pensar en la posibilidad de infección ascendente del tracto urinario.

Diagnóstico diferencial: Pielonefritis, cistitis, enfermedad inflamatoria pélvica (EIP), apendicitis, endometritis, torsión de quiste ovárico, patología vía biliar.

Comentario final: La enfermedad pélvica inflamatoria se trata de una infección del tracto genital femenino cuya causa más frecuente es la transmisión sexual, aunque también puede ser secundaria a procedimientos como legrado uterino, inserción de DIU, etc. Es importante tenerlo en cuenta porque si los casos no son graves podemos tratarlos en Primaria. También queremos recalcar la importancia de todos los datos recogidos en la anamnesis y no pensar sólo en repetición de cuadros.

BIBLIOGRAFÍA

1. Llor Vilá C, Hernández Anadón S, Moragas Moreno A, De la Poza Abad M, Senán Sanz R. Infecciones de transmisión sexual. Protocolos FMC 2/2010:16-7.
2. Ibarrola M, Benito J, Azcona B, Zubeldia N. Patología infecciosa: vulvovaginitis, enfermedades de transmisión sexual, enfermedad inflamatoria pélvica, abscesos tubo-ováricos. *An Sist Sanit Navar.* 2009;32 Supl 1:29-38.

10/416. LÍMITES DE ANAMNESIS: ¿CREES LO QUE DICEN O HACES LO QUE CREES?

C. Sierra Matheu, M. García Muñoz y A. Carbó Queraltó

CAP Sant Ildefons. Cornellà de Llobregat. Barcelona.

Descripción del caso: Mujer de 19 años, natural de Ecuador, que acude por primera vez a nuestro centro de salud el 13/04/10 (por traslado) explicando un episodio de lipotimia 3 días antes y dolor abdominal de 2 semanas de evolución. Se prioriza el estudio inicial de lipotimia descartando patología cardíaca. En nueva visita el 21/04/10 se centra el problema de salud en el dolor abdominal, que persiste, y que la paciente localiza en hipogastrio (sin náuseas ni vómitos, no síndrome miccional, no alteración del ritmo deposicional, afebril). Como antecedentes personales sólo destaca parto en diciembre de 2008. A través de la Historia Clínica Compartida (HCC) se observa en curso clínico del anterior centro de salud (diciembre 2009) una consulta por epigastralgia y clínica de pirosis que mejoró con Almax, aunque se solicitó tránsito esófago-gastro-duodenal (TEGD) para descartar hernia hiato con reflujo gastroesofágico que la paciente dice no haberse hecho. Se pregunta sobre la posibilidad de embarazo que la paciente niega y refiere tratamiento anticonceptivo con Depo-Progevera inyectable en febrero de 2010.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física: abdomen blando y depresible, destacando palpación de una masa en hipocondrio-flanco derecho, dura, móvil y no adherida a planos profundos. Estrías en piel abdominal. Ecografía abdominal preferente: Hígado, vesícula biliar y vías biliares normales. Presencia de feto.

Juicio clínico: Embarazo de 27 semanas de gestación.

Diagnóstico diferencial: Masa hepática: neoplasias, quistes, abscesos, hepatomegalia, enfermedad de Chagas. Masas renales derechas: neoplasias, quistes, hidronefrosis. Masas en colon ascendente. Patología ginecológica: mioma uterino, masa ovárica.

Comentario final: En nuestro caso, la paciente negó dos veces la posibilidad de embarazo ante la pregunta formulada por 2 médicos y dio 2 fechas distintas, en otras tantas visitas (médico del ambulatorio y en tocología), sobre el momento de la administración del tratamiento anticonceptivo. Además, y revisando la HCC, se constata que dicho tratamiento se administró en una tercera fecha. El caso me lleva a la siguiente reflexión: ¿Es necesario poner en tela de juicio los datos obtenidos en la anamnesis? Probablemente el tiempo del que se dispone en la consulta diaria limita la profundidad del interrogatorio pero ante una respuesta plausible ¿hay que darla por válida o quizá deberíamos objetivar las respuestas con exploraciones complementarias? En nuestro caso, ahora podríamos estar ante una yatrogenia sobre el feto si se hubiera realizado el TEGD o se hubiese tratado con otros fármacos las molestias digestivas de la paciente. Entonces: ¿crees lo que dicen o haces lo que

crees? Si se quiere objetivar la anamnesis es fácil caer en el exceso de pruebas pero si se acepta sin cuestionar la fiabilidad de la información obtenida se puede incurrir en errores.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guía de Actuación en Atención Primaria, 2ª ed. Barcelona: semFYC; 2002.

10/428. DOCTOR, TENGO FIBROMIALGIA, PERO HOY VENGO PORQUE ME DUELE LA MUÑECA: ENFERMEDAD DE KIENBÖCK. ¿PENSAMOS EN ELLA?

A. Carbó Queraltó, C. Sierra Matheu y M. García Muñoz

Ambulatorio de Sant Ildefons de Cornellà. Barcelona.

Descripción del caso: Paciente mujer de 65 años con antecedentes patológicos: fibromialgia, hipertensión arterial y hipercolesterolemia. Niega hábitos tóxicos. Tratamiento: Hidrosaluretil 25 mg/día, Quinapril 20 mg/día, paracetamol s/p y dieta. La paciente es zurda y trabajadora manual. Acude a consulta en repetidas ocasiones por dolor en múltiples articulaciones, pero desde hace 2 meses consulta por episodios recidivantes de dolor más intenso en la muñeca izquierda que empeoran con el movimiento, no recuerda traumatismos previos. El dolor le impide llevar a cabo su trabajo con normalidad, en las últimas consultas, ya no cedía con antiinflamatorios ± inmovilización e iba presentando una progresiva limitación de la movilidad articular.

Exploración y pruebas complementarias: La exploración física inicial destacaba un dolor selectivo en el dorso de la muñeca izquierda bien tolerado, sin rigidez ni signos inflamatorios, pero en los controles sucesivos presentaba aumento de intensidad del dolor e indicios de rigidez articular. Realizamos analítica: hemograma, bioquímica, perfil renal, hepático, niveles de ácido úrico, factores reumatoideos y pcr, parámetros dentro de rango. RX del carpo (1ª): osteopenia semilunar. RX de control (2ª): semilunar con aspecto moteado. Gammagrafía ósea: confirma la sospecha y descarta otras localizaciones.

Juicio clínico: Necrosis del semilunar (enfermedad de Kienböck).

Diagnóstico diferencial: Causas locales: patología monoarticular (¿rizartrosis?), alteraciones tendinosas (tendosinovitis estenosante De Quervain, tendosinovitis de los extensores), ganglión o pseudoquiste sinovial, neuropatías periféricas (síndrome del túnel del carpo o del canal de Guyon), artrosis del carpo y enfermedades sistémicas (artritis por microcristales: gota, condrocalcinosis...), artritis infecciosas y patología neurovascular (necrosis avascular y distrofia simpáticorrefleja). Causas referidas: radiculopatías cervicales.

Comentario final: La necrosis avascular (NAV) de los huesos del carpo es un problema relativamente frecuente en la práctica clínica. El diagnóstico precoz de la NAV es de gran importancia en el tratamiento y pronóstico funcional de estos pacientes. Sin embargo, el diagnóstico de la NAV es difícil y con frecuencia se realiza en fases avanzadas, con isquemia irreversible de la médula ósea. La presencia de esclerosis ósea en las radiografías es indicativo de osteonecrosis, no se correlaciona con el grado de vascularización en estudios de NAV con correlación histológica. La gammagrafía ósea es una técnica muy sensible en el diagnóstico precoz de la NAV pero con baja especificidad y escasa resolución espacial. Se realiza en nuestra paciente para descartar otras localizaciones debido a que presenta dolores en varias articulaciones. Sin embargo, la RM es la técnica de elección.

BIBLIOGRAFÍA

- Gonzalez Macías, S., Serrano Figueras, S., Nolla Solé, J.M., Carbonell Abelló, J., Cannata Andía J., Torres Ramírez A., Morales Piga, A., Valverde García J., Roig Escofet D., Gomis Gabilán M. *Enfermedades óseas. Medicina Interna Farreras Rozman.* 13ª Ed. Vol I. Harcourt Brace; 1184-6.

Vizcaino Sanchez-Rodrigo, J.M., Elices Apellaniz, A.M. Dolor en la extremidad superior (codo, muñeca y mano). Guía de Actuación en Atención Primaria. 2ª Ed. Semfyc; 765-71

10/431. DOCTORA, ESTO EN MI PAÍS SE LLAMA LEISHMANIA

M. García Muñoz, S. Carbó y C. Sierra

ABS Sant Ildefons. Cornellà de Llobregat. Barcelona.

Descripción del caso: Varón de 47 años, natural de Marruecos (Errachidia), que acude por presentar varias lesiones (2 en pierna derecha, 1 en pierna izquierda, 2 en dedos mano derecha, 1 en antebrazo izquierdo y 1 en mentón) de 3 meses de evolución de las siguientes características: nódulo que en pocas semanas desarrolla una costra y finalmente se ulcera presentando un contorno circular sobreelevado y un fondo granuloso rojizo y/o amarillento. No hay tendencia al sangrado espontáneo y las heridas son indoloras y de varios tamaños, siendo la más grande de 9 cm de diámetro y la más pequeña de 1 cm. No hay fiebre ni ningún otro signo o síntoma acompañante. El paciente refiere que es la primera vez que presenta dichas lesiones y que en su país hay mucha gente con lesiones similares y “lo llaman leishmania”.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física por aparatos: sin alteraciones significativas. Analítica básica: normal. Serología VIH: negativa. Serología leishmania spp Ac-IgG: negativa.

Juicio clínico: Leishmaniasis cutánea.

Diagnóstico diferencial: Infecciones micóticas: blastomicosis, paracoccidiomicosis, histoplasmosis, esporotricosis, cromomicosis. Lesiones por micobacterias: tuberculosis, *M. marinum* o lepra. Lesiones por bacterias: sobreinfecciones tras picaduras de artrópodos, carbunco. Impétigo o lesiones impetiginizadas. Úlceras traumáticas, úlceras por estasis, úlceras de miembros inferiores por anemia falciforme. Piodermis. Miasis u otras afecciones no infecciosas: neoplasias, granulomatosis de Wegener, sarcoidosis, lupus discoide eritematoso.

Comentario final: Dada la dificultad desde la atención primaria para realizar el diagnóstico de confirmación de esta patología, dada la poca colaboración del paciente ante la necesidad de desplazarse a diferentes centros para hacer biopsia y cultivo de las lesiones, y basándonos en la confirmación de varios casos confirmados en el centro de salud, de características clínicas y sociodemográficas similares a las de nuestro paciente, se decidió iniciar un tratamiento empírico con Glucantime (antimoniato de meglumina) intramuscular y en pauta ascendente durante 10 días. Nuestro paciente presenta buena tolerancia al tratamiento y no presenta efectos secundarios. Tras un periodo de descanso de 15 días se observa una mejoría en las lesiones y se procede a la inoculación perilesional del Glucantime en aquellas lesiones de mayor tamaño a intervalos de 2 días durante 7-10 días. En visita de control post-tratamiento se observa mejoría espectacular de todas las lesiones, llegando a desaparecer algunas de ellas y quedando sólo leve alteración de la pigmentación cutánea residual en las que eran más ulceradas. En la leishmaniasis cutánea hay varias estrategias de tratamiento posibles y el Glucantime como terapia local suele ser suficiente. Como nuestro paciente presentaba un total de 7 lesiones cutáneas distribuidas por toda la superficie corporal para tratar localmente, se pactó con el paciente iniciar un tratamiento intramuscular (una sola inyección) con una dosis baja e ir aumentando progresivamente la dosis si no aparecían efectos adversos, y así fue como se pudo completar el tratamiento y curar la infección.

BIBLIOGRAFÍA

- Mateo M, Cruz I, Flores M, López-Vélez R. Úlceras cutáneas de tórpida evolución tras estancia en Costa Rica. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2005;23(4):243-4.

- Albajar Viñas P. Departamento de Medicina Tropical, Instituto Oswaldo Cruz-FIOCRUZ. Master de salud internacional y medicina tropical. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Murria HW, Berman JD, Davies CR, Saravia NG. Advances in leishmaniasis. *Lancet.* 2005;366 (9496):1561-77.

10/434. LA CONDUCTA EXPECTANTE ES POSIBLE EN EL QUERATOACANTOMA

R. Ortega González^a y J. Luelmo Aguilar^b

^aCAP Santa Perpètua. Barcelona; ^bConsorcio Hospitalario Parc Taulí. Sabadell.

Descripción del caso: Varón de 81 años con demencia tipo Alzheimer en fase avanzada que le produce un trastorno de la conducta en forma de acatisia (inquietud psicomotriz). Vive en un centro geriátrico desde hace dos años. Presenta una lesión de aparición explosiva en el dorso de la mano derecha. Se trata de un nódulo de consistencia gomosa que ha crecido en dos meses hasta tener varios centímetros. El paciente es de fototipo claro y tiene además daño actínico intenso. Dada la enfermedad de base que supondría una intervención bajo sedación -incluso para una biopsia cutánea- se opta por observar la evolución de la lesión de acuerdo con la familia. La demencia imposibilita cualquier cuidado tópico. El nódulo toma forma de cráter, presentando en el centro una costra que podría ser un tapón córneo y orientó el diagnóstico.

Exploración y pruebas complementarias: Se toma fotografía digital y se realiza interconsulta virtual con el dermatólogo de zona, que confirma la sospecha diagnóstica. Se realiza seguimiento de la lesión, que finalmente se autolimita y regresa espontáneamente, dejando una cicatriz atrófica sin secuelas funcionales.

Juicio clínico: Queratoacantoma.

Diagnóstico diferencial: Se ha comunicado recientemente una serie de 3.465 queratoacantomas con una incidencia del 5,7% de carcinoma escamoso (0,2% con invasión perineural)¹. Algunos autores dudan de que se trate realmente de una verdadera neoplasia maligna ya que existen muy pocos casos de metástasis de un queratoacantoma, y lo atribuyen a un error diagnóstico². Clásicamente se lo había considerado un fenotipo de carcinoma epidermoide, a distinguir por ejemplo de la queratosis actínica hipertrófica³. El carcinoma basocelular ulcerado podría parecerse en el aspecto (si bien este presenta bordes perlados y telangiectasias) pero no en la evolución⁴.

Comentario final: En este caso una correcta orientación diagnóstica y el acceso por vía telemática al especialista evitó desplazamientos al paciente y una intervención bajo sedación. La consulta virtual puede ser muy útil en pacientes institucionalizados, en los que incluso una biopsia cutánea puede ser un procedimiento invasivo.

BIBLIOGRAFÍA

- Weedon DD, Malo J, Brooks D, Williamson R. Squamous Cell Carcinoma Arising in Keratoacanthoma: A Neglected Phenomenon in the Elderly. *Am J Dermatopathol.* 2010.
- Mandrell JC, Santa Cruz D. Keratoacanthoma: hyperplasia, benign neoplasm, or a type of squamous cell carcinoma? *Semin Diagn Pathol.* 2009;26(3):150-63.
- Beham A, Regauer S, Soyer HP, Beham-Schmid C. Keratoacanthoma: a clinically distinct variant of well differentiated squamous cell carcinoma. *Adv Anat Pathol.* 1998;5(5):269-80.
- Fitzpatrick, T.B, Johnson, R.A., Wolff, K. Atlas en color y Sinopsis de dermatología clínica, 4ª ed. Madrid; McGraw-Hill, 2001.

10/436. AUTOLISIS, ENFERMEDAD MENTAL Y ORGÁNICA: ¿UN TRIÁNGULO DE LAS BERMUDAS?

R. Ortega González, C. Herrero Alonso, M. Tomàs Lachós, M. Martí Martínez y M. Herranz Fernández

Médica de Familia. CAP Santa Perpètua.

Descripción del caso: Paciente de 30 años que es llevada al centro de salud por intento autolítico en forma de ingesta de 50 mg de lorazepam. Se encuentra obnubilada, precisa de la administración de flumacenoil intravenoso y derivación hospitalaria para seguimiento. Se trata de una mujer con neuralgia del trigémino diagnosticada clínicamente hace un año. No ha hecho tratamiento de forma regular debido a dificultades en el seguimiento. Refiere antecedentes familiares de trastorno bipolar, y personales de abuso físico en la infancia (distocia familiar) con un episodio de sobreingesta medicamentosa a los 10 años reactiva a estresores. Consultó la semana previa por empeoramiento del dolor de la neuralgia que no controlaba con analgésicos habituales, verbalizando ideas autolíticas no concretas ni finalistas en relación al dolor. El episodio fue desencadenado por una discusión con la pareja actual.

Exploración y pruebas complementarias: Se realiza seguimiento estrecho por parte de su médica de familia, que consigue adherencia al tratamiento para la neuralgia (carbamazepina) e instaura un sistema de control de dispensación de fármacos a través del enfermero. Se la deriva a la psiquiatra de zona, que tras varias entrevistas la diagnostica de trastorno límite de la personalidad con enfermedad orgánica y estresores vitales. Prescribe tratamiento antidepressivo y ansiolítico.

Juicio clínico: Se trata de un intento autolítico en una paciente con una enfermedad psiquiátrica de base que no estaba filiada, desencadenada por estresor orgánico (neuralgia del V par craneal) y familiar (discusión conyugal).

Diagnóstico diferencial: Si bien está descrito el suicidio por dolor no controlado en pacientes con neuralgia del trigémino, en nuestro caso creemos que el trastorno de la personalidad de base favoreció esta conducta.

Comentario final: Conocer a nuestros pacientes nos puede ayudar a detectar patología de base que puede precipitar desenlaces fatales. La adherencia al tratamiento es fundamental en el manejo de la enfermedad orgánica, pero también en la mental.

BIBLIOGRAFÍA

1. Paris J. Borderline personality disorder. *CMAJ*. 2005;172(12):1579-83.
2. Arsenault-Lapierre G, Kim C, Turecki G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2004;4:37.

10/449. HIPERSENSIBILIDAD QUÍMICA MÚLTIPLE

M. D' Lacoste Farré, S. Sinobad Rushlet, R. Martini, O. Ortiz Oliete, M. Masamunt Paris y S. Carbó Queraltó

ABS Sant Ildefons. Barcelona.

Descripción del caso: Mujer de 46 años, sin hábitos tóxicos habituales. Divorciada con 2 hijos. Trabajadora de labores de limpieza domiciliaria inicialmente y posteriormente en empresa de productos de limpieza hasta hace 2 años. Actualmente en paro laboral tras despido. Contacto regular con productos de limpieza (salfumán, lejía, amoníaco, ambientadores). Ha presentado intolerancia a diversos fármacos. Disnea y cansancio crónico, cuadro ansioso depresivo asociado con mala respuesta a fármacos. Antecedentes patológicos: TBC pulmonar en la infancia, hiperlaxitud ligamentosa, intervención quirúrgica auditiva izda a los 20a con hipoacusia residual, episodios etiquetados de alergia estacional, algias musculoesqueléticas crónicas de curso recidivante. Anemia ferropénica crónica (metrorragias). Enfermedad actual: episodios sucesivos de irritación nasal y bronquial con tos persistente y febrícula (desde

2003) tras exposición a "Triggers": productos de limpieza, colonias, perfumes, ambientadores, gasolina, humo. Asocia cefalea fronto-orbitaria, astenia, fatiga a pequeños esfuerzos, cuadro ansioso depresivo.

Exploración y pruebas complementarias: Al reiniciar el trabajo recidivan los síntomas, no mejora con prednisona ni broncodilatadores. PFR (pruebas funcionales respiratorias) normales. PFR con TCLO 70%, KCO₂ 66%, metacolina positivo. Pruebas cutáneas negativas. No datos relevantes a la exploración física excepto los tender points dolorosos comunes a fibromialgia, sibilantes en crisis y mucosas secas (frecuente síndrome seco asociado).

Juicio clínico: La paciente sólo ha mejorado al cambiar de residencia al medio rural y al evitar la exposición a agentes químicos industriales y laborales desencadenantes. El diagnóstico se confirmó tras derivación a unidad especializada hospital clínico donde se confirmó una hipersensibilidad química múltiple, además coexistencia de fatiga crónica.

Diagnóstico diferencial: El diagnóstico diferencial se debe hacer con asma extrínseca y enfermedades psicósomáticas. Se debe valorar siempre la posible coexistencia con síndrome de fatiga crónica o fibromialgia.

Comentario final: Es muy importante la sospecha clínica en atención primaria, ya que puede afectar hasta un 2% de la población y es a menudo infradiagnosticada. Podemos realizar el test de queesí (validado) y si es positivo derivar a unidad de diagnóstico especializado, para evitar que estos pacientes sigan sin diagnóstico, aunque no haya tratamiento si puede ensayarse con melatonina y antioxidantes como vitamina B12im o evitar el factor ambiental. No responde a corticoides sistémicos u otros fármacos. Es necesario el diagnóstico ya que se trata de una enfermedad laboral.

BIBLIOGRAFÍA

1. Joffres MR et al. Environmental sensitivities: Prevalence of major symptoms in a referral center: the Nova Scotia Environmental Sensitivities Research Center Study. *Env Health Perspect*. 2001;109.
2. Fernández-Solá J, Nogué S. Sensibilidad química y ambiental múltiple. *JANO*. 2007;1662:27-30.
3. Fernández-Solà J. Síndrome de Fatiga Crónica y su relación con la Sensibilidad Química Múltiple. Videoconferencia, Bilbao, 2007.
4. Arnold Llamosas P. Entrevista para Barcelona TV 20 junio 2007.
5. Functional impairment in chronic fatigue syndrome, fibromyalgia, and multiple chemical sensitivity. *Can Fam Physician*. 2010;56(2):e57-65.

10/460. UNA IMAGEN VALE MÁS... QUE MIL PALABRAS

M. Atallah González, M. Hernández Velasco y A. Ares Dios

CS de Astorga. Astorga. León.

Descripción del caso: Una mujer de 18 años acude a la consulta de atención primaria por una lesión facial de 1 mes de evolución que no era dolorosa ni pruriginosa. Una semana más tarde, refiere la aparición de manchas blanquecinas en las piernas y lesiones genitales no dolorosas.

Exploración y pruebas complementarias: Se observa una mácula peribucal de unos 5 cm de diámetro con aspecto en diana, cuyo centro hipocrómico estaba rodeado de un halo hiperocrómico. El borde era sobreelevado y eritematoso dándole aspecto de frente activo y por tanto de una lesión centrífuga. Una semana más tarde aparecieron máculas hipocrómicas en extremidades inferiores y lesiones vulvares hipocrómicas. Se observan además adenopatías inguinales de pequeño tamaño no dolorosas ni supurativas. Se solicita una analítica completa con hemograma y bioquímica y una serología para hepatitis B, C, VIH, Herpesvirus, CMV y LUES. Todos los parámetros se encuentran dentro de la normalidad a excepción de

la serología para herpes simple IgG + (20.000), IgM -, CMV IgG + (16.000), IgM -, Lúes +, TPHA + (1/5.120), RPR 1/4.

Juicio clínico: Las lesiones descritas son características de la Sífilis secundaria: una lesión anular facial, una leucoplasia sífilítica y condilomas acuminados en región genital. El diagnóstico fue clínico y las pruebas complementarias confirmaron la sospecha clínica. Al historiar de nuevo a la paciente reveló que había tenido una relación sexual de riesgo con un hombre que tenía una úlcera peneana hace aproximadamente 3 meses. Se instauró tratamiento con una inyección única de 2.1400.000 U de Penicilina G benzatina i.m. Se informó de la posible aparición de un cuadro de fiebre y gran malestar general (reacción de Jarish-Herxheimer) la cual finalmente no se produjo. Las lesiones genitales desaparecieron a los 3 días y las faciales a los 7 días del tratamiento.

Diagnóstico diferencial: El diagnóstico diferencial debe realizarse principalmente con las micosis cutáneas: pitiriasis versicolor, pitiriasis alba y herpes circinado. La paciente fue tratada inicialmente con antifúngicos tópicos, clotrimazol 1/12h. Al acudir una semana más tarde con lesiones genitales y sin mejoría de las lesiones faciales se sospecha entonces una sífilis secundaria.

Comentario final: Debido a que la prevalencia de la sífilis se ha triplicado en España en los últimos 10 años¹ es imprescindible que los médicos de atención primaria estemos familiarizado con las distintas lesiones características de la sífilis. El aumento de la incidencia se debe fundamentalmente a los cambios en las conductas sociales, al menor uso del preservativo y a las corrientes migratorias. Causado por el *Treponema pallidum*, el chancro primario aparece a los 10-90 días en el sitio de inoculación y suele ser asintomático³. La sífilis secundaria representa la diseminación del *T. pallidum* y da lugar a una gran variedad de lesiones. Si no se trata, el *T. pallidum* puede permanecer latente durante largos periodos y desarrollar posteriormente una sífilis terciaria. Como en cualquier enfermedad de transmisión sexual no debemos de olvidar tratar a la(s) pareja(s).

BIBLIOGRAFÍA

1. Perine PL, Hopkins DR, Niemei PLA, Causse G, Antal GM. Manual de Treponematoses endémicas: pian, sífilis endémica y pinta. Organización Mundial de la Salud 1984.
2. Informe de Febrero 2010. Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual. 1995-2008. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad.
3. Syphilis de great mimicker is back? Australian Family Physician. 2009;38.

10/461. EPISTAXIS EN ADULTO JOVEN

M. Atallah González^a, N. Vidal Lorenzo^b y H. Hernández Ontiveros^b

^aCS de Astorga, Astorga. León; ^bComplejo Hospitalario de León.

Descripción del caso: Varón de 38 años que acude al servicio de Urgencias del Centro de Salud por epistaxis y cefalea holocraneal sin otra clínica asociada y posteriormente al Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario de León por persistencia de la epistaxis en 2 ocasiones.

Exploración y pruebas complementarias: Centro de Salud: epistaxis anterior fosa nasal izquierda, taponamiento con tiras de gasa. TA 170/100 mmHg. Exploración física y fondo de ojo normales. Se administra captopril 25 mg sublingual y se remite su médico de AP para estudio. TA al alta 150/90. Primera visita hospitalaria: se realizó un taponamiento anterior con un merocel de 8 cm, TA 160/100 mmHg. Se administró hasta 75 mg captopril sublingual. Analítica: creatinina de 2,4 mg/dl; urea 60 mg/dl. Alta con TA de 150/90, losartán 50 mg 1cp/día e interconsulta preferente a la Consulta de Hipertensión. Segunda visita hospitalaria: TA 200/110 mmHg. El otorrinolaringólogo de guardia le practicó un taponamiento posterior e ingresó para estudio en Medicina Interna. Bioquímica: Urea

132; Crea 2,4; CT 236; TG 208; LDH 158. Orina: proteinuria 500 mg/dl, eritrocitos 150/mm³. Sedimento: 12-15 Hm/campo. Orina de 24h: creatinina 47,65 mg/dl; Cl de crea 60,78 ml de FG Sedimento: 0-5 Hm/ campo. Catecolaminas normales, ácido vanilmandélico y 5-hidroxiindolacético normales. Ecocardiograma: ventrículo izquierdo con hipertrofia concéntrica. Eco abdominal: coledocistitis. Riñones discretamente disminuidos y con aumento de ecogenocidad compatible con enfermedad de parénquima renal. La radiografía de tórax y el electrocardiograma no muestran alteraciones. MAPA: TAM 135/81 mmHg con cifras máximas de 176/97. Inmunología: ligero aumento de IgA 334 mg/100U (40-300). Biopsia renal percutánea: glomerulonefritis proliferativa mesangial con depósitos de IgA.

Juicio clínico: Emergencia hipertensiva en un paciente sin hipertensión conocida que se ha manifestado por epistaxis, proteinuria y hematuria. Tras los estudios realizados se le diagnostica de hipertensión arterial secundaria a nefropatía por IgA, con insuficiencia renal leve e hiperlipidemia. Fue dado de alta con nifedipino 30 mg 1-0-1, candesartán 16 mg 1-0-0, doxazosina 4 mg 0-1-1, atorvastatina 10 mg 1-0-0.

Diagnóstico diferencial: La emergencia hipertensiva en un paciente no diagnosticado de hipertensión puede ser secundaria al consumo de drogas, a la presencia de un feocromocitoma, un tumor carcinoide, una disección de aorta, una isquemia cerebral o coronaria, una hipertensión renovascular, una glomerulopatía, una vasculitis, una colagenosis, o un tumor secretor de renina, entre los diagnósticos más frecuentes.

Comentario final: La nefropatía por IgA es la glomerulopatía primaria más frecuente¹. Suele presentarse en varones en edades medias de la vida como episodios de microhematuria y proteinuria ligera sin otros síntomas renales². Sin embargo, el 50% de los pacientes acaban en diálisis a los 25 años². El tratamiento se basa en el control de las cifras de tensión arterial y la proteinuria (< 500 mg/día) usando tratamiento antihipertensivo, especialmente los inhibidores de la enzima de conversión. En pacientes refractarios se usan pulsos de metilprednisolona intravenosa asociados o no a prednisolona oral².

BIBLIOGRAFÍA

1. Shen P, He L, Huang D. Clinical course and prognostic factors of clinically early IgA nephropathy. The Netherland Journal of Medicine. 2008;66:242-6.
2. Glasscock RJ. Ig A nephropathy. Challenges and opportunity. Cleveland Clinical Journal of Medicine 2008;75:569-76.

10/463. DETECTAR LOS OLORES: CALIDAD DE VIDA Y AVISO DE PELIGRO

M. Medina Sanpedro, G. Escribano Romo, J. Molina Ramos, E. Avalos Galán, E. Gil Hides y R. Rubiato Aragón

CS Villaviciosa de Odón. Madrid.

Descripción del caso: Mujer de 33 años, ex fumadora desde 2003 (20 cigarrillos al día durante 17 años), que consulta en 2005 porque no percibe los olores, especialmente llamativo cuando se le quema la comida. Pérdida progresiva en los últimos 12 años, sin trauma previo ni rinitis. Entre sus antecedentes sólo figura estudio y tratamiento por infertilidad, y parto en 2004.

Exploración y pruebas complementarias: En la exploración física general, neurológica, inspección de faringe, oídos y fosas nasales no se encontró patología. La analítica solicitada, con hemograma, bioquímica, velocidad de sedimentación, perfil hepático y tiroideo resultó normal. La radiografía de senos paranasales en proyección de Waters, no evidenciaba ocupación. La paciente fue derivada al servicio de otorrinolaringología donde se completó el estudio con pruebas específicas como test olfativos estandarizados y tac craneal, éste último sin alteraciones significativas.

Juicio clínico: Anosmia, idiopática.

Diagnóstico diferencial: Evaluará la anatomía del sistema olfativo, y descartará la patología intranasal e intracraneal. La anamnesis detallada, es la herramienta clave del médico de familia. El comienzo súbito aparece tras traumatismos craneales e infecciones víricas; el gradual tras rinitis alérgica, poliposis nasal y neoplasias. Otros síntomas como cefalea o alteración del comportamiento indicarán origen en el sistema nervioso central. La exposición a tóxicos como laborales, medicamentos, tabaco y alcohol sugerirá lesión del epitelio olfativo. La exploración física completa la anamnesis, centrándose en cavidad nasal, senos paranasales y neurológica. El laboratorio descartará alteraciones metabólicas, vitamínicas y hormonales relacionadas con lesión del epitelio olfativo, o del sistema neuronal. El diagnóstico diferencial se concentra entonces en tres grupos de causas: las que alteran el transporte de las sustancias olorosas al epitelio olfativo (lesiones nasales alérgicas, víricas, bacterianas, tóxicas o anatómicas), las que producen pérdida sensorial (drogas, neoplasias, tóxicos, radiaciones o infecciones), o las que producen daño de la vía nerviosa (diabetes, hipotiroidismo, malnutrición, hipovitaminosis B12, tabaco, alcohol, neurotóxicos, neoplasias, traumatismos, depresión, enfermedades de Parkinson o Alzheimer, síndrome de Kallman).

Comentario final: La anosmia no suele ser un síntoma incapacitante, pero es una defensa frente al peligro y un componente del disfrute de la vida. Hay que asegurar que no existen alteraciones sistémicas ni neurológicas antes de considerarlo como inocuo. De tratamiento etiológico, las posibilidades terapéuticas para las anosmias idiopáticas o neurosensoriales son escasas. Esta paciente recibió suplementos de zinc y vitamina A, y propuesta de rehabilitación del sistema olfativo. Reconoce cierta recuperación y bienestar al poder describir el olor de la piel de sus hijas, renunciando entonces a la rehabilitación específica.

10/464. MUJER DE EDAD MEDIA CON TRISTEZA

E. Avalos Galán, R. Rubiato Aragón, E. Gil Higes, J. Molina Ramos y G. Medina Sampedro

CS Villaviciosa de Odón. Madrid.

Descripción del caso: Mujer de 50 años de edad, sin antecedentes personales de interés, que acude a consulta refiriendo clínica de astenia, apatía, tristeza y leves trastornos del sueño que empeoraron provocando insomnio. Se indica en una primera visita tratamiento para el insomnio con benzodiacepinas. En el siguiente mes la paciente acude en dos ocasiones más a la consulta refiriendo aumento de la clínica de apatía, anhedonia, disminución del apetito y astenia cada vez más intensa, con pesadez en miembros inferiores, que al final del día casi le impide estar en pie. Se diagnostica a la paciente de cuadro depresivo y se inicia tratamiento con antidepresivos. A raíz de un viaje a las dos semanas de inicio del tratamiento antidepresivo la paciente comienza con trastornos de la marcha con bloqueo al iniciar la deambulación y leve espasticidad. La paciente regresa de su viaje inmediatamente y acude al centro de salud, donde tras valoración es remitida a un centro hospitalario de urgencias, donde le realizan estudios complementarios.

Exploración y pruebas complementarias: Durante las primeras consultas de la paciente en el centro de salud se realiza una exploración básica con palpación cervical buscando bocio, auscultación cardiopulmonar normal, abdomen normal y exploración neurológica sin focalidad y con reflejos osteotendinosos mínimamente disminuidos pero normales. Tras su viaje la paciente presenta pérdida de fuerza en miembros inferiores, con reflejos osteotendinosos más disminuidos y espasticidad en la marcha. La exploración de pares craneales es normal, fondo de ojo normal, fuerza y tono en miembros superiores normal, sensibilidad normal y sin incontinencia. En

el centro de salud se realizó analítica con hemograma, orina elemental y bioquímica con perfil hepático, renal y tiroideo que fue rigurosamente normal. En el hospital se le realizó Rx de tórax que fue normal, y TAC donde se objetivó lesión tumoral cerebral.

Juicio clínico: Meningioma parasagital frontoparietal.

Diagnóstico diferencial: En un primer momento se realizó diagnóstico diferencial con anemia, ansiedad, depresión primaria o secundaria e hipotiroidismo. Al comenzar la clínica en miembros inferiores se realizó diagnóstico diferencial con trastornos de la marcha secundarios a tumores, enfermedades neuromusculares, enfermedades desmielinizantes y posibles infecciones de sistema nervioso central.

Comentario final: La paciente fue intervenida de forma programada realizándose resección parcial del meningioma por importante hemorragia durante la intervención debido a la gran vascularización del tumor, eliminando así la clínica por compresión que presentaba. Dada la benignidad del tumor se decide valorar segunda intervención si nueva clínica. En todo caso hemos de estar atentos a los posibles cambios en la clínica de nuestros pacientes, es fácil englobar una gran cantidad de síntomas en los diagnósticos de los trastornos del ánimo.

BIBLIOGRAFÍA

- Hochberg F, Pruitt A. Neoplasias del sistema nervioso central. In: Isselbacher K.J, Braunwald E, eds. Harrison Principios de Medicina Interna, 13ª ed. Madrid, 1994:2606-7.

10/467. ¿CANSADA DESPUÉS DEL EMBARAZO?

V. Sabaté Cintas, G. Marcos Aldea, E. Pablos Herrero, A. Fabra Noguera, R. Andreu Alcover y J. Vila Moneny

ABS Creu Alta. Sabadell. Barcelona.

Descripción del caso: Paciente de 31 años con antecedentes de cefalea migrañosa y escoliosis con lumbalgias mecánicas de repetición. Acude por cansancio, apatía, somnolencia, falta de concentración y alteración de la memoria. Refiere sequedad de piel y caída de cabello de forma masiva. Destaca parto eutócico hace 5 meses con anemia postparto que requirió transfusión de hierro.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física general incluyendo palpación tiroidea dentro de la normalidad. Exploración neurológica sin alteraciones. Se solicita analítica general con hemograma, bioquímica y hormonas tiroideas resultando todo dentro de los límites normales a excepción de THS 20 uU/ml (0,27-4,2) y tiroxina 1 ng/dl (0,92-1,69) con anticuerpos antitiroideos positivos. Se orienta como hipotiroidismo sintomático y se solicita ecografía tiroidal que informa de ligero aumento del tamaño tiroideo de forma heterogénea compatible con tiroiditis.

Juicio clínico: Tiroiditis postparto en fase hipotiroidea.

Diagnóstico diferencial: Depresión postparto, anemia, hipotiroidismo primario, tiroiditis.

Comentario final: La tiroiditis postparto (TPP) es una enfermedad autoinmune que aparece durante el primer año tras el embarazo. La prevalencia es variable según el país, pero presenta una media de 7,2% siendo más alta en mujeres con otra condición autoinmune (diabetes mellitus tipo 1, anticuerpos antitiroperoxidasa positivos, historia de un episodio previo de TPP). La presentación clínica clásica es de evolución biséfica, con una primera fase de hipertiroidismo que generalmente no requiere tratamiento, seguida de un hipotiroidismo transitorio hasta llegar al eutiroidismo en el curso de unos meses. Durante la fase hipotiroidea se aconseja tratamiento con levotiroxina si los síntomas son severos, pero no se ha llegado a un consenso en la duración de dicho tratamiento. El seguimiento es importante ya que el hipotiroidismo permanente se desarrolla en 30% de estas mujeres en los años siguientes al episodio y el 70% presenta recurrencias en los siguientes embarazos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jaén Díaz JI, López De Castro F, Cordero García B, Santillana Balduz F, Sastre Marcos J, Martín Dal Gesso C. Incidence of postpartum thyroiditis and study of possible associated factors. *Med Clin (Barc)*. 2009;132(15):569-73.
2. Filippi U, Brizzolara R, Venuti D, Cesarone A, Maritati VA, Podestà M, et al. Prevalence of post-partum thyroiditis in Liguria (Italy): an observational study. *J Endocrinol Invest*. 2008;31(12):1063-8.
3. Sopena Bert E, Valentí Moreno V, Corcoy Pla R. Postpartum thyroiditis with unusual evolution. *An Med Interna*. 2007;24(6):305-6.
4. Lucas A, Pizarro E, Granada ML, Salinas I, Roca J, Sanmartí A. Postpartum thyroiditis: long-term follow-up. *Thyroid*. 2005;15(10):1177-81.
5. Azizi F. The occurrence of permanent thyroid failure in patients with subclinical postpartum thyroiditis. *Eur J Endocrinol*. 2005;153(3):367-71.

10/506. DISARTRIA COMO FORMA ATÍPICA DE PRESENTACIÓN DE UNA MENINGITIS

M. Barco López, M. Ortega Bravo, A. Pellitero Santos, M. Bordialba Layo, N. Vilà Jové y E. Paredes Costa

ABS Cappedont. Lleida.

Descripción del caso: Varón de 36 años con antecedentes patológicos de dislipemia, cólicos nefríticos y herpes zoster. No alergias medicamentosas conocidas. Originario de Rumanía. Acude a su médico de familia en el centro de salud por presentar cefalea, migrañas generalizadas, fiebre y disartria de 24 horas de evolución. No náuseas ni vómitos ni otra sintomatología.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, normohidratado y normocoloreado, no lesiones cutáneas, no signos meníngeos, temperatura axilar: 37,5 oC, TA: 130/80, FC 80x'. Faringe hiperémica sin exudado, otoscopia normal. Auscultación cardiopulmonar: tonos rítmicos sin soplos ni ruidos sobreañadidos, murmullo vesicular conservado. Abdomen blando, depresible no doloroso a la palpación, sin signos de irritación peritoneal, no se palpan masas ni megalias, peristaltismo presente. Exploración neurológica: pupilas mióticas normorreactivas a luz y acomodación, pares craneales conservados, fuerza, motricidad y sensibilidad conservadas, ROT presentes y simétricos, disartria y marcha inestable. Analítica: Hemograma, bioquímica, gasometría venosas y pruebas de coagulación normales. ECG y radiografía de tórax normales. Recuento en líquido cefalorraquídeo (LCR): claro, 6 hematíes/mm³, 33 leucocitos/mm³ (segmentados 1%, linfocitos 99%), glucosa 73 mg/dl, proteínas 41 mg/dl, serología de herpes simple y enterovirus negativa. Tomografía axial computarizada craneal sin hallazgos valorables.

Juicio clínico: Meningitis aséptica.

Diagnóstico diferencial: Meningitis bacteriana, encefalitis viral, sífilis terciaria, abscesos cerebrales, sarcoidosis, lupus, trombosis senos cavernosos, fármacos (sulfamidas).

Comentario final: La meningitis aséptica es una entidad frecuente. La causa más común es un grupo de virus llamados enterovirus. Menos frecuentemente puede ser causado por el virus del herpes, virus de parotiditis, VIH. La clínica se presenta con fiebre, escalofríos, cefalea, fotofobia, también son frecuentes la náusea y el vómito. La exploración pone de manifiesto un meningismo sin signos neurológicos focales, por lo que llama la atención que en este caso clínico el paciente presentaba disartria. Son raras las secuelas neurológicas y en su mayoría los pacientes tienen un pronóstico excelente.

BIBLIOGRAFÍA

1. De Ory F, Gegúndez MI, Fedele CG, Sáncz-Seco MP. Toscana virus, West Nile virus and lymphochoriomeningitis virus as causing

agents of aseptic meningitis in Spain. *Med Clin (Barc)*. 2009;132(15):587-90.

2. Pérez-Vélez DM et al. Outbreak of neurologic enterovirus type 71 disease: A diagnostic challenge. *Clin Infect Dis*. 2007;45:950.

10/511. EL MISTERIO AMARILLO

E. Gil Higes, J. Molina, G. Escribano, G. Medina, R. Rubiato y E. Avalos

CS Villaviciosa de Odón. Madrid.

Descripción del caso: Varón de 28 años sin antecedentes de interés, salvo episodio de hepatitis de etiología no aclarada en su infancia, en su país natal (Venezuela), que consulta por cuadro de malestar general y artromialgias de cuatro días de evolución, tos escasamente productiva, episodio aislado de diarrea, sin náuseas ni vómitos. No disuria, pero sí refiere "orinas oscuras". Quince días antes consultó por cuadro catarral.

Exploración y pruebas complementarias: Destaca tinte icterico de la piel e ictericia evidente en conjuntivas. AP: mvc, hiperemia faríngea sin exudados. Abdomen: RHA +, blando, depresible, no doloroso a la palpación, no masas ni megalias, PPRB -. Tira reactiva de orina: pH 7, densidad 1005, resto negativo. Se solicita analítica. En la analítica destaca Hb: 8 g/dl; VCM 95,9; CHCM 32,8; RDW 15; leucocitos 7,43 (58,4 N, 24,9 L, 7,7 Mo, 2,7 Eo); Plaquetas 337.000; Bilirrubina 3,4; Directa 1,3; GPT 131; GOT 73; FA 80; GGT 41; Amilasa 39; Serologías VHA, B, y C negativas. CMV IgG e IgM negativos.

Juicio clínico: Anemia hemolítica sin clara etiología, con episodio de citolisis hepática asociada.

Diagnóstico diferencial: Debe plantearse fundamentalmente entre crisis hemolítica en paciente sin anemia previa con citolisis hepática asociada, o episodio de hepatitis en anemia crónica establecida previamente. En el segundo caso encontraríamos probablemente otro perfil anémico con volumen normal o bajo por ferropenia, y un RDW bajo. En este caso el RDW hace pensar en recambio eritrocitario rápido, el aumento de cifras de bilirrubina a expensas sobre todo de la indirecta hace pensar en una crisis hemolítica. Dentro de las anemias hemolíticas debemos diferenciar entre las membranopatías congénitas, eritroenzimopatías, hemoglobinopatías estructurales. Cuadros que parecen descartarse por ser el primer episodio a los 28 años, sin episodios anteriores y por no tener desencadenantes farmacológicos ni tóxicos. Hiperesplenismo, anemias hemolíticas inmunes) por anticuerpos calientes (sobre todo secundaria a lupus) o fríos (secundarias a infecciones Mycoplasma, mononucleosis y otras viriasis), o las inducidas por fármacos.

Comentario final: Posteriormente positivizó serologías para CMV y VEB. Se diagnosticó anemia hemolítica en posible relación con infección aguda por CMV, hepatitis secundaria. El paciente ha precisado tratamiento con corticoides. En última revisión 8 meses después del inicio, se detectan dos poblaciones celulares lo que hace pensar en un inicio de recuperación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Farreras P, Rozman C. Medicina Interna. Enfermedades del sistema eritrocitario, 15ª ed. Madrid; Elsevier, 2005:1665-8.

10/512. EL TIEMPO ACABA DANDO LA RAZÓN

J. Molina Ramos, M. Medina Sampedro, E. Avalos Galán, R. Rubiato Aragón, G. Escribano Romo y E. Gil Higes

CS Villaviciosa de Odón. Madrid.

Descripción del caso: Varón de 17 años que refiere febrícula y odinofagia desde hace cuatro días, con empeoramiento del estado

general y fiebre de 39.5° en las últimas 24 horas, motivo por el que consulta. Tras la valoración inicial se sospecha mononucleosis infecciosa y se solicita analítica para confirmarlo, realizando el paciente tratamiento sintomático. Se recibe test de Paul-Bunnell negativo y hemograma sin alteraciones. El paciente sigue con fiebre alta, adenopatías laterocervicales muy dolorosas, odinofagia y amígdalas hipertróficas e hiperémicas recubiertas de exudado, se sospecha amigdalitis estreptocócica y se inicia tratamiento con bencetzyll 6-3-3 im y clindamicina 300 1/8 horas. Se reevalúa en consulta y sigue con fiebre alta, adenopatías laterocervicales y en la palpación abdominal dolor intenso en epigastrio e hipocondrio derecho. Se realiza nueva analítica: test de Paul-Bunnell positivo, linfomonocitosis atípica, hipertransaminasemia GPT 438. GOT 300. Se suspende clindamicina, y a los dos días presenta odinofagia intensa, disfagia y persistencia de fiebre, se deriva a urgencias. Le pautan tratamiento con corticoides iv y después vía oral en pauta descendente, en unos días desapareció la fiebre, pero la astenia persistió meses.

Exploración y pruebas complementarias: Pirético 39o. Saturación 98%. FC 107. Consciente y colaborador. No taquipnea, ni cianosis, tolera bien decúbito. No bocio. No ingurgitación yugular. No rigidez de nuca. Adenopatías laterocervicales y submandibulares muy dolorosas. Faringoamigdalitis intensa con exudados. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado. Auscultación cardíaca: ruidos cardíacos regulares, no soplos ni extratonos. Abdomen: blando, depresible, doloroso en epigastrio y ambos hipocondrios con posible borde hepático a 2 cm y esplénico a 4 cm. Ruidos hidroaéreos normales. Puño percusión renal bilateral negativa. Leucocitos 18.480 con linfocitos activados. LDH 1152. GPT 364. GOT 191. Fosfatasa alcalina 341. Serología VEB IgM positiva, CMV Ig G e Ig M negativos. Radiografía abdomen: luminograma aéreo inespecífico.

Juicio clínico: Mononucleosis infecciosa por virus de Epstein-Barr, con amigdalitis secundaria intensa.

Diagnóstico diferencial: Citomegalovirus (adenopatías y faringitis menos marcada). Toxoplasmosis (fiebre y adenopatías, pero no afecta a faringe ni a pruebas hepáticas). Primoinfección por VIH. Rubeola. Hepatitis viral A y B (también pueden cursar con linfomonocitosis leves y adenomegalias). Por reacciones toxoalérgicas medicamentosas (difenilhidantoína).

Comentario final: La mononucleosis infecciosa tiene un periodo de incubación de 30-50 días, con un periodo prodrómico de 7 a 15 días con síntomas inespecíficos cefalea, mialgia y astenia, seguida del periodo de estado con fiebre alta, adenopatías y faringitis. Las pruebas de diagnóstico pueden ser negativas hasta la 2-3 semanas de enfermedad clínica. Por ello atención primaria, permite valorar la continuidad del proceso para poder intervenir en su diagnóstico y resolución.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cohen JI. Infecciones por virus de Epstein-Barr. En: Harrison Principios de Medicina Interna, 14ª ed. Madrid: Mc Graw Hill Interamericana; 1998:1247-50.
2. Aguado García JM, Rodríguez Otero JJ. Infecciones por el virus de Epstein-Barr: mononucleosis infecciosa. En Medicina Interna. Farreras P, Rozman C eds. Barcelona: Mosby-Doyma, 1995.

10/521. DE UNA BACTERIURIA ASINTOMÁTICA A UNA NEFROLITIASIS POTENCIALMENTE GRAVE

G. Escribano Romo, E. Gil Higes, R. Rubiato Aragón, J. Molina Ramos, E. Avalos Galán y M. Medina Sampedro

CS Villaviciosa de Odón. Villaviciosa de Odón. Madrid.

Descripción del caso: Mujer de 43 años sin antecedentes personales de interés. Se realiza analítica por presentar sofocos y baches amenorreicos desde hace 1 año. Le realizaron en ginecología la

última analítica, cuando comenzó con la sintomatología. Nos informa verbalmente la paciente que fue normal y no recuerda si le solicitaron orina. Se solicita analítica que incluye hemograma + bioquímica básica + perfil hepático + perfil lipídico + función tiroidea + función ovárica + orina sedimento y anormales. Los resultados obtenidos estaban dentro de parámetros normales a excepción de la orina. Se halló bacteriuria y cristales de estruvita. La paciente no presentaba ninguna sintomatología urinaria y negaba antecedentes de ITU (infección del tracto urinario) o CRU (crisis renoureteral).

Exploración y pruebas complementarias: La exploración física fue anodina, incluida puño percusión renal bilateral. Se solicitó urocultivo y rx simple de abdomen. Se justifica la realización de pruebas complementarias a pesar de tratarse de una bacteriuria asintomática en una mujer sana, no embarazada, por la asociación de cálculos de estruvita con presencia de bacterias productoras de ureasa, frecuentemente *Proteus* spp. El resultado del cultivo, efectivamente, mostró la presencia de *Proteus mirabilis* > 100.000 UFC/ml. Y la rx objetivó una imagen radiopaca, coraliforme, que ocupaba en su totalidad la pelvis renal del riñón izquierdo. La paciente fue derivada a urología donde solicitaron IUV (urografía intravenosa) presentando ambos riñones una función normal.

Juicio clínico: Nefrolitiasis por cálculo de estruvita. ITU por *P. mirabilis*.

Diagnóstico diferencial: Bacteriuria asintomática. ITU. Se define la bacteriuria asintomática como la bacteriuria significativa (> 100.000 UFC) que afecta a pacientes asintomáticos. Esta situación tiene interés en niños, embarazadas y en diabéticos. Se define como ITU la presencia de microorganismos en el tracto urinario¹. En cuanto al diagnóstico del germen causante se realizará mediante urocultivo. *E. coli* es el agente patógeno más frecuente (85%) seguido por *Staphylococcus saprophyticus*, *Proteus mirabilis* y *Klebsiella*. Respecto al diagnóstico diferencial en la nefrolitiasis, determinación de su composición, se realiza mediante análisis mineralógico. En ocasiones nos da el diagnóstico la presencia de cristales en el sedimento urinario. Pueden ser de oxalato cálcico (los más frecuentes), estruvita (10-20%), ácido úrico, cistina o por fármacos¹.

Comentario final: En la bacteriuria asintomática se aconseja sólo tratar a niños, mujeres embarazadas, previo a la manipulación de la vía urinaria (cistoscopia), trasplantados renales, inmunodeprimidos y eventualmente en infecciones por *Proteus* spp (riesgo de formación de cálculos de estruvita). La realización de ecografía o rx simple de abdomen estaría indicada en los varones, mujeres con ITU recidivante o sospecha de patología urológica concomitante, como es el caso de la infección por *proteus* spp² o el hallazgo de cristales de estruvita que se forman por la presencia de bacterias formadoras de ureasa, como es el *proteus*.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martín Zurro A. Cano Pérez J. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica, 5 ed. Madrid: Elsevier, 2003.
2. Unidad de Enfermedades Infecciosas, Servicio de Urología y Hospitalización Domiciliaria del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Guía clínica de infecciones urinarias. Abril 2006. Disponible en: URL: http://www.humv.es/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=66&Itemid=27

10/530. ARTERITIS DE LA TEMPORAL. UN CASO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

S. González Amaya^a, J. Ocaña Rodríguez^a, M. Ruiz Peña^b, M. Beardo Alonso^a, J. Piñero Alonso^a y A. Alvarado Tato^c

^aCS Algeciras Norte, Algeciras. Cádiz; ^bCS Los Barrios. Cádiz; ^cCS Bellavista. Sevilla.

Descripción del caso: Paciente de 72 años con antecedentes personales de HTA y hernia de hiato, en tratamiento con valsartán

y omeprazol. Consulta por cuadro de astenia generalizada y poliartalgias mal definidas de 1 mes de evolución, posteriormente refiere febrícula mantenida documentada, por lo que se decide comenzar estudio. Finalmente comienza con cefalea global focalizándose a nivel periorbitario, así como deterioro del estado general.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración, el único dato destacable, fue la hipersensibilidad del cuero cabelludo, con engrosamiento de los vasos sanguíneos frontales. Sin signos inflamatorios articulares. La analítica rutinaria, muestra aumento de las reactantes de fase aguda (VSG 114, PCR 12,2, ferritina 158). Proteinograma con elevación de alfa globulinas. Anemia (Hb 10,3) normocítica, con discreta hipocromía y anisocitosis), ferritina elevada, pero sideremia e índice de saturación descendidos (16, 3,9%), glucemia en cifras de GBA (117) con HbA1c 5,4%. Resto de bioquímica normal. Sangre oculta en heces negativa en 3 muestras. Rx tórax normal. Rx columna dorso-lumbar: signos indirectos de osteopenia. Densitometría T Score talón -2,7.

Juicio clínico: Sospecha clínica, en Atención primaria, de arteritis de la arteria temporal con polimialgia reumática asociada.

Diagnóstico diferencial: Las principales posibilidades diagnósticas, fueron, en principio: -Neoplasia oculta, principalmente digestiva (se derivó para estudio por Digestivo). -Mieloma múltiple (descartándose con el proteinograma).

Comentario final: Se derivó a segundo nivel para completar estudio y confirmar diagnóstico, dado el empeoramiento del estado general, con predominio de la cefalea, con incluso episodios de claudicación mandibular. Fue ingresada en hospital, donde se le realizó biopsia de la arteria temporal, confirmando el diagnóstico y comenzó con tratamiento esteroideo, con baja respuesta y posteriormente con leflunomida añadida a éstos, consiguiendo remisión clínica. Debutó con diabetes secundaria a esteroides, por lo que se decidió insulinar y se le prescribió un bifosfonato para evitar complicaciones osteoporóticas. La arteritis de la temporal es una patología que puede ser diagnóstica de presunción desde Atención Primaria, atendiendo fundamentalmente a la clínica y a las pruebas de laboratorio básicas en nuestro medio. Aunque precisa de una confirmación mediante biopsia, por lo que necesitaríamos apoyarnos en un segundo nivel, sería recomendable que se realizara con una buena orientación diagnóstica, para disminuir el tiempo y exploraciones innecesarias. Ante la sospecha clínica, podríamos comenzar tratamiento esteroideo y valorar respuesta, incluso antes de la confirmación diagnóstica. El seguimiento, tanto clínico, como analítico, también podría hacerse, de forma compartida, entre Reumatología y Atención Primaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Font J, Cervera R, Ramos-Casals M. Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades autoinmunes sistémicas.
2. Schumacher RH, Klippel JH. Primer on the Rheumatic Diseases.
3. Salvarani C, Cantini F, Boiardi L, Hunder GG. Polymyalgia rheumatica and giant-cell arteritis. *N Engl J Med.* 2002;347:261-71.

10/563. SÍNDROME DE BRUGADA

M. Atallah González, A. González Gago y G. Rodríguez Andrés

CS de Astorga. León.

Descripción del caso: Mujer de 54 años que acudió al servicio de urgencias del Centro de Salud de Astorga por un cuadro de epigastalgia acompañada de náuseas y diarrea de unas horas de evolución. AP: Dislipemia en tratamiento dietético. AF: padre fallecido a los 40 años de muerte súbita.

Exploración y pruebas complementarias: TA 100/60. Afebril 60 lpm. La exploración física es estrictamente normal. Electrocardiograma (ECG): elevación del ST convexo de 1mm en V1-V2 y J de más de 2 mm por lo que se remite al Hospital de León. Valoración Urgencias: Analítica: normal incluidas troponina y ckMB. ECG: Rit-

mo sinusal con bloqueo incompleto de rama derecha y con morfología en silla de montar. Ingresan a la paciente para estudio electrofisiológico de arritmias ventriculares como estratificación de riesgo de muerte súbita. Hormonas tiroideas normales. Ecocardiografía: válvula mitral con insuficiencia trivalva, insuficiencia tricúspide muy ligera. Resto del estudio normal. Estudio electrofisiológico de inducción de arritmias ventriculares: negativo.

Juicio clínico: Viriasis gastrointestinal que ha desenmascarado un síndrome de Brugada. El ECG realizado en el Centro de Salud presenta un patrón típico de síndrome de Brugada tipo1 mientras que el ECG realizado en el Hospital corresponde al tipo 2.

Diagnóstico diferencial: Viriasis gastrointestinal que ha desenmascarado un síndrome de Brugada. El ECG realizado en el Centro de Salud presenta un patrón típico de síndrome de Brugada tipo1 mientras que el ECG realizado en el Hospital corresponde al tipo 2.

Comentario final: El diagnóstico del síndrome de Brugada se caracteriza por la presencia en el ECG de bloqueo de rama derecha y elevación del segmento ST en las derivaciones precordiales derechas, ausencia de enfermedad cardíaca estructural, historia familiar de muerte súbita (< 45 años) y episodios de síncope o muerte súbita secundarias a crisis de taquicardia ventricular polimórfica rápida o de fibrilación ventricular. Es una enfermedad genética debida a mutaciones en los canales de sodio (SCN5A) codificados en el cromosoma 3. Existen 3 tipos de patrón electrocardiográfico típico en el síndrome de Brugada, el 1 y 2 ya fueron descritos anteriormente, el tipo 3 muestra una elevación del segmento ST < 0,1 mV en silla de montar o convexo. Dado que la mortalidad a los dos años puede llegar al 26%, es importante estratificar el riesgo de muerte súbita ya que el único tratamiento eficaz es la implantación de un desfibrilador automático. Los pacientes sintomáticos, con historia positiva e inducción de taquicardia ventricular polimórfica o fibrilación ventricular son los de peor pronóstico. La fiebre puede desencadenar un episodio de arritmias malignas por lo que ante un cuadro febril > 38o debe de remitirse el paciente al hospital, así como en el caso de síncope, mareo o palpitaciones. Se recomienda estudiar a los familiares de primer grado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Daga B, et al. Electrocardiographic findings typical of Brugada syndrome unmasked by cocaine consumption. *Rev Esp Cardiol.* 2005;58(11):1355-7.
2. Wilde A, et al. Proposed diagnostic criteria for the Brugada syndrome: consensus report. *Circulation.* 2002;106 (19):2514-9.
3. Dizon JM, Nazif TM. Brugada syndrome, *emedicine*, April 2010.

10/564. AMNESIA DISOCIATIVA

C. Hernando Román, M. Atallah González y M. Panizo González

CS de Astorga. León.

Descripción del caso: Acude al servicio de urgencias del centro de Salud una mujer de 22 años acompañada de su novio quien refiere haberla encontrado inconsciente en el salón de casa sin relajación de esfínteres, recuperándose espontáneamente, persiste una pérdida de memoria. Previamente había tenido una conversación telefónica con su madre. Niega consumo de tóxicos ni ideas autolíticas. Antecedentes personales: hipotiroidismo y trastorno bipolar en tratamiento con quetiapina 100 mg 0-0-1, clonazepam 0,5 1-0-1, carbonato de litio 400, paliperidona 3 mg 1-0-1 y levotiroxina sódica 50 mg. Refiere la toma de 1 cp de quetiapina a las 9h según pauta de su psiquiatra si situación estresante.

Exploración y pruebas complementarias: Paciente consciente, desorientada, con amnesia global en recuperación. TA 110/60, FC 78 lpm, glucemia 84 mg/dl Sat O₂ 97% No focalidad neurológica. Resto de la exploración física normal. ECG: RS 62 lpm, PR 0,16, sin alteraciones de la repolarización. Se remite al Hospital de León para valoración psiquiátrica. Analítica urgencias: GPT 31, GOT 53,

Litemia: 1,15 (0,8-1,2); Orina: leucocitos 500, pH 8, eritrocitos 20; sedimento 15-20 leucocitos/campo; Tóxicos: cannabinoides +.

Juicio clínico: Amnesia disociativa e infección tracto urinario.

Diagnóstico diferencial: Debe realizarse diagnóstico diferencial con un intento autolítico, yatrogenia por litemia excesiva, consumo de tóxicos, simulación, amnesia disociativa, síncope de origen neurológico (foco epiléptico temporal) o cardiológico.

Comentario final: La paciente había presentado un episodio de características similares a los 13 años con TAC craneal y electroencefalograma normales. Tratada desde entonces por psiquiatría por inestabilidad emocional con descontrol de impulsos, ansiedad, intentos autolíticos, reacciones depresivas y pérdida de conciencia de tipo evitativo. Es diagnosticada de trastorno de la personalidad límite con descompensaciones autoreferenciales y riesgo de depresión mayor. Su ambiente familiar es totalmente inestable, padres separados, padre alcohólico actualmente fallecido y madre politoxicómana viva. Ha sido diagnosticada posteriormente de depresión mayor precisando múltiples tratamientos, antidepresivos y antipsicóticos, y desde hace 1 año de enfermedad bipolar al presentar un cuadro de euforia que se interpretó como un episodio maniaco. Además la paciente ha presentado múltiples trastornos somatomorfes (cefaleas y vértigos de repetición). La amnesia disociativa se caracteriza por un episodio de pérdida de memoria parcial o global como consecuencia de un trauma psicológico o emocional reciente (experiencias o visión de experiencias traumáticas o graves conflictos internos). Una atmósfera de apoyo puede ser suficiente para la resolución gradual y espontánea de un episodio de amnesia disociativa. Una vez recuperada la memoria se aconseja psicoterapia para ayudar a la persona a comprender el trauma o los conflictos que causaron la situación y a encontrar los medios para resolverla.

BIBLIOGRAFÍA

- Butler LD. Disociación Normativa. En: Trastornos Disociativos, una ventana abierta a la psicobiología de la mente. Richard Chefetz, ed. Masson, 2006.
- Van der Hart. Somatoform Dissociation in Traumatized World War I Combat Soldiers: A Neglected Clinical Heritage? *Journal of Trauma & Dissociation*. 2000;1:33-67.
- Mirapeix C. Desarrollo del Self, múltiples estados mentales de evaluación desde la psicoterapia cognitivo analítica. APRA, 2008.

10/600. PICADURAS PARECEN, VARICELA ES

E. Montalvillo Delgado^a, A. Pérez Llerandi^b, M. Rodríguez Porres^c y T. Saiz Careaga^c

^aCS Dr Lopez Albo. Colindres. Cantabria; ^bCS Zurbarán. Bilbao. Vizcaya; ^cCS Liébana. Potes. Cantabria.

Descripción del caso: Niña de 11 meses (cumplió los 12 durante el proceso), valorada por el médico de familia del servicio de urgencias por unas lesiones papulosas con importante reacción inflamatoria local, podría pensarse que eran pruriginosas porque la niña las tocaba continuamente. Aparecieron de repente el primer día de vacaciones en el mes de julio en una zona donde abundan los mosquitos, la madre presentaba también algunas lesiones típicas por picadura de insecto. La niña estuvo afebril durante todo el proceso. No había constancia de ningún caso de varicela entre los contactos próximos ni en el parque de juegos; al tercer día un familiar informó a la familia de que en su entorno había varios casos de varicela. Durante los 3 primeros días fue valorada cada día por el mismo médico de familia. Antecedentes personales: embarazo normal, parto por cesárea en la semana 38. Lactancia materna exclusiva hasta los 12 meses y desde los 6 alimentación complementaria. Calendario vacunal correspondiente a su edad, se había decidido no vacunar de la varicela. No patologías previas, salvo algún episodio ocasional de fiebre. Madre con Ac antivariela.

Exploración y pruebas complementarias: Sólo es reseñable las lesiones en piel, el resto fue completamente normal. 1er día: 3 lesiones papulosas con inflamación local y tumefactas a la palpación, 1 en antebrazo y 2 en la cara, que por su aspecto parecían picaduras de insecto. 2º día: Aparecen 2 nuevas lesiones iguales a las anteriores, 1 en la cara y 1 en antebrazo derecho. Las 3 iniciales mantienen la reacción inflamatoria y en el centro aparece una vesícula ovalada de aproximadamente 3 mm de diámetro mayor. 3er día: en las primeras lesiones prácticamente ha desaparecido la inflamación, la vesícula empieza a transformarse en costra, brotan nuevas lesiones en un número muy superior a los días previos, algunas de ellas con menor reacción inflamatoria. Hasta el 10º día estuvieron apareciendo nuevas pápulas, cada vez con menor inflamación local. Únicamente afectó a zonas expuestas: cara, pabellones auriculares, zona retroauricular, EESS, piernas. No precisó valoración en pediatría, ni pruebas complementarias. El único tratamiento fue Ibuprofeno hasta que disminuyó la reacción inflamatoria perilesional, salvo los 2 primeros días que se usó un corticoide tópico en las lesiones.

Juicio clínico: Varicela

Diagnóstico diferencial: Exantemas vesiculosos: primoinfección por herpes simple, molluscum contagiosum, impétigo, urticaria papulosa, Acropustulosis infantil. Picaduras de insecto. Las lesiones de la varicela son muy típicas y fácilmente identificables, pero en este caso hasta el 3er día se pensó en picaduras de insecto dado el número de lesiones, las características de las mismas, su aparición por la mañana y sólo en zonas expuestas coincidiendo con la presencia de mosquitos durante la noche.

Comentario final: La varicela sigue siendo una enfermedad infecciosa con alta incidencia, sobre todo en niños en los que el cuadro es más leve que en adultos, y es un motivo importante de absentismo escolar fundamentalmente en edades tempranas. Se ven casos de varicela en épocas de epidemia incluso en niños vacunados. La vacuna está indicada en mayores de 1 año cumpliendo una serie de requisitos. El aciclovir se utiliza en el tratamiento de pacientes de alto riesgo.

BIBLIOGRAFÍA

- Cruz Hernández M. Tratado de pediatría, 7ª ed. Barcelona: Espax S.A. 1994:467-72.
- Cruz Hernández M. Manual de pediatría. Madrid: Ergon, 2003: 203-5.
- del Pozo Machuca J. Tratado de pediatría extrahospitalaria. SEPEAP. P.E. Libros y revistas BJ 2001: 487-91, 742-5.
- Schwartz MW. Los 5 minutos clave en la consulta del pediatra. Buenos Aires 2006:872-3.
- Zubizarreta Alberdi R. Guía Clínica de Varicela. 2010. Disponible en: <http://www.fisterra.com/fisterra/guias.asp?idGuia=154&Guia=Varicela>

10/622. ÚLCERAS ORALES EN PACIENTE HIPERTENSA

R. Rubiato Aragón, E. Ávalos Galán, M. Medina Sampedro, E. Gil Higes, J. Molina Ramos y G. Escribano Romo

CS Villaviciosa de Odón. Madrid.

Descripción del caso: Mujer HTA de 73 años en tratamiento con IECA, consulta por lesiones ulcerativas cubiertas por una membrana blanquecina, dolorosas, en cavidad oral que se rompen fácilmente, dificultan la alimentación y le producen halitosis. La paciente, no lo relaciona con ninguna causa, se inicia tratamiento con antimicóticos tópicos sin mejoría clínica. En una segunda visita, al persistir las lesiones se indica la aplicación de enjuagues de solución de acetato de triamcinolona al 0,1% con mejoría. Acude 4 semanas después por la aparición de nuevas lesiones en la boca y úlceras en región submamaria y cuero cabelludo, Se remite al servicio de dermatología para completar estudio

Exploración y pruebas complementarias: La exploración física destaca lesiones ulcerosas en la mucosa oral y lesiones ulcero-crostradas en región submamaria y cuero cabelludo, desprendiéndose fácilmente la piel con el roce. Se indicó exámenes de laboratorio que incluyeron hemograma, bioquímica, VDRL y VIH, siendo negativos. Se practicó una biopsia parcial de una lesión del labio, en la que se observó signo de Nikolsky positivo en la toma de la muestra y características anatomopatológicas de acantolisis suprabasal compatible con pénfigo vulgar. Unos días después la paciente presenta exacerbación de las lesiones con importante deterioro del estado general, motivo por lo que fue hospitalizada por lesiones ampollosas generalizadas en tórax, extremidades y cuero cabelludo. Se tomaron nuevas biopsias de las lesiones y un estudio de inmunofluorescencia, en el que se observó depósito de anticuerpos de IgG en las uniones intercelulares. Se ingresó en la unidad de grandes quemados, con permanencia en UCI por sobreinfección bacteriana por *Klebsiella pneumoniae* 2º a catéter venoso y candiduria. La paciente precisó tratamiento antibiótico, corticoides a dosis de 180 mg/día, inmunosupresores y reposición hidroelectrolítica.

Juicio clínico: Pénfigo vulgar reactivado por la toma de IECA +sepsis por *Klebsiella pneumoniae*.

Diagnóstico diferencial: El pénfigo vulgar comienza con lesiones inespecíficas, dolorosas, pasando meses hasta su diagnóstico. En el 60-80% de casos se inicia en la mucosa oral. La lesión elemental son ampollas, de distinto tamaño y evolución, que se rompen fácilmente, dejando erosiones cubiertas por una pseudomembrana. Curan sin dejar cicatriz. Las lesiones cutáneas pueden aparecer meses o años después de las lesiones orales, localizadas en cualquier parte del cuerpo, pero más frecuentes en cuero cabelludo, cara y parte superior del tronco. Así, el diagnóstico diferencial se realiza con el síndrome de Stevens-Johnson, liquen plano erosivo, gingivostomatitis herpética, epidermolisis bullosa, estomatitis aftosa recurrente, candidiasis, síndrome de Behçet, pénfigoide de las mucosas y enfermedad lineal de la IgA.

Comentario final: El pénfigo vulgar es una rara enfermedad autoinmune, que afecta a piel y mucosas, de etiología desconocida, pero puede ser activada por fármacos como los IECA. Aparece entre los 40-60 años, independientemente del sexo. Son lesiones inespecíficas, pero es importante su conocimiento porque los pacientes mejoran mucho su pronóstico con un diagnóstico y tratamiento correctos. Es un proceso crónico, sin tratamiento puede llegar a ser mortal, y su causa generalmente es la infección generalizada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Baroni A, Lanza A, Cirillo N, Brunetti G, Roucco V. Vesicular and Bullous Disorders: Pemphigus. *Dermatol Clin.* 2007;25(4):597-603.
2. Mimouni D, Anhalt GJ. Pemphigus. *Dermatologic therapy.* 2002; 15:362-8.
3. Hernández G, Arriba de la Fuente L, Lucas M. Enfermedades ampollosas de la mucosa bucal, características diferenciales clínicas, histológicas e inmunológicas. *Med Oral.* 1999;4:528-51.

10/635. Y AL DESPEDIRSE... ¡AÚN HAY MÁS!

G. Marcos Aldea, J. Vilà Moneny, R. Andreu Alcover, A. Fabra Noguera, V. Sabaté Cintas y M. Baré Mañas

CAP Creu Alta. Sabadell.

Descripción del caso: Paciente de 68 años, sin antecedentes personales de interés. Acude a nuestra consulta por cuadro catarral y otras consultas banales, al despedirse y ya en la puerta de salida comenta que además, des de hace tiempo siente disconfort abdominal y cambio en el ritmo deposicional pero no le ha dado importancia. Al volver a entrar en la consulta y explorar al paciente se palpa en abdomen una masa dolorosa en hipocondrio izquierdo.

Exploración y pruebas complementarias: En la exploración física destaca una masa abdominal en hipocondrio izquierdo, dolorosa que junto con la anamnesis nos orienta a solicitar una prueba de imagen como el TAC abdominal, una semana después el resultado del TAC demuestra a nivel de la porción distal del colon izquierdo/sigma una masa de 7,5 cm. Intervenido al cabo de 15 días y con informe de anatomía patológica de adenocarcinoma de colon. Posteriormente hizo tratamiento con quimioterapia y actualmente está libre de enfermedad y sigue controles en oncología de nuestro centro hospitalario de referencia.

Juicio clínico: Adenocarcinoma de colon.

Diagnóstico diferencial: Tenemos múltiples causas de dolor abdominal: 1. Intraabdominales: gastroenteritis, perforación de vísceras huecas, peritonitis, dolor secundario a procesos inflamatorios localizados, úlcera péptica, apendicitis, diverticulitis, colecistitis, pancreatitis, abscesos, obstrucción/pseudo obstrucción intestinal, aneurisma aórtico, isquemia, torsión, tumores. Más toda la patología ginecológica, que en este caso se descartaría. 2. Extraabdominales: torácicos (neumonía, embolia, neumotórax, IAM), neurogénicos (sobre todo radiculares). 3. Metabólicas: cetoacidosis diabética, uremia, porfiria, insuficiencia suprarrenal. 4. Otras causas: colagenosis, púrpura Schönlein-Henoch, anemia hemolítica, intoxicaciones por fármacos.

Comentario final: Nuestro paciente no acudía a nosotros por clínica digestiva, sino por clínica banal y no fue hasta el final de la visita que expuso los síntomas que dispararon nuestra alerta. Es muy importante escuchar a nuestros pacientes y explorarlos ya que entre toda la patología banal de nuestra consulta del día a día siempre hay un caso que depende de nuestra capacidad para detectarlo y que como en esta ocasión gracias a la rápida actuación de todos los involucrados ha tenido un final feliz. Hemos de estar alerta porque cada día, entre toda la patología restante puede estar el caso que no se nos puede escapar y que demuestra que somos buenos médicos y estamos orgullosos de nuestro trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Harrison. Principios de Medicina Interna, 15ª ed. Madrid. McGraw-Hill- Interamericana de España, S.A.U., 2002.

10/639. DOCTORA, LAS PIERNAS NO ME DEJAN DORMIR

B. Sánchez Hernández^a, S. Clemes Matamoros^b, D. Pérez Feito^b, S. Alonso Martínez^a, A. Sánchez Martínez^a y J. Ayensa Calvo^a

^aHospital Reina Sofía. Tudela; ^bCS Tudela Este. Tudela. Navarra.

Descripción del caso: Mujer de 58 años, con antecedentes de hipertensión arterial, hipercolesterolemia e hiperuricemia, que acude a la consulta refiriendo que desde hace unas semanas, le es imposible conciliar el correcto descanso nocturno porque "las piernas no me dejan". Explica que al acostarse nota como "una quemazón" y tirantez a nivel de la pantorrilla que le obliga a mover constantemente las extremidades inferiores y levantarse para encontrar alivio. Comenta mejoría durante el día y con la movilización.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración de extremidades inferiores no se encuentran signos patológicos cutáneos externos. Realización de exploración neurológica sin hallazgos. Se solicitan pruebas analíticas, objetivando anemia ferropénica e hipocalcemia.

Juicio clínico: El diagnóstico de síndrome de piernas inquietas, es clínico, llegando a él por la anamnesis y una exploración física normal. Hay que realizar la anamnesis dirigida a diagnóstico diferencial, causas secundarias o factores que la agravan (como son el déficit de hierro, calcio, magnesio o potasio). Se inicia tratamiento con antiparkinsoniano que estimula los receptores dopaminérgicos mejorando la sintomatología de la paciente.

Diagnóstico diferencial: El diagnóstico diferencial lo realizamos con neuropatía periférica; venas varicosas; piernas dolorosas por

artritis u otras causas; acatisia inducida por neurolépticos (aunque ésta es generalizada y no afecta sólo a las piernas), claudicación intermitente o disconfort posicional.

Comentario final: El síndrome de piernas inquietas es una enfermedad del sistema neurológico relacionada con la actividad de la dopamina que se caracteriza por sensaciones desagradables/dolorosas de las piernas provocando necesidad de moverlas para encontrar alivio. Es una enfermedad de larga duración y sin curación (aunque sí mejoría de los síntomas). Debemos explicar al paciente que no es una enfermedad grave ni maligna pero sin tratamiento puede afectar a su calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Earley CJ. Restless legs syndrome. *NEJM* 2003;348:2103-9.
2. Iglesias M, Cortés X. Síndrome de las piernas inquietas. *FMC* 2002;9(10):730-4.
3. Hening W, Allen R, Earley C. The treatment of restless legs syndrome and periodic limb movement disorder: an American Academy of Sleep Medicine Review. *Sleep*. 1999;22:970-99.

10/650. USO DE CITALIPRAM EN LA DESHABITUACIÓN TABÁQUICA

A. Altés Boronat^a, S. Sitjar Martínez de Sas^b, D. Cararach Salami^b, M. Calvo Rosa^a, C. Casals Beistegui^a y M. Amorós Brotons^a

^aCS Sants. Barcelona; ^bCS Les Corts. Barcelona.

Descripción del caso: Mujer de 50 años de edad, sin antecedentes de interés, que consulta a la unidad de tabaquismo del centro de salud para "deshabitación de Champix". Se trata de una paciente fumadora desde los 18 años de edad, con un índice de tabaquismo de 30 paquetes/año. Sin intentos previos de abstinencia, la paciente inicio la toma de vareniciclina por propia iniciativa hacia ocho meses. A los dos meses del inicio, con buena tolerancia al fármaco y con escaso síndrome de abstinencia, intentó su retirada, apareciendo una ansiedad y deseo de fumar intensos que provocaron la recaída. Al poco tiempo reinició vareniciclina, con supresión completa de la ansiedad y el deseo de consumo mientras toma la medicación; pero con gran ansiedad cada vez que intenta su supresión. Acude a consulta después de cinco meses de consumo de vareniciclina.

Exploración y pruebas complementarias: Se procedió a evaluar las tres dificultades del abandono tabáquico. La primera, el síndrome de abstinencia físico, no había supuesto un problema, ya que desde el principio del consumo de vareniciclina éste había sido mínimo. La segunda, el componente situacional según el hábito de consumo individual, tampoco era una dificultad, ya que consumiendo vareniciclina no había situaciones concretas que generaran especial deseo del consumo de nicotina. La tercera, el mantenimiento a largo plazo, era, por tanto el problema. Se trataba de una paciente altamente motivada, que superaba fácilmente el periodo inicial de deshabituación con vareniciclina, apoyada por su entorno sociofamiliar, sin exceso de autoconfianza; pero con extrema dificultad a la abstinencia tabáquica, sin vareniciclina, debido a un gran componente ansioso con elevada relación con el ambiente laboral (donde nadie era fumador).

Juicio clínico: Se orientó el cuadro desde el punto de vista de la ansiedad. Se trataba de una paciente con un componente obsesivo importante (tendencia al perfeccionismo, autoexigencia...), sobre todo en el contexto laboral (la paciente era ayudante en una clínica odontológica). Explorando la situación que generaba mayor ansiedad, ésta siempre se relacionaba en los momentos de mayor estrés laboral. Reinterrogando la paciente, antes del intento de abandono tabáquico, también tenía esta tendencia obsesiva, que, con palabras de la paciente, "controlaba fumando". Se trata pues, de una paciente con un componente obsesivo importante, que "autotrataba" fumando como un fenómeno pseudocompulsivo (y que también controlaba con vareniciclina); pero que se magnificaba con su supresión, impidiendo la abstinencia a largo plazo.

Diagnóstico diferencial: Síndrome de abstinencia a la nicotina. Personalidad ansiosa-obsesiva, con componente compulsivo hacia el tabaquismo. T.O.C.

Comentario final: Se procedió, para controlar la ansiedad y obesidad, a iniciar tratamiento con citalopram 20 mg/día, los primeros quince días en combinación con vareniciclina. La paciente no presentó problemas al retirar vareniciclina, y disminuyó notablemente la ansiedad y el pensamiento obsesivo, especialmente evidentes a los 2-3 meses de tratamiento. Se mantuvo el tratamiento con ISRS durante 9 meses más, con buena tolerancia y sin problemas de retirada. Actualmente sigue abstinentes y sin problemas de ansiedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guía de abordaje del tabaquismo de la SEMFyC.
2. DSM-IV.

10/678. ENFERMEDAD DE PAGET Y CARCINOMA MULTICÉNTRICO DE MAMA

A. López Herranz^a, G. González Sanz^b, M. Herrero López^b, S. Saudi Moro^b, C. Gracia Roche^b y S. Paterna López^b

^aCS Los Ángeles. Madrid; ^bHospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Descripción del caso: Mujer de 76 años de edad con antecedentes familiares de Ca. de Mama en una prima hermana, 2 tías y 1 tío por parte materna y antecedentes personales de HTA, Sd depresivo y trombocitemia esencial en tratamiento con hidroxiurea, que acude a consulta refiriendo que lleva una temporada más nerviosa y que se pellizca el pezón.

Exploración y pruebas complementarias: Lesión eritematosa y descamativa en pezón de mama derecha de unos 2,5 cm de diámetro. No adenopatías en territorio axilar ni supraclavicular, ni nódulos palpables en ambas mamas. Auscultación cardiopulmonar normal. Radiografía de tórax y eco abdominal normal. Ecocardi: Disfunción diastólica leve. Insuficiencia mitral leve. Analítica normal salvo plaquetas de 630.000. Biopsia de areola derecha: Piel con enfermedad de Paget. Mamografía: Microcalcificaciones dismórficas segmentarias en unión de cuadrantes internos de mama derecha y microcalcificaciones similares en cuadrante superoexterno. Bi-rads 4. A descartar Ca multicéntrico. Gammagrafía ósea normal.

Juicio clínico: Sospecha de Ca. Multicéntrico de mama derecha con biopsia intraoperatoria positiva, efectuándose mastectomía radical modificada, tipo Patey. Diagnóstico anatomopatológico: Ca. Ductal infiltrante grado 2 + Ca. intraductal grado 3 con focos de necrosis y calcificación + enfermedad de Paget del pezón. Un ganglio linfático axilar sin evidencia de infiltración tumoral. Dos ganglios sin infiltración tumoral. Receptores hormonales negativos. Herceptest grado 3 (positivo).

Diagnóstico diferencial: Dermatitis crónica eccematosa, adenomatosis erosiva del pezón.

Comentario final: La enfermedad de Paget es una neoplasia que representa menos del 1% de los ca. mamarios. La edad de presentación es a partir de la 4ª década de la vida, preferentemente en la post-menopausia. Suele ser una lesión unilateral que afecta al pezón solamente, o acompañada, con menos frecuencia, de una Ca ductal adyacente. En el caso expuesto llama la atención la triple asociación de una Ca ductal infiltrante con una Ca intraductal y la enfermedad de Paget.

BIBLIOGRAFÍA

1. Curto OC, De Lauro JA, Morassut HJ. Carcinoma Mamario de Paget con seguimiento a más de 10 años. *Rev Argent Cirug.* 2008;94(5-6):214-20.
2. Sakorafas GH, Blanchard K, Sarr MG, Farley DR. Paget's disease of the breast. *Cancer Treat Rev.* 2001;27:9-18.
3. Ikda DM, Helvie MA, et al. Paget's disease of the nipple. Radiologic-pathologic correlation. *Radiology.* 1993;189:98-194.

10/679. TIÑA INCÓGNITO

A. López Herranz^a, G. González Sanz^b, S. Saudí Moro^b, S. Paterna López^b, C. Gracia Roche^b y M. Herrero López^b

^aCS Los Ángeles. Madrid; ^bHospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Descripción del caso: Mujer de 64 años de edad con antecedentes de carcinoma intraductal de mama en tratamiento con tamoxifeno, adenocarcinoma colorrectal y coledocistitis, que acude a consulta por presentar lesión anular en antebrazo derecho de 2 semanas de evolución, levemente pruriginosa y de crecimiento progresivo tras rascado de una pústula.

Exploración y pruebas complementarias: Placa de crecimiento anular, eritemato-violácea de 3 cm de diámetro en antebrazo derecho, con zona central más clara, pústulas en la zona periférica y signos de sobreinfección bacteriana. No se palpan adenopatías loco-regionales y el resto de la exploración física es normal. Analítica de sangre completa sin alteraciones.

Juicio clínico: Ante la sospecha de una tiña con sobreinfección bacteriana, en primer lugar se pauta tratamiento con mupirocina tópica, desapareciendo los signos de sobreinfección, pero presentando un crecimiento progresivo de la misma hasta 4 cm de diámetro. Posteriormente se instaura tratamiento con griseofulvina 500 mg/ 24 h y bifonazol tópico, que fueron suspendidos a la semana por cuadro de urticaria aguda.

Se deriva a dermatología, pautando tratamiento con mometasona tópica por sospecha de eccema secundario a tamoxifeno, con empeoramiento progresivo, motivo por el cual se realiza biopsia que informan como dermatitis espongiforme compatible con eccema y raspado de la lesión con cultivo de las escamas con diagnóstico de *trichophyton mentagrophytes* variedad *granulosum*, con lo cual se reintroduce el tratamiento con griseofulvina 500 mg/24 h y bifonazol crema, completando 4 semanas seguidas de tratamiento oral sin reaparecer la urticaria y con remisión completa de la lesión.

Diagnóstico diferencial: Granuloma anular. Eccema numular. Eccema pitiriasiforme. Impétigo.

Comentario final: Desde la introducción en la década de los años 60 de los corticoides tópicos para el tratamiento de las dermatosis, se ha observado un cambio en la patología ocasionada por los dermatofitos, con la aparición de una nueva forma clínica denominada tiña incógnito. Se trata de lesiones en las que la aplicación de corticoides tópicos, condicionan la pérdida de la morfología típica clásica, por lo que generalmente estas lesiones tienden a la cronicidad. Es importante el diagnóstico etiológico de cualquier dermatosis y el empleo cauteloso de tratamiento esteroideo tópico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Clemente-Ruiz de Almirón A, Serrano Falcón C, Serrano Falcón MM, Burkhardt Pérez P, Naranjo Sintés R. Granuloma de Majocchi de presentación como tiña incógnito. *Med Cutan Iber Lat Am.* 2009;37(4):193-6.
2. Weinstein A, Berman B. Topical treatment of common superficial tinea infections. *Am Fam Physician.* 2002;65(10):2095-102.
3. Sánchez-Castellanos M, Mayorga-Rodríguez J. Tinea incognita due to *Trichophyton mentagrophytes*. *Mycoses.* 2005;50:85-7.

10/694. TAQUICARDIA VENTRICULAR: MÁS QUE UNA ARRITMIA

M. Rodrigo Claverol^a, J. Martínez Soldevila^b, M. Lafarga Giribets^a, M. Rodrigo Claverol^a, V. Martín Miguel^a y E. Camats Escoda^b

^aMedicina de Familia. ^bEnfermería. CAP Bordeta-Magraners. Lleida.

Descripción del caso: Varón, colombiano, de 27 años de edad con antecedentes de accidente laboral en su país hace 4 años en el que según explica recibió descarga eléctrica de alta tensión. Posteriormente estuvo ingresado por extrasístoles y recibió tratamiento

farmacológico que no recuerda. No refiere antecedentes familiares de muerte súbita. Acude derivado de Mutua por hallazgo casual de extrasístola ventricular (EV). En la anamnesis únicamente refiere que desde hace años presenta sensación de "latidos fuertes".

Exploración y pruebas complementarias: No signos de insuficiencia cardíaca. Auscultación cardíaca: ruidos arrítmicos a 73X'. TA: 140/70. SatO₂:100%. ECG: ritmo sinusal con EV frecuente, en algunas ocasiones agrupadas en rachas autolimitadas. Rx tórax: sin alteraciones. Analítica básica e ionograma normal. Holter: EV frecuente. Ecocardiograma: normal Estudio electrofisiológico: taquicardia ventricular (TV) no sostenida, TV sostenida autolimitada y EV monomorfa con morfología de tracto de salida.

Juicio clínico: A pesar de estar asintomático ante la imagen electrocardiográfica se deriva al paciente a urgencias para valoración cardiológica. El cardiólogo de guardia decide estudio ambulatorio urgente e inicia tratamiento con betabloqueantes. Durante el estudio el paciente continúa asintomático. Tras el estudio completo deciden realizar ablación de foco automático en tracto de salida de ventrículo derecho que resulta efectivo.

Diagnóstico diferencial: Taquicardias de QRS ancho: TV, taquicardia supraventricular en paciente con bloqueo de rama o taquicardia supraventricular con conducción anterógrada por una vía accesoria.

Comentario final: Durante su estudio, cardiología recomienda que en el trabajo realice actividades que no impliquen riesgo (desaconsejan trabajo en alturas y conducción de maquinaria pesada). La Mutua dice que no puede realizar las siguientes tareas de su trabajo habitual hasta la emisión de su aptitud definitiva: conducción de vehículos, realizar trabajos en alturas. El empresario solicita la IT del paciente pero el paciente no la quiere porque dice que en estos momentos no está realizando tareas de riesgo y tiene miedo al despido tras la IT como ha pasado con otros compañeros. Así pues, nos encontramos con un caso que ha acudido a nosotros por un problema físico de posible riesgo vital y que tras una valoración inicial derivamos a atención especializada pero cuya dificultad en el seguimiento por nuestra parte ha radicado en el conflicto entre dos de los clásicos principios de la bioética, el de autonomía y el de no maleficencia. Por un lado, el paciente asintomático y que niega hacer en este momento los trabajos que desaconseja el cardiólogo presionando a su médico por el riesgo de despido si coge IT (y no olvidemos que es un inmigrante) y por otro lado el empresario presionando para IT y un ECG con EV frecuente y TV no sostenida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Baquero Alonso M, Rodríguez Martín AM, González Carnero R, Gómez Santana JC, De Haro Muñoz J. Recomendaciones de buena práctica clínica en arritmias. *Semerger.* 2010;36:31-43.
2. Beauchamp TL, Childress JF. Principios de ética biomédica. Barcelona: Masson, 1999.
3. Simón Lorda P, Rodríguez Salvador JJ, Martínez Maroto A, Lopez Pisa RM, Júdez Gutiérrez J. La capacidad de los pacientes para tomar decisiones. *Med Clin (Barc).* 2001;117:418-26.

10/707. LIPOATROFIA SEMICIRCULAR. LA IMPORTANCIA DE ESCUCHAR AL PACIENTE ANTE SITUACIONES POCO FRECUENTES

A. Rodríguez Romero^a, D. de Diego Sierra^a, M. Fernández Cañaveras^a, C. Izquierdo del Reino^a, I. Martínez González^b y A. Jurado Toro^c

^aCS Manzanares I. Ciudad Real; ^bHospital General de Ciudad Real; ^cCS Corral de Calatrava. Ciudad Real.

Descripción del caso: Paciente mujer de 35 años de edad, sin antecedentes patológicos de interés, que acude a consulta refiriendo que desde hace algunos meses se encuentra cansada con sensación de pesadez en ambos miembros inferiores a lo que se añaden, como únicos signos físicos la presencia de unas bandas deprimidas transversales en la cara anterolateral de ambos muslos. La pacien-

te presenta una manifiesta preocupación pues refiere que en la empresa donde trabaja han aparecido casos similares (empleada de banca), y ella misma ha realizado una búsqueda en internet en prensa general y especializada y piensa que bien pudiera ser un caso de lipoatrofia semicircular (entidad nosológica desconocida para el facultativo que atendió inicialmente a la paciente). Ante la sospecha de una enfermedad relacionada con el trabajo, se solicitó la intervención de la Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, la cual coincidió con la sospecha diagnóstica inicial, requiriendo a la empresa para que realizara un estudio de niveles de humedad y de electricidad electrostática, siendo estos últimos elevados aunque sin que se sobrepasaran los límites legalmente establecidos. Se realizaron modificaciones en el puesto de trabajo de la paciente mejorando la clínica de manera progresiva hasta su total desaparición. Actualmente la paciente se encuentra asintomática, desempeñando su actividad laboral en la misma empresa con normalidad.

Exploración y pruebas complementarias: La paciente presentaba unas bandas deprimidas transversales en la cara anterolateral de ambos muslos no dolorosas ni a la palpación ni de manera espontánea, sin presentar alteraciones de la piel ni aparentemente de la musculatura, y de unas dimensiones de 15 cm de largo, 1,5 cm de ancho y una profundidad de 1-2 mm. Se le realizó una analítica en la que se incluyó enzimas musculares y proteinograma, que fue rigurosamente normal, con excepción de un ligero aumento de alfa1-globulina y una ecografía de partes blandas de la zona afectada que no evidenció ninguna alteración significativa.

Juicio clínico: Lipoatrofia semicircular.

Diagnóstico diferencial: La principal entidad clínica con la que realizar diagnóstico diferencial es la lipodistrofia localizada, diagnóstico que se descartó al no existir sobrepeso en la paciente, la piel no presentaba irregularidades y no existían otros síntomas asociados (dolor espontáneo, calambres, parestesias, edemas, varices o frialdad de pies).

Comentario final: La lipoatrofia semicircular es una alteración del tejido graso subcutáneo, uni o bilateral, localizada en la zona anterolateral del muslo sin que coexista con alteraciones de la piel ni del tejido muscular subyacente. Para explicar la aparición de esta patología se ha descrito la activación de los macrófagos que mediante la producción de citoquinas son capaces de dañar y modificar la estructura del tejido adiposo y que estaría en relación con la presencia de campos electromagnéticos debajo de las mesas de trabajo. Se trata en cualquier caso de un trastorno reversible que desaparece al eliminar las causas que lo originan y que no es doloroso para quien lo padece.

BIBLIOGRAFÍA

1. Maes A, Curvers B, Verschaev L. Lipoatrofia semicircular: the electromagnetic hipótesis. *Eetic Biology and Medicine*. 2003; 22(2).
2. Marqués F. Lipodistrofia semicircular: ¿estamos ante una nueva enfermedad profesional? *Med Segur Trab*. 2008;54.
3. Pañella H, Juanola E, De Peray JL, Artazcoz L. Lipoatrofia semicircular: un nuevo trastorno de salud relacionado con el trabajo. *Gac Sanit*. 2008;22(1):73-5.

10/714. AMIOTROFIA DIABÉTICA COMO CAUSA DE DOLOR EN EXTREMIDAD INFERIOR DE DIFÍCIL DIAGNÓSTICO

D. Fernández Punset^a, C. Mascort Nogué^a, M. Vila Martí^a, S. Mauri Roca^a, A. Armengol Arxé^b y S. Saura Sanjaume^a

^aABS Girona 3. Girona; ^bHospital Trueta. Girona.

Descripción del caso: Varón de 50 años diabético de 6 años de evolución con mal control metabólico. Como complicaciones crónicas presenta macroangiopatía con IAM hacia 4 años y macroalbuminuria. Otros antecedentes: TEP, HTA, dislipemia, obesidad y síndrome

de apnea del sueño. Seguía tratamiento con ácido acetilsalicílico, atenolol, nitroglicerina, metformina, amlodipino, enalapril y simvastatina. Cuadro clínico de dolor errático en extremidades inferiores de 5 meses de evolución acompañado de pérdida progresiva de peso. Inicialmente refirió dolor mecánico en rodilla derecha y posteriormente a nivel lumbar, cadera y rodilla izquierda así como en hemiabdomen ipsilateral. El dolor era mal definido, intenso en reposo aumentando con el movimiento y necesitando incluso ayuda externa para deambular. La pauta analgésica progresiva llegando hasta la administración de morfina no llegó a controlar el dolor.

Exploración y pruebas complementarias: Destaca alodinia en hemiabdomen y en extremidad inferior izquierda desde zona inguinal hasta rodilla sin signos de inflamación articular. Leve atrofia muscular en extremidades inferiores y arreflexia rotuliana bilateral con aquileos vivos. Glucosa 255 mg/dl, colesterol 397 mg/dl y HBA1c 9,5%. VSG, PCR, hemograma, ionograma, calcio, CK, función tiroidea, renal y hepática, marcadores tumorales, electroforesis, B2 microglobulina, ANA, vitamina B12 normales. RNM rodilla derecha: ruptura de menisco externo. RNM lumbar, TAC pélvico y abdominal normal, gammagrafía ósea normal. Electromiograma de miembros inferiores mostró alteraciones compatibles con plexopatía lumbosacra aguda.

Juicio clínico: Poliradiculopatía lumbosacra diabética (amiotrofia diabética).

Diagnóstico diferencial: Poliradiculoneuropatía lumbosacra asimétrica y subaguda con posible causa endocrinometabólica (amiotrofia diabética, déficit de vitaminas), autoinmune (vasculitis), infecciosa (HIV), tóxica (plomo) o neoplásica.

Comentario final: La amiotrofia diabética es una poliradiculopatía del plexo lumbosacro y afecta aproximadamente al 1% de pacientes diabéticos y probablemente es la neuropatía que causa más morbilidad. El cuadro clínico se presenta en diabéticos no insulina-dependientes y no guarda relación con el mal control metabólico. La etiología no es conocida pero los estudios sugieren un mecanismo inflamatorio asociado a vasculitis con acúmulo de inmunocomplejos y complemento. Los síntomas iniciales son el dolor agudo o subagudo, asimétrico y severo en extremidades inferiores, inicialmente proximal pero al progresar se extiende a toda la extremidad. El dolor es severo y de difícil control. Con el paso del tiempo la debilidad y la atrofia se convierten en el principal problema, dificultando la movilización. El diagnóstico se basa en la historia, exploración clínica y el electromiograma que muestra daño axonal multifocal de raíces y plexos con desmielinización y denervación. El pronóstico es bueno en la mayoría de casos, la recuperación se produce entre 6 meses y dos años, sin embargo existen casos de recidivas frecuentes y en diferentes extremidades, así como secuelas motoras y sensitivas graves.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jennifer A, Tracy MD, James B, Dyck MD. The Spectrum of Diabetic Neuropathies. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. 2008;19(1).
2. Dyck J, Norell J, Dyck PJ. Microvasculitis and ischemia in diabetic lumbosacral radiculoplexus neuropathy. *Neurology*. 1999;53;2113.
3. Feldman E. Epidemiology and classification of diabetic neuropathy. Update. 2010.
4. Pedraza L. Neuropatías diabéticas: formas clínicas y diagnóstico. *Revista Medicina Clínica Condes*. 2009;20(5):681-6.

10/717. HIPERREFLEXIA EN POLINEUROPATÍA DIABÉTICA

Z. Pascual García

CS Guayaba. Madrid.

Descripción del caso: Varón de 76 años con antecedentes personales de diabetes mellitus (DM) tipo 2 en tratamiento con antidiabéticos orales (repaglinida) con buen control metabólico; y gas-

trectomía por ulcus duodenal. Clínica subaguda de 6 meses de evolución de parestesias en manos y pies que han ido progresando proximalmente hasta codos y rodillas, en los últimos meses acompañado de torpeza motora en ambas manos.

Exploración y pruebas complementarias: En la exploración física presenta hipoestesia marcada en ambos miembros superiores distal hasta codo y ambos miembros inferiores distal hasta rodilla. Destaca el hallazgo no congruente de reflejos osteotendinosos (ROT) exaltados aunque simétricos a todos los niveles excepto aquileos. No clonus ni Babinski. Pruebas complementarias realizadas en atención primaria: hemograma normal; bioquímica con estudio vitamina B12, hemoglobina glicada, reactantes de fase aguda, hormonas tiroideas, calcio y proteinograma sin alteraciones; estudio autoinmunidad negativo; radiografía cervical: importante degeneración artrósica con esclerosis subcondral y osteofitos en todas las vértebras. Pruebas realizadas en atención especializada: electromiograma (EMG): polineuropatía (PNP) sensitivo-motora mixta de predominio desmielinizante; RMN cervical: espondiloartrosis cervical que afecta a los niveles C3-C4 y C4-C5 con clara estenosis de canal y mielopatía cervical artrósica.

Juicio clínico: PNP diabética que cursa con parestesias en guante-calcetín y mielopatía espondilítica cervical artrósica que justificaría el síndrome piramidal asociado.

Diagnóstico diferencial: Se planteó el diagnóstico diferencial con las siguientes entidades causantes de polineuropatía, donde la lesión reside a nivel de nervio periférico: como opción más probable complicación metabólica crónica de DM; PNP secundaria a déficit de vitamina B12 por el antecedente de gastrectomía; PNP pre-

sente en la enfermedad de Lyme por contacto con medio rural; posibilidad de enfermedad grave intercurrente. En el caso de la hiperreflexia, donde la que está afectada es la primera motoneurona: la principal sospecha ante el hallazgo radiológico es compresión medular por espondiloartrosis, otras causas serían hernia discal, malformaciones vasculares, compresión neoplásica.

Comentario final: Se trata de un paciente diabético con clínica rápidamente progresiva de afectación de sensibilidad distal simétrica en manos y pies que como dato llamativo presenta en la exploración una exaltación de los ROT profundos. Este último dato no sólo no es característico de una PNP diabética, que sería la primera sospecha diagnóstica, sino que en esta entidad lo más habitual es encontrar en la exploración física pérdida de ROT progresiva a medida que se van afectando los distintos grupos musculares. En el segundo nivel asistencial se le realizó un EMG con resultado esperable de hallazgo sugestivo de PNP sensitivo-motora mixta. El hallazgo más relevante fue en la RMN cervical de un compromiso medular por estenosis de canal cervical que podría justificar la clínica de hiperreflexia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Asbury AK. Estudio del paciente con neuropatía periférica. En: Kasper DL, Braunwald E, Fauci AS, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, eds. Harrison Principios de medicina interna, 16ª ed. Madrid. McGraw-Hill Interamericana; 2006:2579-84.
2. Boulton AJ, Vinik AI, Arezzo JC, Bril V, Feldman EL, Freeman R, et al. Diabetic Neuropathies. A statement by the American Diabetes Association. *Diabetes Care*. 2005;28(4):956-62.
3. Hughes RA. Peripheral neuropathy. *BMJ*. 2002;324:466-9



Medicina de Familia
SEMERGEN

www.elsevier.es/semergen



COMUNICACIONES

32º Congreso Nacional SEMERGEN

Las Palmas de Gran Canaria, 6-9 de octubre de 2010

RESIDENTES

Comunicaciones orales

10/6. ¿VALORAMOS LA CONTRAINDICACIÓN DEL USO DE LA METFORMINA EN NUESTROS DIABÉTICOS?

F. Antón García, A. Cubides Núñez, E. Correcher Salvador y D. Pruteanu

CS Fuensanta. Valencia.

Objetivos: Evaluar evolutivamente el porcentaje de diabéticos, controlados en nuestro centro, tratados incorrectamente con metformina por tener el filtrado glomerular (FG) o aclaramiento de creatinina (AC) bajo.

Metodología: Hemos evaluado una muestra de diabéticos tratados con metformina, relacionando su indicación con el AC (Fórmula Cockcroft-Gault (ml/min)) o FG (Fórmula MDRD-4 (ml/min/1,73)). Los datos se han sacado de la Historia Clínica Electrónica. La metformina, según ficha técnica, está contraindicada si AC < 60 ml/min, y según la práctica clínica habitual si FG < 30 ml/min/1,73. Análisis de datos realizado con SPSS.

Resultados: Hemos evaluado 136 pacientes (57,4% mujeres) diagnosticados de diabetes antes de 2006 y tratados con metformina desde entonces. Dosis metformina 2006-2008: Hasta 850 mg/día: 8,1%; 7,3%. Entre 850 y 1.700 mg/día: 43,4%; 30,1%. Más de 1.700 mg/día: 48,5%; 62,5%. Media 2006-2008 del AC en ml/min: 78,3; 75,4 y del FG en ml/min/1,73: 71,5; 72,4. Pacientes en tratamiento contraindicado con metformina según ficha técnica/práctica clínica habitual: Según el AC en 2006: 31,3%/2%. En 2008: 31%/3,5%. Según el FG en 2006: 25,7%/1%. En 2008: 24,8%/1,6%.

Conclusiones: Tenemos un porcentaje elevado de diabéticos en tratamiento con metformina de forma incorrecta según ficha técnica y muy bajo según la práctica clínica habitual. Es preciso calcular de forma sistemática el FG o el AC en los diabéticos para evitar utilización incorrecta de la metformina, ya que es un fármaco de primera elección en DM2.

10/291. PERFIL DEL PACIENTE FUMADOR EN UNA UNIDAD DE TABAQUISMO EN ATENCIÓN PRIMARIA

G. Hinchado Caballero, M. Anselmo Díaz, M. López Gallego y S. Matito Celaya

CS de La Paz. Badajoz.

Objetivos: Conocer el perfil del paciente fumador que solicita ayuda en una Unidad de Tabaquismo de Atención Primaria valorando: índice tabáquico, relación del grado de dependencia, motivación y tratamientos adyuvantes con el grado de abandono del tabaco.

Metodología: Análisis de datos mediante paquete estadístico SPSS. Población diana: fumadores Área Salud de Badajoz que acuden a Unidad de Tabaquismo del Centro de Salud de La Paz en periodo de dos años. Variables: Sexo, edad, índice tabaquismo, intentos previos de abandono, grado de dependencia a nicotina (test de Fagerström) grado de motivación (test de Henri Mondor), y tratamientos coadyuvantes.

Resultados: Población de estudio 112 pacientes. Edad media 43 años. Distribución por sexo 45% mujeres y 55% varones. Media de índice tabáquico 2,045. Media de intentos de abandono previos 2,161. Motivación baja 50 pacientes (44,64%), abandonan 56% y recaídas 44%. Motivación alta 62% pacientes (55,35%), abandono 61,3% y recaídas 38,7%. Baja dependencia nicotina 72 pacientes (64,3%) abandonan tabaco 62,1%. Dependencia alta 40 pacientes (35,7%), abandonan tabaco 37,9%. Recibieron tratamiento coadyuvante 99 pacientes (88,4%), abandonan tabaco 89,4%. No tratamiento 13 pacientes (11,6%), abandonan tabaco 10,6%.

Conclusiones: Existe mayor tasa de abandono del hábito tabáquico en los pacientes con mayor índice de motivación, menor grado de dependencia. En el grupo dependencia alta son más los que dejan hábito frente a las recaídas. También mayor abandono del tabaco con tratamiento adyuvante.

10/337. AINE Y GASTROPROTECCIÓN. ¿CUMPLIMOS LAS INDICACIONES?S. Reinoso Hermida^a, A. Padrón Chao^a y G. Díaz Grávalos^b^aCS O Carballiño. Ourense. ^bCS Cea. Ourense.

Objetivos: Comprobar el cumplimiento de los criterios de gastroprotección en el uso de AINES e identificar, en su caso, la existencia de hiper o hipoprescripción.

Metodología: Estudio descriptivo transversal. Pacientes atendidos en un centro de salud la 3ª semana de noviembre de 2009. Se incluyó en el estudio a aquellos a los que se les prescribió un AINE a lo largo del 2º semestre de 2009. Los que previamente tomaban IBP fueron excluidos. Se registraron edad, sexo, lugar de atención (PAC o C.S.), diagnóstico, AINE (tipo, posología y duración), IBP (uso o no, tipo y posología), presencia de motivo de gastroprotección, riesgo GI, cumplimiento de indicación de tipo de AINE y existencia de indicación de gastroprotección basada en el documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología y el Colegio Mexicano de Reumatología.

Resultados: Se analizaron 269 casos, (56,5% mujeres) El 53,2% fue visto en el C.S. El 82,5% cumplía la indicación del tipo de AINE. El riesgo GI fue moderado-alto en el 23,4% de los casos y el 24,2% precisaban uso de IBP, de los cuales se le prescribió el fármaco al 31,3%. Se pautó IBP al 0,09% de pacientes en los que no estaba indicado. De los IBP prescritos el 48,7% no lo necesitaba. Todas las diferencias citadas alcanzaron la significación estadística ($p \leq 0,05$).

Conclusiones: La gastroprotección en nuestra muestra se realiza de manera inadecuada, objetivándose una hipoprescripción en general y una incorrecta adecuación en los pacientes a los que se les pauta el IBP.

10/338. CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN CONTINUADA EN EL MEDIO RURALS. Reinoso Hermida^a, Á. Prieto Flores^b, M. Valero Paternain^b, E. Sousa Vila^b y G. Díaz Grávalos^c^aCS O Carballiño. Ourense; ^bPAC O Carballiño. Ourense; ^cCS Cea. Ourense.

Objetivos: Analizar las características de la asistencia médica en un punto de atención continuada (PAC) rural.

Metodología: Estudio descriptivo transversal. Pacientes atendidos por personal médico en un PAC de entorno rural la 3ª semana de cada mes de 2009 con copia de informe de asistencia en el archivo de registro. Se registraron edad, sexo, lugar de atención (PAC, domicilio o vía pública), diagnóstico, día de la semana, horario de atención, derivación (domicilio u hospital), medio de derivación, procedencia (municipio de cabecera o comarca), prestación farmacéutica (activo o pensionista) y si aportaban documento de filiación.

Resultados: Se analizaron 4.625 casos (54,1% mujeres). La edad media fue de 40,1 años, teniendo mayor edad los procedentes de comarca (37,7 vs 46,85 años). El 58,6% procedían del municipio de cabecera y el 25,6% de la comarca. La mayor demanda se alcanzó el fin de semana (sábado 20,7% y domingo 21,2%). El 93,5% fueron atendidos en el PAC. Los pacientes de comarca fueron derivados al hospital en mayor porcentaje (11,7% vs 8,5%) predominando esta opción en el tramo nocturno con un 16% de pacientes, el doble de los derivados en horario diurno. No se observaron diferencias en cuanto a la procedencia con respecto al día de la semana y a la hora y lugar de atención. Las diferencias citadas fueron significativas ($p \leq 0,05$).

Conclusiones: Los servicios de atención continuada son usados en su mayoría por población joven, requiriendo más asistencia hospitalaria los procedentes de la comarca, que parecen adecuarse en mayor medida a los criterios de asistencia urgente.

10/427. USO DE ANTISECRETORES EN ENFERMOS CARDIOVASCULARES

M. Ahmad, D. Pacheco Acuña, C. Paniagua Merchán, J. Arenas Alcaraz, M. Alba Torné y H. Held

CS La Unión. Murcia.

Objetivos: Comparar el uso de fármacos antiseoretos, antiagregantes y aines en pacientes que ya han padecido un evento cardiovascular.

Metodología: Se obtuvo la población de pacientes diagnosticados de enfermedad cardiovascular, por el registro de estas en el sistema de historia clínica informatizada en el programa OMI-AP, del que disponemos en nuestras consultas, se excluyeron las consultas pediátricas y las de los consultorios periféricos de nuestra Zona Básica de Salud, estas últimas por su reciente informatización. Obteniendo así el día 19 de marzo de 2010 una muestra de 296 pacientes con una potencia del 90% y un intervalo de confianza del 90%, considerando una ampliación para sustituir las pérdidas.

Resultados: El análisis estadístico realizado nos ofrece que la media de edad de la muestra es de 56,18 años de edad, con pacientes entre 14 y 99 años de edad, de los cuales el 45,6% son hombres y el 54,1% son mujeres. El 17,2% de los pacientes se trata con antiagregantes, el 4,1% con anticoagulantes, el 7,1% con aines, el 15,2% con analgésicos y el 30,7% con antiseoretos, Encontrándose una relación estadística significativa entre las indicaciones de antiagregantes y de antiseoretos con alfa menor de 0,001, siendo el 33% de los que tienen indicado el tratamiento con antiseoretos también tienen indicado el tratamiento antiagregante.

Conclusiones: La asociación entre las indicaciones de tratamiento con antiagregantes y antiseoretos es apropiada y se considera de acuerdo a la evidencia de la utilidad de su uso en prevención primaria de estos pacientes.

10/429. TERAPIA INHALADA EN ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA. IMPORTANCIA DE SU ENSEÑANZAA. Hidalgo Requena^a, C. Pavón López^a, A. Sánchez Fernández^a, A. Serrano Heras^a, N. Alba Rodríguez^a y L. Gallego Vigil^b^aCS Lucena I. Córdoba; ^bCS Cabra. Córdoba.

Objetivos: Un buen cumplimiento está entre 40-57%, influenciado por utilización incorrecta de inhaladores. Planteamos valorar conocimientos, actitudes y aptitudes de pacientes EPOC, y ponderar el impacto de un Programa Educativo en manejo de inhaladores (adecuación de la técnica, adherencia y calidad de vida).

Metodología: Estudio descriptivo, pre-post intervención basada en normativa SEPAR, en Distrito Córdoba Sur. Muestra: 98 individuos (76,5% hombres), de edad media 66,5, tratados con dispositivo de polvo seco 62,2%, cartucho presurizado 27,5% y usan cámara de inhalación el 8,1%. Persisten fumando 45,9%. Variables: cumplimiento (test de Morisky-Green, recuento de dosis), aprendizaje y adiestramiento, calidad de vida (cuestionario EuroQol-5D). Análisis estadístico con G-Stat 2.1.

Resultados: El 85,71% no presentan exacerbaciones. 5,20 minutos medios en cada visita de educación-adiestramiento. Grado de cumplimiento con cartucho presurizado alto en 21,05%, medio en 41,47% y bajo en 18,51%, y combinado con cámara bajo, 25,92% de los pacientes. Con dispositivo de polvo seco alto en 73,69%, medio 58,53% y bajo 55,55%. Fuerte relación lineal entre adiestramiento del uso de un dispositivo y disminución del número de fallos en cumplimiento, con significación estadística en calidad de vida, conocimientos y técnica, en visitas educativas sucesivas.

Conclusiones: Abordar el problema del tabaquismo. Grado de cumplimiento bajo-medio (mejor con dispositivo en polvo seco). Mejoramos efectividad y eficiencia terapéutica mediante sesiones educativas, asumible desde AP, al repercutir positivamente en

cumplimiento y calidad de vida, por lo que se debería implementar este tipo de actividades.

10/450. FALTA DE CONSENSO EN EL INICIO DE ANTICOAGULACIÓN AL ALTA DEL SERVICIO DE URGENCIAS EN PACIENTES QUE ACUDEN A ATENCIÓN PRIMARIA

Y. Drak Hernández, C. Fernández Galilea, M. Raya Núñez, N. Martín Cardenal, P. Pintado de Santiago y F. Malagón Causade

Hospital Universitario Puerta del Hierro. Majadahonda. Madrid.

Objetivos: Gran número de pacientes son anticoagulados por primera vez en el servicio de urgencias hospitalario (SUH) y manejados ambulatoriamente con control de anticoagulación (AC) por su MAP. En nuestro medio asistencial no seguimos protocolos de inicio de AC resultando pautas muy variables. Para analizar la dispersión realizamos un estudio descriptivo observacional con pacientes de SHU del HUPHM entre 1/1/2010 y 15/03/2010 (N = 10267).

Metodología: Criterios inclusión: inicio AC en urgencias, por cualquier motivo sin ingreso: Total 50 (4,86%). Revisando la HC electrónica analizamos 13 variables mediante paquete estadístico SPSS14.0.

Resultados: Edad 66,24 ± 13,24; 54% varones; 20 (42%) con TVP y 29 (58%) con FA/Flutter: 50 (100%) remitidos a su MAP. 13 (26%) además a cardiología y 4 (8%) a medicina interna. 30 anticoagulados con HBPM+ACO (60%), 11 (22%) con HBPM y 9 (18%) con ACO. 40 (80%) recibieron HBPM: 34 (85%) enoxaparina, 5 (12,5%) bempiparina y 1 (2,5%) nadroparina. Las dosis totales antes de control INR (DTAC) más empleadas fueron 6 mg: 14 (35,9%) y 9 mg: 8 (20,5%): media 6,72 (3-13). Pautas más frecuentes: 2-2-2 en 11 (28,2%) y 3-3-3 en 7 (17,9%). Ni la pauta ni la DTAC tuvo relación significativa con otros parámetros. El día de primer control fue el 3º en el 73,7%. Segunda fase del estudio (telefónico): 45 (5 perdidos): 100% se retiró HBPM asociada a ACO precipitadamente.

Conclusiones: Las pautas de AC al alta del SUH son muy variables, no dependen de factores objetivos y son controladas de forma mejorable en AP.

10/458. ENDOCRINO VIRTUAL: ¿UNA ALTERNATIVA DE CONSULTA ACEPTADA POR LOS PACIENTES?

I. Pérez García^a, N. Expósito Martín^a, M. Markthaller^a, M. Iglesias Girón^b, M. García Marrero^a y F. Cuevas Fernández^a

^aCS Barranco Grande. Santa Cruz de Tenerife; ^bCS Güimar. Santa Cruz de Tenerife.

Objetivos: Estudiar la efectividad de la interconsulta virtual endocrinológica, así como la satisfacción de los pacientes.

Metodología: Estudio descriptivo transversal. Desde enero 2009 hasta marzo 2010, revisión de historias clínicas de pacientes de dos consultas de atención primaria a los que se realizó interconsulta virtual endocrinológica (n = 64). Datos recogidos: Variables demográficas, motivo de consulta, endocrinólogo consultor, plan (consejos diagnósticos, terapéuticos o citación), número citas on-line y demora en respuesta. Posteriormente, se realizó entrevista telefónica aplicando cuestionario de satisfacción validado (Servicio de Neumología del Hospital de La Fe. Valencia, 2006).

Resultados: Siete pacientes no respondedores, sin diferencias estadísticamente significativas respecto a 57 respondedores. Edad media = 51 ± 16,7 años, 82,5% mujeres. Motivo de consulta: Tiroides (57,9%), diabetes (12,3%), obesidad (12,3%), prolactina (5,53%), dislipemia (5,3%). Respondieron 6 endocrinólogos (uno de ellos = 42,1%). Consejo diagnóstico = 45,6%, consejo terapéutico = 22,8%, cita = 59,6%. Preciso 1 consulta on-line = 77,2%, 2 consultas = 19,3%. Demora en respuesta de 1 día = 90,3%. Cuestionario satisfacción: No considera que fue citado muchas veces (56,1%), piensa

que su problema fue solucionado (45,6%), se sintió bien atendido (78,9%), piensa que se le ha explicado con detenimiento en qué consiste su enfermedad y el tratamiento (86%), siente que recibió una atención de calidad (93%), recomienda este tipo de atención a otros pacientes (84,2%). Se encuentra globalmente satisfecho el 87,2%.

Conclusiones: La interconsulta virtual es susceptible de extenderse a otros centros de salud y especialidades. Sería conveniente la realización de estudios similares de satisfacción y aceptación contando con un mayor número de médicos de familia.

10/497. INSUFICIENCIA RENAL OCULTA EN ATENCIÓN PRIMARIA

M. Pimienta Escrihueta^a, N. Montella Jordana^b, F. Brenes Bermúdez^a, S. Curiel Graciano^a y N. Pérez León^a

^aCAP Llefíá. Badalona; ^bCAP Dr. Robert. Badalona.

Objetivos: La Insuficiencia Renal Oculta (IRO) traduce estadios iniciales de insuficiencia renal por lo que permite detectar precozmente la enfermedad renal, monitorizar su progresión, modificar los factores de riesgo cardiovascular y evitar nefrotóxicos en estos enfermos. **Objetivo:** determinar la prevalencia de IRO en los pacientes atendidos en Atención Primaria, su relación con factores de riesgo cardiovascular y la prescripción de fármacos potencialmente nefrotóxicos.

Metodología: Estudio descriptivo transversal en ≥ 18 años atendidos en el CAP Llefíá. Variables: demográficas, morbilidad (HTA, DM, dislipemia, antecedentes de insuficiencia renal), IRO según MDRD abreviada (FG < 60 ml/min/1,73 m² + creatinina (< 1,2 mg/dl hombres; < 1,1 mg/dl mujeres) y fármacos. Extracción de datos de la historia clínica informatizada OMI-AP. Cálculo de porcentajes y comparación con χ^2 .

Resultados: Pacientes atendidos = 28.214, 39,2% sin ninguna analítica en los últimos 3 años. Prevalencia de IRO: 2% del total, 1,25% en ≤ 70 años y 7% en > 70. De los enfermos hipertensos, el 4,9% presentó IRO y el 20,3% tenían enfermedad renal establecida. En ≥ 70 años la prevalencia de IRO era significativamente superior en DM (2,4%) respecto a los no DM (1,2%) (p < 0,001). De los enfermos con IRO, el 94% eran mujeres. Eran ≥ 70 años el 94,3% de los hombres y el 52,2% de las mujeres. Después del análisis, 52,8% tenían prescrito en algún momento un AINE y el 27,5% un IECA.

Conclusiones: La prevalencia de IRO es inferior a otros estudios, probablemente por el elevado número de pacientes sin analítica y criterios de referencia de creatinina más restrictivos. Es necesario revisar la prescripción de nefrotóxicos.

10/499. GRIPE A, TEORÍA Y REALIDAD

M. Sánchez González, M. Marí Silva y J. Alonso Gordo

CS Guadalajara Sur. Guadalajara.

Objetivos: Revisar las previsiones sobre la gripe A en España y valorar los datos publicados y el grado de concordancia.

Metodología: Estudio descriptivo mediante revisión no sistemática de la bibliografía, normativas y datos publicados por el Ministerio de Sanidad (MSC) y medios de comunicación.

Resultados: 1) Morbilidad: Casos (semana 42): previstos: 700/100.000h; declarados: 182,45/100.000h. 2) Mortalidad: Estimación: 8.000; declarados (30/12/2009): 271. 3) Normas de aislamiento, mascarillas, evitación de saludos, técnicas de lavado quirúrgico de manos, consultas específicas: Recomendación inicial: alta; grado de utilización: desconocido, pero presumiblemente bajo. 4) Vacunas: Recomendación inicial muy elevado (escasos ensayos clínicos y de duración limitada). Dosis previstas (millones) 37; adquiridas, 13; administradas, 2. Coberturas: País Vasco: 28,1%

(grupos de riesgo); 11,9% (embarazadas); 9% (sanitarios); Castilla La Mancha: previstas 407.000; administradas, 100.000 (captación telefónica); Extremadura: adquiridas 203.760; administradas (grupo de riesgo) 52.040. 5) Antivirales: Previamente no financiados. Eficacia (Cochrane 2005): oseltamivir, 61%; zanamivir, 62%; únicamente en reducción de síntomas en un día; no en profilaxis ni morbimortalidad. Adquiridos: 10 millones de dosis para gripe Aviar más 5 millones para gripe A; Gastadas, 6000.

Conclusiones: 1) Las previsiones sobre morbimortalidad no han sido confirmadas. 2) No parece haber razones suficientes que justifiquen muchas medidas adoptadas. 3) El cumplimiento de las medidas recomendadas (prevención, tratamiento e inmunización) ha sido bajo. 4) No es posible hacer previsiones en un escenario teórico distinto. 5) Es necesario valorar informes en sucesivas campañas estacionales para tener datos y opiniones más definitivas.

10/528. VALORACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE LOS CRITERIOS DE VACUNACIÓN DE LA GRIPE ESTABLECIDOS EN LA CAMPAÑA

A. Pérez García^a, R. Padrón Cano^a, I. González García^a, C. Luis Ruiz^b, T. Rufino Delgado^a e Y. Morales Dugarte^a

^aUDMFyC. Santa Cruz de Tenerife; ^bCS Salamanca.

Objetivos: Valorar el cumplimiento de criterios establecidos en los protocolos oficiales de vacunación de gripe estacional y de gripe A para el año 2009.

Metodología: Estudio descriptivo transversal. Población de estudio: sujetos vacunados de gripe estacional y/o gripe A en 2009 en dos Zonas Básicas de Salud. Fuente de datos: agenda de vacunación. Selección aleatoria de los días durante la campaña. Variables: edad, sexo, criterios vacunales y frecuentación anual. Se agruparon los pacientes según hubiesen recibido únicamente la vacuna de la gripe estacional (VGE), de la gripe A (VGA) o de ambas (VGEA). Análisis estadístico: media y desviación típica (DT) cuando la variable era cuantitativa y mediante porcentajes si era categórica. Análisis bivariado: test de χ^2 de Pearson y análisis de la varianza.

Resultados: 1.402 vacunados (1.037 de VGE, 44 de VGA y 321 de VGEA). Edad media 65,85 años (DT: 15,04), un 54,6% mujeres. Cumplen criterio de edad un 63,7% para VGE, un 56,8% para VGA y un 63,9% para VGEA. De todos los vacunados, únicamente se vacunaron de ambas a sujetos enfermedad pulmonar 104 (37,3%), diabetes 130 (33,7%), enfermedad cardiovascular 159 (31,8%) y riesgo laboral 4 (25%), insuficiencia renal 22 (32,8%), enfermedad hematológica 5 (20,8%), enfermedad neuromuscular 7 (29,2%), inmunosupresión 11 (50%). Un 66% de los pacientes con IMC > 40 sólo recibieron VGE. Vacunados sin cumplir criterios: VGE (19,5%), VGEA (3,4%), VGA (0%), $p < 0,0001$. Estas poblaciones difirieron en edad, sexo y frecuentación anual, de manera estadísticamente significativa.

Conclusiones: Un alto porcentaje de los pacientes no se vacunó de ambos tipos de gripe, a pesar de tener indicación, especialmente en lo que hace referencia a la gripe A.

10/557. VIOLENCIA DE GÉNERO Y MORBILIDAD PSICOPATOLÓGICA. ¿ESTÁN ASOCIADAS?

Y. Castro García, J. González Losada, C. Tosco García, M. Rufino Delgado y A. Solbes Caro

Unidad Docente. Hospital Universitario Ntra. Señora de la Candelaria. Santa Cruz de Tenerife.

Objetivos: Determinar si la Violencia de Género (VG) se asocia a trastornos de salud mental tipo ansioso o depresivo en mujeres adultas que acuden al centro de salud y la influencia de la frecuencia y temporalidad del mismo.

Metodología: Diseño: estudio descriptivo, transversal. Población de estudio: mujeres > 18 años con pareja, actual o no. Selección: muestreo consecutivo de mujeres que acudieron a consulta del 1/02/2010 al 31/03/2010. Variables recogidas: VG a través del cuestionario de Bradley (26 ítems), validado, que valora violencia física, psíquica y sexual. Características sociodemográficas, de la pareja, historia de salud, presencia de ansiedad y depresión (escala de Goldberg). Se definió como mujer que sufre VG toda aquella que respondiera de forma afirmativa al menos una pregunta del cuestionario en las categorías “a menudo” o “rara vez”. Según la temporalidad: “maltrato frecuente” (> 1 ítem del test informado como “a menudo”); “maltrato frecuente y actual” (> 1 ítem informado como “a menudo” y “haberlo padecido en el último año”). Análisis estadístico: univariante, bivariado (Chi-cuadrado, t-Student) y multivariante (regresión logística múltiple).

Resultados: 299 encuestadas, edad media 51,29 (DT: 16,97). Reconocieron algún maltrato, alguna vez en su vida 154 mujeres (51,5%; IC95%: 40-62%), y éste ocurrió de manera frecuente en 73 mujeres (24,4%) y frecuente y en el último año en 39 (13,04%). Tras análisis multivariado, en aquellas mujeres que refirieron VG en algún momento de su vida, éste se asoció con ansiedad (OR ajustada = 1,79; $p = 0,024$), carencia de apoyo social (OR = 1,97; $p = 0,065$), y relación inversa con el tiempo de convivencia con la última pareja. Cuando el maltrato se realizó de manera “frecuente” o “frecuente y actual”, hubo asociación estadísticamente significativa con la presencia de depresión (OR ajustada: 2,01 y 2,73 respectivamente).

Conclusiones: Al igual que en otros estudios se encontró relación entre VG y algunos trastornos de salud mental. Sería importante tener en cuenta esta población al realizar despistaje de VG.

10/605. TRASTORNO PSIQUIÁTRICO MENOR ANTE UNA SITUACIÓN ECONÓMICA INESTABLE

S. Curiel Graciano^a, N. Montellá Jordana^b, I. López López^a, M. Pimienta Escrinhuela^a, O. Loriz Peralta^a y Q. Parés Ubach^a

^aEAP Badalona 6 Llefia. Badalona; ^bSAP Badalona i Sant Adrià de Besòs.

Objetivos: Comparar la prevalencia y la incidencia acumulada de trastornos psiquiátricos menores en la población atendida en Atención Primaria entre un período de bienestar económico (2006-2007) y uno de inestabilidad financiera (2008-2009).

Metodología: Estudio descriptivo, transversal y longitudinal en pacientes 15 años atendidos en el CS Llefia entre 2006-2009. Variables: edad, sexo, diagnóstico de ansiedad o depresión, año del diagnóstico, psicofármacos, número de visitas en el último año; motivo desencadenante (laboral/no laboral) del trastorno psiquiátrico menor (TPM) y existencia o no de baja laboral. Extracción de datos de la historia clínica informatizada OMI-AP y revisión de historias de una muestra con nuevo diagnóstico de ansiedad o depresión entre 2006-2009 ($n = 351$). Análisis: cálculo de la prevalencia, la incidencia acumulada y comparación mediante χ^2 y t Student.

Resultados: La prevalencia de TPM aumentó significativamente en 2008-2009 respecto 2006-2007 (22,10% vs 26,09%; $p < 0,001$). La incidencia entre períodos no cambió pero aumentó en 2007 respecto al 2006 (3,22% vs 2,74%, $p = 0,001$). Entre los nuevos diagnósticos de TPM: el porcentaje de hombres fue mayor en el segundo período (29,15% vs 35,44%, $p < 0,001$), sin diferencias de edad; igual prescripción de psicofármacos (84%) en ambos períodos; menor número de visitas/año en 2008-2009 ($25 \pm 18,7$ vs $22,2 \pm 17,4$; $p = 0,0001$); sin diferencias en el desencadenante del episodio y menor número de bajas laborales en 2008-2009 (31,3% vs 22,1%, $p < 0,05$).

Conclusiones: La inestabilidad económica influye en el mantenimiento y el perfil de los TPM. Elevado uso de recursos sanitarios, en tiempo y psicofármacos, por lo que debemos plantearnos medidas terapéuticas alternativas.

10/646. ESTUDIO COMTESHTA I: ESTUDIO SOBRE EL CONOCIMIENTO Y USO DE LA TERAPIA COMBINADA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

A. Díaz Rodríguez^a, C. Minniti^a, M. Torres González-Zabaleta^a, F. García-Norro Herreros^b, O. Mahamoud Atoui^c y D. Fierro González^c

^aCS Bembibre. León; ^bCS Condesa. León; ^cCS Valderas. León.

Objetivos: Estimar el conocimiento y uso de terapia combinada en HTA por los médicos familia que tratan pacientes hipertensos.

Metodología: Encuesta 18 preguntas, ámbito nacional validada y aprobada por la Comisión Nacional de Investigación de SEMERGEN autoadministrada a médicos de familia en ejercicio profesional aleatorizados por muestreo estratificado, recogida a los 3 meses, en el primer trimestre del año 2010. Se midieron variables de edad, sexo, años de ejercicio, grado de conocimiento y uso de terapia combinada. Los resultados se expresan en porcentajes con IC del 95%.

Resultados: N = 455 (64% varones, con 21 a 30 años de ejercicio). El 78% trataría con terapia combinada HTA grados 2 y 3. El 86% tratan a diabéticos tipo 2 con terapia combinada (ARA II+CA 45% casos, ARAII+DIU 28%). El 50% prefiere combinaciones a dosis fijas para mejorar el cumplimiento (42%). El 90% considera que los ARAII+DIU reducen de forma eficaz la PAS y PAD. El 82% piensa que esta asociación a dosis medias produce cobertura de 24 horas, el 79% considera olmesartán +HCTZ a dosis fija la mejor combinación de ARAII+DIU. Cuando eligen un ARAII en asociación es por potencia, eficacia y organoprotección (87%). El 70% piensa que los pacientes susceptibles de usar una combinación fija necesitan un bloqueante del SRAA+DIU y es con la que se sienten más seguros los médicos (57%).

Conclusiones: Los médicos españoles usan la terapia combinada en HTA grados 2,3, prefieren combinaciones fijas para mejorar la cumplimentación, fundamentalmente bloqueando el SRAA+DIU, por su potencia, eficacia y grado de protección orgánica.

10/689. ESTUDIO COMTESHTA II: ESTUDIO SOBRE LA PREVENCIÓN DE LA APARICIÓN DE LA MICROALBUMINURIA EN PACIENTES DIABÉTICOS HIPERTENSOS NORMOALBUMINÚRICOS

A. Díaz Rodríguez^a, E. Morón Carrillo^a, C. Minniti^a, O. Mahamoud Atoui^a, D. Fierro González^b y S. de Abajo Olea^c

^aCS Bembibre. León; ^bCS Valderas. León; ^cCS Trabajo del Camino. León.

Objetivos: Estimar el grado de conocimiento sobre prevención de microalbuminuria en pacientes diabéticos hipertensos normoalbuminúricos en atención primaria.

Metodología: Encuesta de ámbito nacional (20 preguntas) validada y aprobada por la Comisión Nacional de Investigación de SEMERGEN autoadministrada a MF en ejercicio profesional que tratan diabetes tipo 2 e HTA normoalbuminúricos con recogida a los 3 meses (2º trimestre de 2010). Se midieron variables de edad, sexo, años de ejercicio, grado de conocimiento y actitud terapéutica para prevenir la aparición de microalbuminuria. Los resultados se expresan en porcentajes con IC del 95%.

Resultados: N = 456 (64% varones, con 21 a 30 años de ejercicio). La microalbuminuria se asocia con mayor RCV en diabéticos e hipertensos (99%), representa LO subclínica (97%), para su detección se prefiere la muestra de orina aislada (47%), una vez al año (35%). El 75% realiza 2-3 determinaciones previas al diagnóstico en un periodo de 3-6 meses. El 91% cree que al aparecer microalbuminuria el control estricto de la PA es lo más importante. El 51% conoce los resultados del estudio ROADMAP. Los ARAII son de elección en este tipo de pacientes (48%), cuando se necesite terapia combina-

da a dosis fijas se prefieren ARAII+CA (48%). Las HTA refractarias son remitidas al nefrólogo (38%) o a las unidades de HTA (37%).

Conclusiones: Los médicos españoles tienen un alto grado de conocimiento en la prevención de microalbuminuria en pacientes diabéticos tipo 2, si bien este grado de conocimiento no se corresponde con un porcentaje mayor de pacientes hipertensos controlados.

10/700. ANTICONCEPCIÓN Y ADOLESCENTES

I. Pérez García^a, A. Álvarez Perera^b, J. Márquez González^c, G. Díaz Peña^d, D. García Rodríguez^d y L. Álvarez Suárez^d

^aUnidad Docente MFyC. Zona 1. Santa Cruz de Tenerife; ^bCS La Laguna- Geneto. Tenerife; ^cCS Alcalá-Isora. Tenerife; ^dFacultad de Medicina. La Laguna. Tenerife.

Objetivos: Valorar la efectividad de una intervención comunitaria sobre métodos anticonceptivos en adolescentes de enseñanza secundaria obligatoria (ESO).

Metodología: Diseño: estudio cuasi experimental antes-después, ámbito comunitario. Ámbito: cuatro institutos públicos de ESO. Población: adolescentes de 14-19 años. Método: la intervención consistió en un seminario interactivo de 45 minutos impartido por médicos residentes, abarcando fisiología del aparato reproductor y diferentes aspectos de los anticonceptivos. Los adolescentes cumplieron un cuestionario anónimo validado, antes y al mes de la intervención, de 32 ítems en relación a la anticoncepción (22 sobre conocimientos generales y 10 sobre actitudes). Análisis estadístico: Se realizó la comparación de las medias de aciertos de conocimientos antes y después de la intervención utilizando el test de t de Student, así como el porcentaje de alumnos que aprobó el cuestionario mediante el test Chi cuadrado. Se consideró aprobado aquel, con al menos, la mitad más una de las respuestas acertadas.

Resultados: 632 adolescentes intervenidos. 51,9% mujeres, edad media 15,81 (DT: 1,09) rango 14-19. Respecto a los conocimientos, el porcentaje de adolescentes que aprobó el cuestionario pasó de 77,3% en pretest a 94% en posttest ($p < 0,0001$). En relación a las actitudes, el porcentaje de adolescentes que consideró falso el que al utilizar anticonceptivos se disfrute menos de la relación pasó de un 49,3% pretest, a un 75,8% posttest; ($p < 0,0001$).

Conclusiones: La intervención se muestra efectiva en mejorar los conocimientos sobre los métodos anticonceptivos en adolescentes.

10/718. LA PLATAFORMA "HUMAN" (SEPAR SOLIDARIA) PARA EL DIAGNÓSTICO Y DISMINUCIÓN DE LA EXPOSICIÓN DOMICILIARIA AL HUMO DE BIOMASA EN POBLACIONES DE LA ZONA ANDINA

C. Ramírez Sarmiento^a, A. Ramírez Sarmiento^b, M. Valero^c, N. Romero^c, P. Sarmiento^d y M. Orozco-Levy

^aCS de Torre Pacheco; ^bHospital del Mar. Barcelona; ^cAlcaldía de Úmbita; ^dCoordinador de la Plataforma HUMAN en Úmbita. Colombia.

Objetivos: Estimar la prevalencia de exposición al humo de leña y su relación con enfermedades respiratorias y estimar la factibilidad de intervención preventiva.

Metodología: Úmbita incluye 10.216 habitantes. Se realizó un muestreo aleatorio en estratos bajos. Se realizó: (a) análisis de la contaminación del domicilio por humo de leña, (b) encuesta ocupacional, exposición a la cocina de leña, sintomatología, y enfermedades respiratorias, (c) estimación de la exposición individual al humo de leña, (d) espirometría forzada, y (e) cuestionario de aceptación a potenciales cambios estructurales en las cocinas.

Resultados: Se seleccionaron 407 individuos (121 niños/as menores de 12 años, 152 mujeres, 134 varones). En todos los domicilios

se utiliza la leña o carbón como combustible. En casi todos los domicilios (95%), las cocinas están separadas del resto de habitaciones. El 63% de ellas cuentan con pequeñas ventanas como sistema de ventilación. En los adultos no-fumadores, la prevalencia de síntomas respiratorios es de 16-26%, y la prevalencia de EPOC del 33%.

Conclusiones: La intervención para disminuir la contaminación domiciliar parece factible, poco costosa, y dirigida a la instalación de chimeneas y cocinas más eficientes.

10/722. SITUACIÓN ACTUAL DE LA ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA EN EL ÁREA SUR DE GRAN CANARIA

M. Suárez Ortega^a, C. Suárez Cabello^a, G. Miranda Calderín^b y A. Ugarte Lopetegui^b

^aCS Doctoral. Gran Canaria; ^bHospital Universitario Insular de Gran Canaria. Gran Canaria.

Objetivos: Se realiza un estudio epidemiológico descriptivo retrospectivo en pacientes con ELA que actualmente están en tratamiento y seguimiento en el Área Sur de Gran Canaria.

Metodología: Se analizan los datos demográficos, tiempo de evolución y recursos sanitarios que están utilizando. Se extrae información de la base de datos que posee la Unidad de Rehabilitación Cardio respiratoria, completándola mediante contacto telefónico, visitas a domicilio, historiales del hospital y del OMI. Los datos se analizaron con el paquete estadístico SPSS 11.5.

Resultados: Hemos estudiado 22 pacientes, 3 de los cuales fallecen durante el mismo. 59,1% hombres, 40,9% mujeres, con una edad media de 54 años. El retraso diagnóstico es de 15 meses. Las necesidades de ortesis en nuestros pacientes son: Silla de ruedas: 36,4%, collarín: 31,8%, antiéquino 31,8%, bastón 31,8%. Profesionales que han valorado a los pacientes son: neurólogos: 86%, neumólogos: 95%, rehabilitación: 100%, endocrinología: 90%, cuidados paliativos: 36%. Pacientes encamados: 27%, pacientes que precisan ventilación mecánica no invasiva: 50%, poseen gastrostomía el 22%, han requerido traqueostomía 9% de ellos, y coagh-assist el 19%, están en rehabilitación motora el 61%.

Conclusiones: Existe una buena coordinación asistencial entre los servicios de neurología, neumología, endocrinología y rehabilitación, debiéndose mejorar con cuidados paliativos. Hemos de mejorar el conocimiento de los síntomas iniciales de la ELA en atención primaria para minimizar el tiempo de retraso diagnóstico.

En los últimos 15 días se ha quedado ausente, con la mirada perdida durante varios segundos; en una ocasión en el cuarto de baño mientras se aseaba y en otra, estando en la cocina preparando el almuerzo. Dado lo confuso del caso y la exploración neurológica anodina, decido enviar a la paciente a consulta de neurología para estudio. A la semana es atendida en consulta por el neurólogo quien en su anamnesis y exploración no obtiene más información del caso, y decide realizar un tac craneal. Ese mismo día el radiólogo realiza el tac con el resultado de una tumoración cerebral de aspecto maligno. Inmediatamente se envía a la paciente para ingreso y estudio en el hospital de referencia. 15 días después de la primera consulta en el centro de salud, estaba siendo intervenida con éxito.

Exploración y pruebas complementarias: 23 de marzo de 2010: consulta de atención primaria. Exploración física: normotensa, afebril, buen estado general. Sin hallazgos en la exploración neurológica. 30 marzo de 2010: consulta del neurólogo. Sin cambios en la exploración inicial. Tac craneal: meningioma parasagital frontoparietal izquierdo con discreto edema periférico. 31 marzo hasta 7 abril de 2010: unidad de neurocirugía hospital de referencia. Rmn craneal: lesión de ocupación de espacio extraaxial parasagital izquierda de bordes bien definidos regulares de 24 mm de tamaño, isoíntensa en t1 e hiperíntensa en t2 y flair, con discreto edema perilesional. Se corresponde con un meningioma. Angio-rmn: sin hallazgos patológicos. Arteriografía: masa hipervasculosa en región parietal izquierda compatible con meningioma. 8 de abril de 2010: intervención quirúrgica. Craneotomía parietal izquierda guiada con neuronavegación y exéresis tumoral. 12 de abril de 2010: revisión postquirúrgica. Tac craneal: ausencia de restos tumorales. La paciente presenta hemiparesia derecha de predominio de mmii 3/5, mms 4/5 junto con diplopía. 15 de abril de 2010: la paciente se encuentra en su domicilio acudiendo a rehabilitación 3 veces por semana. El estado anímico de la paciente es favorable.

Juicio clínico: Meningioma parasagital parietal izquierdo.

Diagnóstico diferencial: Crisis epiléptica. Accidentes isquémicos cerebrales. Distrofia muscular. Astrocitoma.

Comentario final: La importancia de no minimizar los síntomas de nuestros pacientes y de indagar en sus diagnósticos cuando no los tengamos claro. El tiempo en consulta es vital, para poder realizar siempre una pormenorizada anamnesis y exploración física, herramientas vitales para el buen médico de familia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tratado de medicina de familia y comunitaria. Vol. 1, cap. 15. Semfyc 2007:855-99.
2. Zarranz JJ. Anamnesis. Historia clínica. Neurología, 3ª ed. Madrid; Elsevier España, 2003.
3. El pequeño libro negro de neurología, 4ª ed. Mosby; 2003:366-71.

Casos clínicos formato oral

10/75. DIAGNOSTICANDO LO OCULTO

R. Escamilla Pérez, J. Monge Gómez, J. Díez Vigil, S. Pérez Gómez y A. González Góngora

CS Virgen del Mar. Almería.

Descripción del caso: Mujer de 55 años. Antecedentes personales: HTA, herniorrafia izquierda, dos cesáreas. No hábitos tóxicos. Antecedentes familiares: sin interés. Motivo de consulta: la paciente acude acompañando a su marido a la consulta a recoger un parte de baja de este; no tenía cita asignada ese día. Mientras imprimió los documentos para el marido, me comenta que desde hace unos días sufre esporádicas "sacudidas" en el brazo derecho de unos segundos de duración sin otra sintomatología acompañante. El marido aprovecha la ocasión para decirme que en varias ocasiones

10/229. EVALUACIÓN DE LA DIPLOPÍA: A PROPÓSITO DE UN CASO

E. Fontdecaba Rigat y M. Rubio Montañés

ABS Girona 3. CAP Montilivi.

Descripción del caso: Hombre de 55 años que acude a la consulta refiriendo visión borrosa de unos 20 días de evolución. La exploración de la motilidad ocular extrínseca y los reflejos pupilares es normal. Se deriva a oftalmología para valorar la refracción sin encontrar cambios de graduación en su miopía. A los 15 días acude de nuevo con un parche en uno de los cristales de sus gafas, comenta que desde hace una semana tiene visión doble que mejora de este modo. La diplopía fluctúa a lo largo del día, empeora al atardecer haciéndose casi constante.

Exploración y pruebas complementarias: En la exploración se observa que en la mirada neutra los ojos no se mantienen en el

mismo plano: el ojo izquierdo presenta una elevación respecto al derecho (hipertropía). Existe una limitación en la mirada lateral externa del ojo izquierdo, en la mirada inferior y en la convergencia del mismo. No se aprecia ptosis palpebral ni alteración de los reflejos pupilares. Las pruebas de fatigabilidad producen ptosis palpebral derecha con debilidad del aductor derecho y aparición de nistagmo parético. Se descarta afectación bulbar (pares craneales IX, X, XI, XII) y musculoesquelética. La RMN cerebral, la TAC torácica y de órbita son normales. El test de Tensilon (que evalúa el incremento de fuerza muscular tras la administración de un anticolinérgico) es dudoso. Los anticuerpos anti-receptor de acetilcolina resultan positivos. Se orienta como miastenia ocular y se inicia tratamiento con piridostigmina, con respuesta parcial a la misma, que motiva la asociación de corticoides.

Juicio clínico: Miastenia ocular.

Diagnóstico diferencial: Ante un paciente con diplopía lo primero a determinar es si ésta es monocular (persiste tras la oclusión de uno de los ojos) o binocular. Si la diplopía monocular desaparece con el estenopeico el origen será oftalmológico, si no, se realizará prueba de imagen para descartar tumor occipital o se tratará de una diplopía psicógena. Cuando la diplopía es binocular (desaparece con la oclusión de un ojo) puede deberse a una parálisis de los pares motores craneales, a una afectación de la unión neuromuscular, a una afectación de la musculatura ocular o a un estrabismo congénito. La causa más frecuente es la parálisis oculomotora es la del III par craneal. Dentro de la afectación de la unión neuromuscular encontramos la miastenia gravis.

Comentario final: La responsabilidad del médico de familia se centra en la detallada investigación de los síntomas, la exploración sistemática, la detección de los síntomas y signos de alarma, la orientación diagnóstica y el seguimiento del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cuixart LL, Gálvez A, Serrano V. Diplopía. *AMF*. 2009;5(3):154-8.
2. Barnils N, Felguera O, Arruga J. Actualización en neurooftalmología para el médico de atención primaria. *FMC*. 2005;12(1):15-31.
3. Protocolo diagnósticos en oftalmología desde la perspectiva del médico de familia. *FMC*.
4. Tojal F, Pato A. Miastenia gravis. *FMC*. 2008;15(4):230-4.
5. Wesselsl. Diplopía (revisión internet); 2008. Disponible en: emcicine.medscape.com/article/1214490.
6. Shady M. Myasthenia Gravis (revisión internet); 2010. Disponible en: emcicine.medscape.com/article/1216417.

10/260. ABDOMEN AGUDO EN MUJER JOVEN

C. Aspas Lartiga^a, R. Alcázar Moreno^b, F. Guerra Jiménez^a, S. Borlán Ansón^c, A. Bes Franco^d y M. Urdaz Hernández^a

^aResidente MFyC. ^bAdjunto de Urgencias. ^cAdjunto Cirugía. Hospital Ernest Lluch. Calatayud; ^dMédico de Familia. CS Daroca.

Descripción del caso: Paciente de 48 años, colecistectomizada hace 9 meses e intervenida de hernia de hiato, en tratamiento con omeprazol. En estudio por posible estenosis en zona de funduplicatura esofágica. Acude a urgencias por dolor abdominal intenso, generalizado, de 15 horas de evolución, tratado en su centro de salud con analgesia, y que no cede. Dolor de tipo cólico, con origen en hipogastrio y que se ha generalizado, con exacerbaciones tipo cólico. No presenta fiebre, náuseas, vómitos o diarrea.

Exploración y pruebas complementarias: TA 130/63. Tª 36,3. Regular estado general, normohidratada, ligera palidez cutánea. Glasgow 15. Ac: ruidos cardiacos rítmicos. Ap. Normoventilación. Abdomen: abdomen en tabla doloroso a la palpación de forma generalizada. Sucusión renal bilateral positiva. Peristaltismo presente. Eeii: no edemas. Durante la realización de pruebas complementarias focaliza el dolor en fid. Ecografía ginecológica: no se observa líquido libre en Douglas. Anejos compatibles con la normalidad. Rx

tórax: normal. Rx abdomen bipedestación: niveles hidroaéreos en zona fid. No neumoperitoneo. Tac abdominal: no líquido libre. Se visualiza asas intestino delgado distal y ciego distendidos con abundante líquido en su interior. Imágenes diverticulares en sigma con espiculación del contorno del sigma y asa centinela. Hemograma y bioquímica: HB 11,4 HTO 34,7 VCM 79,3 leucocitos 16.500 (n 91,9%). Sedimento orina: 500 leucocitos.

Juicio clínico: Abdomen agudo de origen ginecológico vs intestinal. Se realizó exploración ginecológica dado el origen del dolor en zona hipogástrica y f. ováricas. Al resultar normal se solicitó TAC abdominal que dio como resultado el dx de diverticulitis. El dolor cólico, la presencia de leucocitos en orina y la sucusión renal positiva hicieron pensar en un posible origen urológico del cuadro. Se pautó tratamiento conservador, antibioterapia con ciprofloxacino y metronidazol, y analgesia. Actualmente la paciente sigue ingresada en el Servicio de Cirugía.

Diagnóstico diferencial: Colon irritable. Pielonefritis. Apendicitis. Salpingitis. Colitis isquémica.

Comentario final: La diverticulitis aguda es el resultado de la inflamación de un divertículo que puede progresar hacia la perforación y a la formación de un absceso. Se manifiesta a menudo por fiebre, leucocitosis, dolor en el cuadrante inferior izquierdo y, a veces por una masa en dicha zona. En este caso, las características del dolor de la paciente, la ausencia de fiebre, y hallazgos como leucocituria dificultaron el diagnóstico de diverticulitis. La diverticulitis en los pacientes jóvenes es más agresiva y presenta más recidivas y complicaciones tras el primer episodio tratado médicamente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ferraina P, Oria A. Enfermedad diverticular por Claudio Barredo. Cirugía de Michans. Ed. El Ateneo, 5ª ed; 2003:826-9.
2. Enfermedad diverticular. Robbins, Patología Humana: Ed. Interamericana-Mc. Graw-Hill, 6ª ed, 2001:859-61.
3. Salzman H, Lillie D. Diverticular Disease: Diagnosis and treatment. *Am Family Physician*. 2005;72(7):1229-34.
4. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de urgencias y emergencias: Guía diagnóstica y protocolos de actuación.

10/343. DOLOR COSTAL EN PACIENTE JOVEN

M. Gata Maya, Y. Gragera García, I. González González, A. Cantillo Gutiérrez y M. Rangel Tarifa

CS San Roque. Badajoz.

Descripción del caso: Mujer de 22 años, sin antecedentes personales de interés, fumadora de 3 c/día y en tratamiento con anticonceptivos orales. Consulta a su médico de Familia por presentar desde hace una semana, dolor costal izquierdo de características mecánicas, intermitente, que mejora con AINES. Tos seca aislada. Afebril. Sin cuadro constitucional ni traumatismo previo. En el momento, asintomática desde el punto de vista clínico.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física normal, salvo dudoso soplo sistólico. Se solicita EKG, hemograma, bioquímica y hormonas tiroideas. EKG: Ritmo sinusal a 110 lpm, sin otras alteraciones significativas. Bioquímica y hormonas tiroideas normales. Hemograma con discreta anemia (Hb 11,3). Se deriva a Cardiología para valoración del soplo; no evidencian cardiopatía tras exploración física y ecocardiografía anodina. Consulta de nuevo por episodio de dolor costal de las mismas características, autolimitado. Desde AP se pide Rx tórax, hemograma y ferrocínica. Hemograma: Hb 11,2, Hto 32,9, VCM 84,6, HCM 28,7, hierro 19, ácido fólico 2,76 y resto normal. Rx tórax: disminución del volumen del hemitórax izquierdo. Borrosidad del borde cardiaco izquierdo, posible atelectasia del LSI y línula incipiente. Pequeña zona de mayor densidad parahiliar izquierda. Hemitórax derecho normal. Su médico prescribe hierro y ácido fólico, solicita TC de tórax pre-

ferente, donde se objetiva ensanchamiento mediastínico anterior y medio, donde hay lesiones confluentes de tejidos blandos, algunas con necrosis central que afectan a región hiliar izquierda. Compresión de arteria pulmonar y área subcarinal. Todo ello compatible con adenopatías. Pérdida de volumen del LSI con infiltrados parenquimatosos periféricos. Compresión del bronquio principal izquierdo por las adenopatías. Se deriva para ingreso urgente Neumología. Realizan PAAG mediastínica: hallazgos compatibles con linfoma B de célula grande mediastínica, con esclerosis. Durante el ingreso hemograma con Hb 11,3, bioquímica, VSG, ferrocínica, VIH, orina y cuantificación de inmunoglobulinas normales. Se traslada al servicio de Hematología para completar estudio, realizándose TC abdomen normal y PET-TC con adenopatías milimétricas en espacios yugulares inferiores, más en lado izquierdo que llegan a ocupar espacios mediastínicos. En tratamiento con corticoides y quimioterapia en la actualidad, con buena tolerancia.

Juicio clínico: Linfoma no Hodgkin B de células grandes esclerosantes de mediastino. Estadio II-B.

Diagnóstico diferencial: Linfoma con afectación mediastínica y pulmonar. Proceso neumónico o neumonitis obstructiva secundaria a compresión del bronquio principal izquierdo.

Comentario final: En la mayoría de las ocasiones un dolor costal en pacientes jóvenes suele ser de origen banal, pero a veces puede ser el síntoma inicial de patologías trascendentales. Ante la recurrencia de este síntoma, una prueba tan sencilla y asequible como es la Rx de tórax, disponible en AP resulta de gran utilidad en el diagnóstico de patologías relevantes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rama Martínez T, López-Marina V, Alcolea García RM, Alborch Orts MA. Adolescente con astenia: a propósito de un caso. *Semerger*. 2009;35(7):353-6.
2. Lara Ramiro JA, Luna Rodríguez C, González Campos B. Adenopatías mediastínicas. *FMC. Form Med Contin Aten Prim*. 2008;15:179-80.
3. Caballero Sánchez MM, Cinesi Gómez C. *Semerger*. 2003;29:573-6.

10/397. EDEMA EN UNA MANO

A. Caamaño Troitino^a, R. Rodríguez Penas^a, C. Rial Mosteiro^b, P. Rodríguez Casal^c y S. García Álvarez^a

^aMIR II. CS Lérez; ^bMIR II. CS Villagarcía; ^cMIR II. CS Marín.

Descripción del caso: Motivo de consulta: hinchazón en mano izda. Antecedentes personales: no alergias medicamentosas conocidas. Dislipemia. Hipertrofia benigna de próstata. Tratamiento: atorvastatina y tolterodina. Enfermedad actual: paciente de 79 años, acude a consulta de Atención Primaria por edema y parestias en mano izquierda de dos meses de evolución, sin antecedente traumático previo y que ha estado tratando con diclofenaco sin mejoría clínica.

Exploración y pruebas complementarias: Presentaba edema con fóvea en carpo y dorso de mano izquierda, bien delimitado. Movilidad ligeramente limitada, no dolorosa. Fuerza conservada. A la exploración de la sensibilidad presentaba hiperestesia. Signo de Tinel y Phalen positivos. Análisis de sangre: hemograma normal, bioquímica: urea 59, creatinina 1,71, PCR 0.01, VSG 5, FR 10, ANAS negativos. Rx: no osteopenia ni cambios significativos en mano izquierda. EMG: compatible con síndrome del túnel carpiano izquierdo leve-moderado. Gammagrafía: en fases precoces, aumento de la vascularización y de la fijación precoz de radiocontraste en carpo izdo. En fase tardía, aumento franco de la respuesta blástica en epifisis distal de cúbito-radio izquierdo y todo el carpo izquierdo.

Juicio clínico: Distrofia simpático-refleja tipo I.

Diagnóstico diferencial: Artritis infecciosa, artritis reumática, artropatía inflamatoria, trombosis venosa, fracturas de estrés, tu-

moreos óseos, osteoporosis, enfermedad de Dupuytren, escleroderma.

Comentario final: La distrofia simpático-refleja es una enfermedad compleja e infradiagnosticada, que puede tener consecuencias graves. Su sospecha clínica desde la consulta de Atención Primaria así como el conocimiento de los criterios diagnósticos permiten realizar una derivación precoz a Reumatología para confirmación diagnóstica e inicio de tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Espinás Boquet, J. coordinador. Guía de actuación en Atención Primaria, 3ª ed. Barcelona: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria; 2006.
2. <http://orthoinfo.aaos.org/>
3. <http://www.institutferran.org/>
4. <http://www.fisterra.com/>

10/399. ¡NECESITO AYUDA! MI VIDA SE ESTÁ TERMINANDO

C. Niño de Azcarate^a, M. Castillo Lizarraga^b, A. Riestra Fernández^b, M. Farraye^c y M. Azcárate Bang^d

^aCS Espronceda. Madrid; ^bEsad Área 7. Madrid; ^cCS Las Águilas. Madrid; ^dCS Los Gladiolos. Santa Cruz de Tenerife.

Descripción del caso: Paciente varón de 59 años de edad, diagnosticado en 2006 de cáncer de próstata que debutó con compresión medular en T2 y T4. Tras tratamiento radioterápico y hormonal, en 2007 se objetivó progresión ósea y adenopática iniciando tratamiento con quimioterapia. En febrero 2010 presentó clínica neurológica asociada a metástasis durales con infiltración metastásica difusa holocraneal y en todo el neuroeje. En abril de 2010 el paciente se derivó al equipo de soporte atención domiciliaria (ESAD) para seguimiento domiciliario. En nuestra primera visita, encontramos al paciente encamado, con clínica de somnolencia y agitación compatible con neurotoxicidad inducida por opioides (NIO), mal control del dolor y estreñimiento pertinaz. El soporte socio-familiar era complejo, con 9 personas (6 adultos y 3 niños) conviviendo en el domicilio, pero sólo 2 eran las responsables del cuidado del paciente, una su hija, que trabajaba fuera todo el día y otra, su esposa (cuidadora principal), que no sabía leer ni escribir y tenía a su cargo una niña de 18 meses. Durante nuestras visitas el paciente permaneció encamado, con dificultad para la deambulación y para la ingesta, con agitación nocturna y estreñimiento persistente. Aunque el seguimiento y el apoyo fueron continuos en el domicilio, la falta de un cuidador efectivo que entendiera y aplicara el tratamiento, obligó al traslado del paciente a una unidad de cuidados paliativos hospitalaria.

Exploración y pruebas complementarias: Barthel: 10. PPS 40%. DABVD. TA 120/70. SatO₂ basal 95%. Encamado 24 horas. Somnolencia que responde a estímulos verbales. Boca. Mucositis grado II. Candidiasis bucofaringea. ACP: normal. ABD. Distendido, doloroso a la palpación en piso abdominal inferior. Portador de sonda vesical permanente. MMII: Edemas maleolares.

Juicio clínico: Paciente terminal con cáncer de próstata estadio IV. Mal control de síntomas. Problema social.

Diagnóstico diferencial: No cabe lugar a diagnóstico diferencial en este caso clínico.

Comentario final: Hoy día cada vez es más frecuente la derivación desde el hospital de pacientes con enfermedad en fase terminal que desean permanecer en el domicilio. Ello exige al médico de familia una atención integral del paciente y de la unidad familiar y un nivel de conocimientos adecuado para el control de síntomas desde una perspectiva de cuidados paliativos. Sin embargo, en determinadas circunstancias nos encontramos ante situaciones de soporte social complicado, bien sea por familias con escasos o nulos recursos, o pacientes ancianos sin familia ni recursos, lo que nos

obliga a la derivación de estos pacientes a unidades de cuidados paliativos hospitalarias donde la asistencia esté asegurada. La coordinación entre estas unidades y el médico de familia es fundamental para asegurar unos cuidados de la mejor calidad posible para nuestros pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Benítez MA, Castañeda P, Gimeno V. Atención al paciente con cáncer en fase terminal en el domicilio. *Aten Prim.* 2001;2:113-6.
2. Porta J, Gómez Batiste X, Tuca A. Control de síntomas en pacientes con cáncer avanzado y terminal. Barcelona: Editorial Áran, 2008.
3. Watson M, Lucas C, Hoy A, et al. Manual Oxford de cuidados paliativos. Oxford. Grupo Aula Médica, 2008.

10/406. APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA DE UN PACIENTE CON ASIMETRÍA DE PULSOS

M. Castro Neira^a, F. Beramendi Garciandía^a, M. Molina Samper^b, M. Zaragüeta Olave^c, J. Sádaba Insausti^b y J. Aldaz Baerruezo^b

^aCS Iturrama. Pamplona; ^bAdjunto Urgencias. Hospital Virgen del Camino. Pamplona; ^cServicio de Urgencias Rurales Puente la Reina. Navarra.

Descripción del caso: Antecedentes personales: estudiado en Hematología por síndrome anémico con macrocitosis e ictericia. En 1985 sufrió un accidente con traumatismo severo con fractura luxación de cadera dch. y probablemente torácico. En historia de primaria está recogido que hay una diferencia importante de TA entre ambos brazos (BD 100/50 mmHg, BI 150/60 mmHg) en 2004. Intervenido quirúrgicamente de fractura luxación de cadera derecha. Transfusiones sanguíneas previas sin complicaciones. Tabaco: 20 a 40 cigarrillos/día desde hace 44 años aproximadamente. Enfermedad actual: paciente de 59 años que acude a Urgencias por presentar disnea de inicio súbito acompañada de sensación de opresión torácica de 2-3 minutos de evolución, que ha remitido de espontáneamente, tras reposo. No refiere cortejo vegetativo acompañante. Tras la remisión de dicho cuadro ha comenzado a caminar de nuevo, repitiéndose el cuadro de disnea. No sensación de palpitaciones. No tos ni expectoración. No fiebre ni recuerda cuadro catarral o gripal previo. No otra clínica de interés. Refiere viaje a China el año pasado y a Colombia hace 2 años. El paciente no refiere contactos sexuales de riesgo ni clínica de ETS. Indica sudoración nocturna profusa (precisa poner toallas en la almohada) desde hace 10 2 años. No cefaleas ni dolor o debilidad en EESS o EEII.

Juicio clínico: Angor hemodinámico en probable relación con anemia severa. Anemia macrocítica severa de origen hemolítico crónico. Asimetría de pulsos entre extremidades superiores de probable larga evolución en probable relación a arteritis de Takayasu.

Diagnóstico diferencial: Inflamatoria: arteritis de Takayasu, sarcoidosis. Vascular: isquemia aguda, coartación aorta, síndrome de robo de la subclavia, arterioesclerosis. Tumores primarios de aorta (sarcomas). Asimetría de pulsos entre extremidades superiores de larga evolución (traumatismo torácico severo...).

Comentario final: La arteritis de Takayasu es una vasculitis crónica de etiología desconocida. Se ha vinculado con la fiebre reumática, infecciones estreptocócicas, artritis reumatoidea y otras colagenopatías. Compromete a la aorta y sus ramas. La estenosis y/o dilatación arterial determina una amplia variedad de manifestaciones clínicas. Los criterios diagnósticos establecidos por el American College of Rheumatology en 1990 continúan vigentes. Entre estos se incluyen la edad mayor de 40 años. Claudicación en las extremidades, disminución de los pulsos braquiales, diferencia de presión entre ambos miembros mayor de 10 mmHg, la presencia de soplos en las subclavias y aorta y la arteriografía (actualmente discutido su rol) anormal. Tres de estos criterios tienen una sensibilidad del

90,5% y una especificidad del 97,8% para el diagnóstico de arteritis de Takayasu.

BIBLIOGRAFÍA

1. Manual de diagnóstico y terapéutica médica. 12 de Octubre.

10/413. ESQUISTOSOMIASIS. A PROPÓSITO DE UN CASO

P. Vera García^a, A. Innocente Carvelli^a y M. Vera García^b

^aResidente de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Can Gibert del Pla. Girona; ^bMedicina Familiar y Comunitaria. CS Sandoval. Madrid.

Descripción del caso: El caso que presentamos hace referencia a un paciente de 23 años, sin antecedentes patológicos de interés, de raza negra, natural de Senegal, residente en Cataluña desde hace 1 año, que consulta por hematuria macroscópica terminal, de 3 meses de evolución, sin síndrome miccional asociado y dolor abdominal ocasional. Se acompaña de astenia leve sin pérdida de peso.

Exploración y pruebas complementarias: En la exploración clínica se observa un dolor abdominal difuso, no masas ni visceromegalias, con puño-percusión bilateral negativa, peristaltismo conservado, auscultación cardiorespiratoria normal, no edemas maleolares. Como pruebas complementarias en la consulta se realiza tira de orina que muestra eritrocitos +++, y en la analítica general realizada a posteriori, anemia microcítica normocrómica y eosinofilia. Se solicita además un estudio de parásitos en heces que resultó negativo y una radiografía de abdomen que no mostró calcificaciones de tracto urinario.

Juicio clínico: En función de las pruebas complementarias, el origen del paciente y la sospecha clínica, se planteó descartar parasitosis urinaria. Se solicitó parásitos en orina que mostró huevos de *Schistosoma haematobium* (es importante remarcar que se debe realizar ejercicio previamente a la recogida de orina, para que los parásitos se desprendan de las paredes urinarias).

Diagnóstico diferencial: El diagnóstico diferencial que se planteó ante la sintomatología de este paciente fue: infecciones del tracto urinario, litiasis renal, prostatitis, parasitosis, tumores tracto urinario, hiperplasia prostática, etc.

Comentario final: El incremento de la población inmigrante africana en las consultas de Atención Primaria ha hecho incluir en el diagnóstico diferencial diversas patologías que no son prevalentes en nuestro medio. Ante un paciente de origen africano (proveniente de zonas donde la esquistosomiasis es una enfermedad endémica) y con la sintomatología descrita anteriormente siempre hemos de incluir en el diagnóstico diferencial y descartar la esquistosomiasis.

10/419. SÍNDROME DE BOCA ARDIENTE, UN CUADRO ALTAMENTE INFRADIAGNOSTICADO

S. Pérez Antón y J. Tenorio González

Hospital de la Concha. Zamora.

Descripción del caso: Paciente que acude a la consulta de su MAP refiriendo sensación de quemazón y dolor en COF de 4-5 meses de evolución, sin otra clínica acompañante. Se inicia con analítica, la cual es estrictamente normal, y se recomienda acudir a su dentista habitual, el cual no refleja hallazgos de patología periodontal. Se dirige entonces el enfoque diagnóstico hacia un posible cuadro clínico consecuente de RGE. Por ello, se pauta aumento de la dosis de su IBP; ante la nula respuesta al tratamiento y la persistencia clínica, se solicita interconsulta a ORL, que también descarta patología correspondiente. De nuevo en la consulta de AP, su médico decide reexplorar de forma exhaustiva y ante la exploración anodina que indique síndrome claro comienza a orientar su diagnóstico

hacia un síndrome de boca ardiente, teniendo en cuenta además sus antecedentes personales (ansiedad...). El tratamiento pautado fue alprazolam y se solicita interconsulta a Dermatología, el cual confirma el diagnóstico de dicho síndrome. Actualmente la paciente se encuentra asintomática.

Exploración y pruebas complementarias: No estrías de Wickman en mucosa ni ninguna otra alteración perceptible. No ojo seco. No se palpa tiroides. No se observan alteraciones a nivel periodontal. Exudado lingual. Hemograma, bioquímica, TSH, FSH, LH, vitamina B 12 y ácido fólico, FR. ECG.

Juicio clínico: Síndrome de boca ardiente.

Diagnóstico diferencial: Frecuentemente pueden estar asociados a entidades patológicas, como el liquen plano oral erosivo, candidiasis y lengua geográfica; por lo tanto, la condición requiere diagnóstico diferencial con estas entidades. Otras patologías a tener en cuenta son síndrome de Sjögren, neuropatía diabética, lupus eritematoso discoide, deficiencias nutricionales graves que producen disestesias o reducción del umbral del dolor.

Comentario final: El síndrome de boca ardiente es relativamente frecuente y de gran interés para el profesional, por las molestias que puede causar al paciente por el deterioro importante de su calidad de vida. Este síndrome incluye un grupo bastante heterogéneo de personas, con historias clínicas muy diversas. Frecuentemente no es reconocido por el profesional, a menudo no es diagnosticado y, si lo es, suele estar mal tratado; por lo que conocer este tipo de patologías resultan, desde nuestro punto de vista interesante para el médico de atención primaria; el cual, ante la presencia de sensación de quemazón oral, con frecuencia acompañado de xerostomía, pérdida o alteración del gusto y ausencia de cualquier lesión o anomalía analítica debe conocer y contemplar la posibilidad de enfrentarse a esta patología y así, al menos, proponerla como diagnóstico por exclusión; es decir, persistencia de clínica (puesto que el diagnóstico de la entidad se basa fundamentalmente en la sintomatología referida por el paciente y requiere una evaluación metódica de todos los factores precipitantes conocidos) frente una terapia exitosa ante cualquier lesión o condición oral o hematológica. A pesar de haberse investigado en profundidad esta entidad, su etiología y patogenia permanecen desconocidas y, por tanto, resulta aún un campo abierto para investigaciones, sobre todo en lo que se refiere a factores etiológicos y tratamiento del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Chimenos E, Rodríguez ME, López J. Síndrome de boca ardiente. Fisiopatología de las diseusias. En: Caballos A, Bullón P, Gándara JM, Chimenos E, Blanco A, Martínez A, García A (eds). *Medicina Bucal práctica*. Santiago de Compostela, SOPROGAIO, 2000:565-75.
2. Albarrán Juan ME, Santiago Sáez S, Martín Muñoz C2, Wolgeschaffen Torres RM Síndrome de boca ardiente. *Revista de la SEMG*. 2004;65:360-2.
3. Palacios Sánchez MF, Jordana Comín X, García Sívoli CE. Burning mouth syndrome: A retrospective study of 140 cases in a sample of catalan population. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2005;10:388-93.
4. Marques Soares MS. Estudio clínico de pacientes con Síndrome de Boca Ardiente: Xerostomía, flujo salival, medicamentos, ansiedad y depresión. [tesis doctoral]. Barcelona: Universidad de Barcelona; 2006.

10/426. DOCTOR, TENGO SANGRE CUANDO ORINO

C. Lozano Bueno y J. Jiménez Martínez

CS *Vistabella*. Murcia.

Descripción del caso: Varón de 23 años, originario de Malí (lleva 2 años residiendo en España), que acude a la consulta por traumatismo inguinal izquierdo tras agresión, presentando tumoración en

región suprapúbica izquierda dolorosa y hematuria. Se solicita analítica de orina, donde se aprecia hematuria macroscópica, por lo que se decide realizar derivación a Consultas Externas de Urología. En Urología realizan citoscopia y biopsia, donde se evidencia cistitis eosinofílica y *Schistosoma*, por lo que se deriva al Servicio de Medicina Tropical para tratamiento.

Exploración y pruebas complementarias: BEG. C y O. NC, NH. Eupneico. Afebril. EN/ Glasgow 15. Pares craneales centrados y simétricos. Fuerza conservada. ACP/rítmica, sin soplos. Murmullo vesicular conservado. ABD/ B y D. No doloroso. No se palpan masas ni visceromegalias. No peritonismo. Múltiples adenopatías inguinales de 1-1,5 cm de diámetro, dolorosas a la palpación, no adheridas a planos profundos. EEII/ No edemas. Pulsos distales conservados y simétricos. No signos de TVP. En Atención primaria: Hemograma: eosinofilia del 10%, resto normales. Bioquímica y coagulación: normales. Analítica de orina: hematuria macroscópica (> 100 hematíes por campo). En Consultas Externas de Urología: citoscopia y biopsia, evidenciándose cistitis eosinofílica y *Schistosoma*. En Servicio de Medicina Tropical: analítica, serología de *Schistosoma*, VIH, lúes, hepatitis, T. solium y TC craneal. Serología *Schistosoma* positiva. Resto de pruebas normales. Se inicia tratamiento con Biltricide® (Praziquantel): 2.400 mg × 3 días.

Juicio clínico: Schistosomiasis.

Diagnóstico diferencial: 1. Causa renal: traumática (contusiones, cálculos, heridas), tóxicos (anticoagulantes, cefalosporinas, salicilatos, sulfamidas...), infecciosa (viral, bacteriana, tuberculosis), hemorrágica (angiomas, coagulopatías), neoplásica (Adenocarcinoma, tumor de Wilms...), intrínseca (glomerulonefritis, SHU, púrpura de Schoenlein-Henoch...) nefropatías (amiloidosis, S. Goodpasture, Wegener...), tubulointerstitial (traumática, infecciosa, hereditaria, vascular, inmune, sd Sjögren...). 2. Causa post renal: uréter (tumores, litiasis, traumatismos, anomalías congénitas: estenosis, reflujo vesico-uretral), vejiga (tumores, litiasis, cistitis infecciosa, divertículos, traumatismos...), uretra (tumores, traumatismos, uretritis, úlceras, cuerpos extraños...) o próstata (tumores, inflamatoria, adenomas...).

Comentario final: El aumento de población inmigrante en nuestro país está haciendo que aparezcan determinadas patologías importadas a las que no estamos acostumbrados o que no podemos sospechar puesto que no pensamos en ellas. Ante hematuria en pacientes inmigrantes, es necesario realizar una buena historia clínica, haciendo hincapié en si el *Schistosoma* es endémico en el país de origen del paciente y si existe un antecedente epidemiológico de baños en ríos donde existe *Schistosoma*, antes de pensar en otra patología vesical o de vías urinarias causante de hematuria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Corachán M. Esquistosomiasis o bilharziosis: importada. *JANO*. 2003;64:36-41.
2. Gairí Burgués MA, Bosch Muñoz J, Llusá Parramon A, Gomá AR. *Schistosoma haematobium* como causa de hematuria. *An Esp Pediatr*. 2002;56:368-9.
3. Sauca Subías G. Enfermedades importadas y esquistosomiasis urogenital. [en línea][fecha de acceso 10 de Mayo de 2010]. URL disponible en: http://www.seimc.org/control/revi_Para/esquisto.htm
4. Fleta Zaragoza J, Rodríguez Martínez G. Aspectos actuales de la esquistosomiasis. *Medicina Integral*. 2000;35:316-9.
5. Maese Heredia R, Rubí Palomares I, Peña Muñoz M, Bueno Fernández A, Weil Lara B. Hematuria recurrente. *An Esp Pediatr*. 2002;57:501-2.
6. López-Calleja AI, Torres L, Revillo MJ, Clavel A, Arazo P. Dolor cólico en hipogastrio y eosinofilia en paciente procedente de Gambia. *Enf Inf Microbiol Clin*. 2003;21:315-6.
7. Vázquez Villegas J, Galindo Pelayo JP, Gámez Gámez E. Asistencia inicial a inmigrante en atención primaria. *FMC*. 2003;10(Supl 4):83-97.

10/438. ¿ES POSIBLE LA HIPOGLUCEMIA EN PACIENTE NO DIABÉTICA?

A. Castellote Petit^a, F. López Simarro^b, C. Cols Sagarra^c, S. Miravet Jiménez^b, C. Escardó Font^a y S. Balfagón Gandoy^a

^aResidente MFyC. ^bTutora MFyC. ABS Martorell. Unidad Docente Costa de Ponent. Barcelona; ^cMédico de Familia. ABS Martorell Rural. Barcelona.

Descripción del caso: Mujer de 71 años que presenta de forma esporádica episodios de mareos, sudoración, náuseas y malestar general. La paciente tiene acceso a control de glucemia capilar (esposo diabético), por lo que ha realizado determinaciones en alguno de estos episodios, constatándose cifras de glucemia < 50 mg/dl. En diciembre/2009 ante cuadro de pérdida parcial de conciencia fue derivada al Hospital Comarcal, detectándose glucemia de 45 mg/dl. Se orientó el cuadro como episodio de hipoglucemia en paciente no diabética, recomendándose estudio ambulatorio. A. Familiares sin interés. A. Personales: no alergias medicamentosas. No hábitos tóxicos. Hiperreactividad bronquial. Hipotiroidismo. S. depresivo. Intervenida de colecistectomía, gastroyunostomía y vagotomía hace 35 años por estenosis duodenal secundaria a úlcus péptico. Colon irritable diagnosticada en 2003 por diarreas de larga evolución. En 2009 valorada por digestivo por cambios de ritmo deposicional (fibrogastroscoopia: hernia hiatal, gastroanastomosis, artritis crónica y abundante líquido biliar en estómago, colonoscopia: hemorroides internas). Insuficiencia renal crónica. Tratamiento habitual: levotiroxina 100 µg/24 h, mirtazapina 30 mg/24 h, omeprazol 20 mg/24h, salbutamol y almagato a demanda.

Exploración y pruebas complementarias: Desde 2004 la paciente presentaba cifras de glucemia basal ≥ 100 mg/dl (105, 111 y 118) por lo que cumplía criterios diagnósticos de Glucemia Basal Alterada (GBA) (según ADA). Tras última hipoglucemia se solicitó TTOG de 75 g: glucemia ayunas: 117,1 mg/dl; 60 minutos: 236,1 mg/dl, 120 minutos: 41,4 mg/dl. Otras determinaciones analíticas: HbA1c 5,8%; colesterol total: 229 mg/dl; creatinina 1,2 mg/100 ml; filtrado glomerular calculado: 48 ml/min/1,73 m². Niveles hormonales dentro de la normalidad (cortisol plasmático, TSH, T4 libre, corticotropina, somatotropina). Ac. antiinsulina humana < 0,35 kU/L, péptido C: 2,10 ng/mL (0,7-4ng/mL).

Juicio clínico: Hipoglucemia reactiva postprandial por síndrome de dumping postgastrectomía.

Diagnóstico diferencial: Ante la clínica descrita debemos descartar hipoglucemia. Causas de hipoglucemia: a) Inducida por fármacos: insulina, sulfonilureas y alcohol (50% de casos hospitalizados). b) No farmacológicas: 1. De ayuno: tumorales, autoinmunes, hepatopatías y nefropatías graves. 2. Hipoglucemias reactivas: alimentarias o inicio temprano de DM2.

Comentario final: En el caso de nuestra paciente nos confundió la coincidencia de GBA e Hipoglucemias. La hipoglucemia reactiva postprandial podría deberse a una rápida absorción de los alimentos con un aumento rápido de la glucemia postprandial, induciendo una excesiva respuesta en la secreción de insulina mediada por la secreción previa de incretinas (GLP-1), originando finalmente la disminución de los niveles de glucemia, dando lugar a hipoglucemia. Característicamente aparece hiperglucemia en media hora, seguida de hipoglucemia aproximadamente 1,5 a 3 horas después de la ingestión de alimentos. Actualmente es un trastorno muy infrecuente porque la mayoría de los pacientes con enfermedad ulcerosa péptica reciben tratamiento farmacológico con inhibidores de la bomba de protones. Tratamiento: cambios alimentarios con dieta pobre en hidratos de carbono y rica en proteínas y fibras, con ingestas repartidas a lo largo del día.

BIBLIOGRAFÍA

1. Glaser B, Leibowitz G. Hipoglucemia. En: Joslin's. Diabetes Mellitus, 14ª ed. Adis Communications. 2005:1147.

2. Miholic J et al. Emptying of the gastric substitute, glucagon-like peptide-1 (GLP-1), and reactive hypoglycemia after total gastrectomy. *Dig Dis Sci.* 1991;36(10):1361-70.
3. Escalada F et al. Hipoglucemia reactiva postprandial ¿mito o realidad? *Av Diabetol.* 2009;25:287-92.

10/479. DOCTOR, ORINO SANGRE

S. Polyziadis Voulodimos^a, C. Gonzalo García^b, A. Hernández Palomar^a, J. González Hurtado^c, M. del Carpio López^a y N. Morales Espinoza^a

^aCS Soria Norte. Soria; ^bCS de Almazán. Soria; ^cCS Berlanga. Soria.

Descripción del caso: En la consulta de atención primaria un paciente varón de 82 años consulta por hematuria y síndrome de prostatismo moderado; como antecedentes personales reseñables destacan HTA y cólicos nefríticos expulsivos hace años.

Exploración y pruebas complementarias: tras exploración física que fue normal y ecografía abdominal realizadas en consulta de su Centro de Salud se detecta una imagen polipoide pediculada en base izquierda compatible con masa vesical, por lo que se remite al paciente a consultas de Urología para valoración de tratamiento quirúrgico. En la ecografía urológica se objetivan riñones normales, vejiga poco repleccionada con imagen de masa en base vesical izquierda. La intervención se realiza bajo anestesia raquídea donde se practica resección transuretral (RTU) del tumor vesical de aspecto papilocarnoso sobre meato ureteral izquierdo, sin poder resecar toda la lesión sobre dicho meato. Se da el alta hospitalaria por mejoría del paciente que orina espontáneamente y con orinas claras.

Juicio clínico: La anatomía patológica confirma un tumor ptaG1, es decir, tumor que no sobrepasa lámina propia y que está bien diferenciado. Durante los meses de tratamiento el paciente es seguido en consultas de su Centro de Salud realizándose analíticas y urocultivos que han sido negativos. En la actualidad, tras 15 dosis de quimioterapia endovesical con mitomicina, el paciente permanece asintomático con micciones espontáneas y claras; tumor sin recidivas. Las citologías de orina practicadas son negativas para malignidad con ausencia de celularidad atípica.

Diagnóstico diferencial: Lesiones uroteliales papilares como son: hiperplasia urotelial papilar, papiloma, neoplasia urotelial papilar de bajo grado de malignidad. Pseudotumores como son: cistitis incrustante, malacoplaquia, cistitis papilar polipoide. Otros pseudotumores proliferativos no neoplásicos como son: cistitis quística, nódulos von Brunn, cistitis glandular, adenosis o adenoma nefrogénico, endocervicosis, amiloidosis, xantomias.

Comentario final: Cabe reseñar la importancia de la realización de determinadas pruebas que hasta ahora estaban restringidas tan sólo al ámbito hospitalario, como es el caso de la ecografía abdominal que se realizó en atención primaria, en primer lugar por el ahorro de tiempo que ello supone, comodidad del paciente y sobre todo adelantar la aplicación del tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Asociación Española de Urología. Libro del residente de Urología, 2007:493-500.
2. Harrison. Principios de Medicina Interna, 16ª ed. p. 604-8.

10/480. DOCTOR, TENGO PALPITACIONES

S. Polyziadis Voulodimos^a, A. Tabernero Gallego^b, C. Gonzalo García^b, A. Hernández Palomar^a, J. González Hurtado^c y M. del Carpio López^a

^aCS Soria Norte. Soria; ^bCS Almazán. Soria; ^cCS Berlanga. Soria.

Descripción del caso: Varón de 49 años, acude a la consulta porque desde hace tres meses nota "fuertes golpes en el corazón"

que irradian por todo el tórax y se acompañan de sudoración y sensación de falta de aire. También refiere molestias a la deglución, presenta sensación de falta de aire en los últimos días.

Exploración y pruebas complementarias: En la exploración física destaca sudoración profusa y soplo carotideo izquierdo leve y mínima ingurgitación yugular izquierda. En la analítica hemograma, fórmula leucocitaria fueron normales así como la bioquímica, coagulación y perfil tiroideo. Destaca en el análisis de metabolismo lipídico colesterol total de 271 mg/dl, triglicéridos de 105 mg/dl, c-HDL 94 mg/dl y c-LDL de 156 mg/dl. El primer ECG realizado en consulta de primaria ritmo sinusal a 80 latidos por minuto sin alteraciones en la repolarización. Con estos datos fue remitido a consulta preferente de cardiología para estudio de soplo carotideo. En el Eco Doppler de troncos supraaórticos en ambas arterias carótidas comunes se observan engrosamientos de la íntima, con un espesor de aproximadamente 1 cm y en extensiones que abarcan unos 2 cm en porciones declives de regiones medias carotídeas. En el lado izquierdo, en la zona más proximal, se observa mayor engrosamiento llegando a los 2 cm de espesor en una longitud de 1,5 cm. No se observan alteraciones significativas en ambas bifurcaciones carotídeas. Angi oRMN de troncos supraaórticos: sin alteraciones en cayado aórtico. Estenosis muy severa o completa a nivel de la arteria subclavia izquierda en la zona previa a la salida de la arteria vertebral izquierda. No se aprecian alteraciones en el resto de los troncos supraaórticos. Carótidas comunes presentan flujo normal y no se aprecian alteraciones en bifurcación ni carótidas internas. Las arterias vertebrales son asimétricas siendo más fina la izquierda. No se aprecian alteraciones a nivel intracraneal. Conclusión: oclusión o suboclusión de arteria subclavia izquierda previa a la salida de la arteria vertebral con buen flujo distal, posiblemente exista un robo de la subclavia. Fue valorado por Cirugía Vasculare que desestimó la intervención quirúrgica. Entretanto, se pautó tratamiento con Adiro 100 mg, Atorvastatina 40 mg y Omeprazol 20 mg. En angio RMN de control respecto a previa del año anterior ha mejorado el área de estenosis de la subclavia y el flujo de la arteria vertebral izquierda no existiendo otros cambios. Actualmente se mantiene el mismo tratamiento habiendo disminuido la dosis de Atorvastatina a 10 mg/día.

Juicio clínico: Síndrome de robo de la subclavia izquierda.

Diagnóstico diferencial: Trastornos alérgicos del colágeno autoinmunes: síndrome aortitis sin pulso de Takayasu. Trastorno estructural anatómico cuerpo extraño: aneurisma disecante de aorta. Trastornos arterioescleróticos vasculares venosos: arterioesclerosis-ateroesclerosis, embolismo arterial, oclusión arteria innominada, arterioesclerosis subclavia-estenosis, síndrome de robo de la subclavia.

Comentario final: Destacar la importancia del ámbito de atención primaria en la realización de una detallada historia clínica así como de una buena exploración física y el uso de pruebas complementarias de las que tenemos a nuestro alcance para la derivación del paciente a segundo nivel.

BIBLIOGRAFÍA

1. Harrison. Principios de Medicina interna, 16ª ed. p. 2624.
2. Medicina Interna. Ferreras/Rozman, 13ª ed.

10/496. ¡QUE ME MAREO!

S. Polyziadis Voulodimos^a, C. Gonzalo García^b, A. Hernández Palomar^a, J. González Hurtado^c, M. del Carpio López^a y N. Morales Ezpinoza^a

^aCS Soria Norte. Soria. ^bCS de Almazán. Soria; ^cCS Berlanga. Soria.

Descripción del caso: Paciente de 82 años, alérgico al Meclizolam, con antecedentes personales de apnea del sueño (2000), fibrilación auricular (2003), varices en extremidades inferiores (2003), AIT vertebrobasilar (2003) e IAM (2007); gastrectomía y

duodenectomía realizada hace 30 años por úlcera gástrica. Actualmente a tratamiento con Tenormin 50, Renitec 20, Zarator 20, Omeprazol 20, Urolosin y Sintrom, consulta en varias ocasiones en su centro de salud por episodios postprandiales de mareo y de inestabilidad. Se registraron glucemias postprandiales de 28 mg/dl y de 45 mg/dl. En otra ocasión tuvo un cuadro de desorientación espacial.

Exploración y pruebas complementarias: Fue remitido a consultas de Neurología y de Endocrinología; se hizo estudio con Eco Doppler de troncos supraaórticos en el que se objetivaron placas de ateroma calcificada en ambas carótidas comunes y en carótidas internas que no producían estenosis significativa de la luz y arterias vertebrales con flujo anterógrado normal. Las analíticas realizadas estaban dentro de los parámetros de la normalidad. Las Rx de tórax y de abdomen no objetivaban hallazgos patológicos de interés.

Juicio clínico: Fue diagnosticado de síndrome Dumping e hipoglucemia postprandial, pautando consejos dietéticos, comidas pobres en carbohidratos y no hacer ejercicio hasta tres horas después de haber comido. Actualmente no ha vuelto a presentar episodios de hipoglucemias, siendo seguido en la consulta de su centro de salud.

Diagnóstico diferencial: Fármacos: insulina, sulfonilureas, etanol, pentamida, quinidina, salicilatos, sulfamidas. Enfermedades críticas: insuficiencia renal, hepática o cardíaca, septicemia, caquexia. Deficiencias endocrinas: cortisol, hormona del crecimiento, glucagón y adrenalina (diabetes tipo 1). Tumores de células no-beta: fibrosarcoma, mesotelioma, hepatoma, tumores corticosuprarrenales, leucemia, linfoma, melanoma. Hiperinsulinismo endógeno: insulinoma. Trastornos de la lactancia o infancia: intolerancia transitoria al ayuno, lactantes de madres diabéticas, hiperinsulinismo congénito, defectos enzimáticos hereditarios. Postprandial: reactiva (después de cirugía gástrica) inducida por etanol. Ficticia: insulina, sulfonilureas.

Comentario final: El seguimiento de este paciente se realiza en el ámbito de Atención Primaria; las modificaciones dietéticas son, en general, suficientes para prevenir los síntomas del dumping tardío, aunque algunos autores aconsejan la administración de pectina o acarbosa para retardar la absorción de los hidratos de carbono. Un tratamiento muy eficaz es la administración parenteral de octeotrida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Harrison. Principios de Medicina Interna, 16ª ed, p. 2398-401.
2. Carvajal SH, Mulvihill SJ. Postgastrectomy síndromes: dumping and diarrhea. Gastroenterol Clin North Am. 1994;23(2):261-79.

10/546. NÓDULO DE LA HERMANA Mª JOSÉ EN EL CONTEXTO DE HERNIA UMBILICAL

D. Serrano Herrero^a, L. Hernando Ortiz^a, P. Pascual Alonso^a, T. Salado García^b y Á. Maúrtua Briseño-Meiggs^a

^aCS Magdalena. Valladolid Este; ^bCS Arturo Eyries. Valladolid Oeste.

Descripción del caso: Mujer de 75 años, con antecedentes de HTA, dislipemia y artrosis generalizada. Tres hijos. Su madre: cáncer gástrico y su hermano: cáncer de páncreas. Consulta por cuadro de dolor opresivo a punta de dedo en apófisis xifoides de 15 días de evolución, tos seca y leve dolor abdominal difuso intermitente, con exploración normal salvo pequeña hernia umbilical. Presenta evolución tórpida al mes siguiente, con disnea progresiva hasta hacerse de pequeños esfuerzos, con signos de derrame pleural por lo que se deriva al hospital para valoración.

Exploración y pruebas complementarias: Semiología de derrame pleural hasta campos medios de pulmón izquierdo. Nódulo umbilical rojo vinoso, indurado, de 2 cm en contexto de pequeña hernia umbilical. Resto normal. Hemograma, perfiles: hepático,

lipídico y renal, ionograma, PCR, VSG, ferritina: normal. Marcadores tumorales normales. Proteínograma: gammapatía monoclonal Ig G kappa. ECG: normal. Rx tórax: derrame pleural izquierdo moderado. Líquido pleural: ADA 30, cultivos negativos, citología: compatible con invasión por adenocarcinoma vs mesotelioma vs hiperplasia mesotelial reactiva. IC ginecología y ecografía transvaginal: no existe patología ginecológica que justifique el cuadro clínico. TAC toracoabdominal: derrame pleural masivo izquierdo. Moderada cantidad de líquido libre abdominal. Pequeñas adenopatías mesentéricas y retroperitoneales. Ovario izquierdo 4,5 x 2,7 cm. Videotracoscopia: derrame pleural serohemático con implantes difusos en toda la pleura parietal y visceral. Aspecto infiltrativo de grasa prepericárdica. Gastroscoopia y colonoscopia: normal. Mamografía: normal. RMN abdominopélvica: moderada ascitis, ovario izquierdo (4 cm), consistencia sólida, siembra en saco de Douglas. Biopsia nódulo hermana María José: fibroma.

Juicio clínico: Adenocarcinoma ovárico estadio IV.

Diagnóstico diferencial: Las lesiones nodulares umbilicales pueden ser benignas y malignas. Entre los diagnósticos benignos (nevus, papilomas fibroepiteliares, quistes de inclusión, entre otros). Las cicatrices hipertróficas, los queloides y las hernias umbilicales entran en el abanico de las posibilidades. Entre los diagnósticos malignos, 17% son primarios y el 83% son metastásicos, por lo general adenocarcinomas provenientes del estómago (25%), ovario (12%), colon (10%), páncreas (7%) y prácticamente cualquier órgano intraabdominal¹.

Comentario final: No disponemos de ningún método de cribado que aplicado a la población general haya demostrado ser eficaz para disminuir la morbimortalidad de los carcinomas de ovario. En el 70% de los casos, el diagnóstico se realiza en estadios III y IV. La asociación de ecografía transvaginal más determinación de Ca 125, mejora de forma significativa la especificidad de ambas pruebas, aunque no ha demostrado disminuir la mortalidad de la enfermedad². Como conclusiones podemos decir que la exploración clínica sigue siendo una de las herramientas más valiosas con las que contamos en consulta de primaria, y que en la actualidad no se dispone de una prueba ni de asociaciones de las mismas que cumplan satisfactoriamente los criterios necesarios para usarlos como métodos de screening en la población general.

BIBLIOGRAFÍA

- De la Cruz A, Ortiz S, Merino Royo E, González M, Sánchez MJ. Nódulo de la hermana María José: Carcinoma umbilical metastásico. *An Med Intern. (Madrid)*. 1991;8:551-4.
- Escribano JJ. Ginecología y Atención Primaria. Problemas clínicos. 2001:254-5.

10/561. DOCTORA, NO SOY MUJER PARA NADA

B. Santaolalla Jiménez^a, M. Moreno Rodés^b, M. García Palacios^c, T. Martín Casquero^c y C. López Alegría^d

^aCS Añora. Murcia; ^bCS Barrio del Carmen. Murcia; ^cCS Vistabella. Murcia; ^dCS La Flota. Murcia.

Descripción del caso: Mujer brasileña de 36 años consulta al médico de familia por disnea progresiva de esfuerzo de una semana de evolución. Niega cuadro catarral previo. Antecedentes personales: No RAF, no HTA, no DM, no DLP, no fumadora, no bebedora de alcohol, obesa, cinco partos a término vivo (el último hace 11 años), SB: sin limitaciones funcionales. Antecedentes familiares: Su madre a los 36 años diagnosticada de cardiomegalia, exitus tras ICTU hemorrágico, tía materna falleció joven a causa de IAM. Se realizan la exploración física y baterías de pruebas posteriormente descritas, tras las cuales se decide derivar a urgencias del hospital Reina Sofía donde es ingresada en el servicio de cardiología durante 12 días, dada de alta asintomática, con diagnóstico de miocardiopatía dilatada pendiente de filiación y Tratamiento: Dieta baja en sal y ejercicio moderado a fin de perder peso, furosemida 20

mg/24h, nebivolol 2,5 mg/24h, eplerenona 12 mg/24h, ramipril 2,5 mg/24h, acenocumarol 2 mg/24h.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física: CyO, BEG, obesa, NH, NC, eupneico, afebril, TA: 100/70. AC: rítmico sin soplos, AP: MVC. MMII: sin edemas, sin signos de TVP, pulsos conservados y simétricos. Se solicita analítica completa (bioquímica, hemograma, hierro, ferritina, hormonas tiroideas), en la cual los resultados son normales. ECG: ritmo sinusal, 113 lpm, eje: 0o, sin alteración de la repolarización. Radiografía de tórax: Cardiomegalia grado II junto infiltrados alveolo-intersticiales bilaterales. En cardiología le realizan: GAB: PH: 7,45, pCO₂: 32,5, pO₂: 65,6, SO₂: 93,5, HCO₃⁻: 22,3. ProBNP: 581 el cual desciende durante su ingreso a 112, Dímero D: 1728. AngioTC: No se observan signos directos de TEP. Aorta torácica normal. Infiltrado pulmonar en vidrio deslustrado fundamentalmente en pulmón derecho. Mínimo derrame pleural bilateral. Ecocardiograma: Miocardiopatía dilatada con severa depresión de FEVI e IM leve-moderada secundaria. Estudio con contraste Sonovue por vena periférica: no se aprecian criterios de miocardiopatía esponjiforme aunque se ven lagunas sinusoidales en la zona de inserción del músculo papilar posterior. FEVI deprimida (25%). Cateterismo: Árbol angiográfico en lesiones significativas. RMN cardíacas: VI severamente dilatado con disfunción sistólica severa (FEVI 34%) VI hipertravocado a nivel apical y medial sin criterios de no compactación. VD de dimensiones normales con función sistólica normal, sin criterios morfológicos de displasia arritmogénica. Sin imágenes de realce tardío que sugieran necrosis u ocupación del espacio extracelular que sugiera proceso infiltrativo inflamatorio. Serología de tripanosoma: negativa.

Juicio clínico: Miocardiopatía dilatada familiar.

Diagnóstico diferencial: Miocardiopatía dilatada hereditaria, miocardiopatía secundaria a infecciones, enfermedades infiltrativas (hemocromatosis), inflamatorias (sarcoidosis, miocardiopatías periparto), enfermedades endocrinas (alteraciones tiroideas, acromegalia).

Comentario final: No hay que subestimar a los pacientes por su edad o por una exploración física, aparentemente normal de 3 minutos, en la consulta de atención primaria. Hay que utilizar adecuadamente todos los recursos que están a nuestro alcance.

BIBLIOGRAFÍA

- Guía de actuación en atención primaria, 3ª ed. SemFYC.

10/597. Y SI ME DUELE LA CABEZA, ¿QUÉ QUIERE QUE HAGAS?

D. Rosillo Castro, M. Pérez López, M. Barba Miñano, T. Martín Casquero, M. García Palacios y F. Torres Ruiz

CS Vistabella. Murcia.

Descripción del caso: Mujer 66 años, alérgica a estreptomicina, con antecedentes personales de síndrome de colon irritable y síndrome ansioso-depresivo, con insomnio crónico. Intervenido de histerectomía con doble anexectomía. Está en tratamiento con paroxetina, y flurazepam. La paciente acude a consulta por cefalea continuada de años de evolución, no estudiada con anterioridad. El dolor es holocraneal, alternante, asociado a fotofobia e incapacitante, que la despierta del sueño. La paciente refiere que antes el dolor era intermitente y que se ha hecho más continuo, con 1-2 crisis semanales y que en ocasiones asocia fopsias previas, no presentes antes. El dolor cede parcialmente con antiinflamatorios. Ante la sospecha de migraña con aura, se inicia tratamiento preventivo con flunarizina y se deriva a consultas externas de Neurología por tratarse de una migraña que ha cambiado de sus características iniciales. Dicho tratamiento se suspende ante crisis hipotensivas. Tras ser valorada por Neurología, inicia tratamiento con topimarato en dosis crecientes y se le pauta zomilriptán para las crisis. El primer mes la paciente refiere mejoría. En los meses

siguientes la paciente acude con más asiduidad a la consulta, relata crisis intensas que en ocasiones son tratadas en el servicio de urgencias, ante la continua demanda de zomilriptán por parte de la paciente, se decide intentar reducir este medicamento, la paciente empieza a acudir en las guardias del sábado del centro de salud donde se le receta zomilriptán, investigando el caso nos encontramos con que en el último mes se le han prescrito 71 envases de dicho fármaco, y que su hija ante la negativa de recetar más fármacos a su madre, solicita el fármaco a su médico alegando que es para ella. En estos momentos se está trabajando con la paciente para evitar este abuso, aunque la paciente lo niega, nos encontramos a espera de interconsulta por psiquiatría y valoramos el ingreso programado para deshabitación del fármaco.

Exploración y pruebas complementarias: TAC cerebro: se realiza estudio craneal simple, sin evidencia de alteraciones de la densidad cerebral. No desplazamiento de línea media. Surcos y sistema ventricular dentro de límites normales. Juicio diagnóstico: estudio sin alteraciones significativas. Analítica: glucosa 99, urea 35, creat 0,77. Sodio 145, potasio 4,9. Transferrina 252. Hierro 176. Hemoglobina 13,8. VCM 95,30, leucos 4.300, plaquetas 257.000.

Juicio clínico: Cefalea crónica diaria por abuso de analgésicos.

Diagnóstico diferencial: Migraña con aura. Cefalea vascular. Cefalea crónica diaria por abuso de analgésicos.

Comentario final: Los pacientes con cefaleas de perfil crónico, sufren el riesgo de desarrollar cefaleas por abuso de medicamentos. El uso inapropiado de la medicación sintomática favorece el desarrollo de este tipo de cefaleas. Este abuso, perpetua y agrava el problema inicial. La retirada brusca del fármaco de abuso, provocará síntomas de rebote, que empeoran la clínica. Este es un problema de difícil solución y que precisa de actuaciones concretas. Los triptanes se están convirtiendo en una de las causas más comunes de esta clase de cefalea, ya que la cefalea por rebote es más corta en estos fármacos (4,1 días) en comparación con los ergóticos (6,7 días) y los analgésicos simples (9,5 días), lo que dificulta aún más la deshabitación.

BIBLIOGRAFÍA

- Rivilla-Marugán L, Ramada Soriano A, González Rodríguez VM, Arrieta Antón E. Cefalea crónica diaria y por abuso de analgésicos. *Semerger*. 2008;34:291-6.
- Fontanillas Garmilla N, Pascual Gómez J, Colás Chacartegui R. Cefalea crónica diaria por abuso de analgésicos. *Rev Clin Med Fam*. 2009;2.
- Cano A, Roquer J. Tratamiento ambulatorio de la cefalea crónica secundaria al abuso de preparados ergóticos. *Aten Primaria*. 1996;17:179-81.

10/599. DOCTOR@: ¿QUÉ LE PASA A MIS PIERNAS?

D. Rosillo Castro^a, M. Pérez López^a, E. Tomás Jiménez^b, R. Dus^a, E. Polozhaev^a y J. Rivas Báeza

^aCS Vistabella; ^bHGU Reina Sofía. Murcia.

Descripción del caso: Mujer 34 años, acude a consulta refiriendo mioclonías a nivel extremidades inferiores. AP: No Alergias medicamentosas conocidas. No HTA. No DM, No DLP. Lesión desmielinizante a nivel nervio ciático poplíteo izquierdo de carácter severo por accidente tráfico hace 2 años. Niega hábitos tóxicos. Qx Pierna izquierda. La paciente refiere que le ocurre desde hacía 3 semanas, refiere que el primer episodio fue en reposo y notó como "una quemazón" en la pierna y a continuación un "espasmo"; dice que no le dio importancia, hasta que se repite en 3 ocasiones más por lo que acude al Servicio de Urgencias hospitalarias, donde tras analítica derivan a Neurólogo de zona, y pautan pregabalina 75 mg, con mejoría parcial. A la exploración física la paciente no presenta alteraciones externas en miembros inferiores, excepto cicatriz de cirugía, ROT estaban conservados y simétricos, pulsos pedios y ti-

biales presentes, RCP flexor bilateral, sensibilidad termoalgésica presente en miembro inferior derecho y disminuida en izquierdo, fuerza 5/5. La paciente es valorada en consultas externas de Neurología, quien solicita potenciales evocados. A la espera de las pruebas la paciente acude en múltiples ocasiones por agravamiento de los síntomas, con mioclonías también a nivel de miembros superiores, que le incapacitan para iniciar el sueño, refiere que debe levantarse de la cama para que cesen y presenta insomnio asociado, por lo que se pauta diazepam a dosis decrecientes. La paciente acude de nuevo y aporta potenciales evocados sin alteraciones; refiriendo el empeoramiento del cuadro, teniendo hasta 20 episodios de mioclonías en una noche, por lo que ante sospecha de síndrome piernas inquietas se inicia tratamiento con clonazepam 0,5 mg, con mejoría de los síntomas y disminución de los episodios. En el momento actual, la paciente presenta crisis esporádicas y se está revalorando el tratamiento ante la idea de embarazo.

Exploración y pruebas complementarias: Electromiografía: Axonotmesis parcial, de grado severo del nervio ciático poplíteo externo izquierdo en cabeza de peroné, en estadio de secuelas. Potenciales evocados: auditivos de tronco cerebral, visuales, somato-sensoriales a partir de ambos nervios medianos y tibiales posteriores dentro de límites normales.

Juicio clínico: Síndrome Piernas Inquietas (SPI).

Diagnóstico diferencial: Síndrome Guillain-Barré. Esclerosis múltiple. Síndrome piernas inquietas.

Comentario final: El Síndrome de Piernas Inquietas (SPI) se puede diagnosticar a través de un sencillo cuestionario, basándose en estos cuatro criterios: -Necesidad de movimiento de las piernas, que generalmente va acompañado de sensaciones molestas. Inquietud motora en la extremidades inferiores; -Agravamiento de los síntomas durante el reposo, y mejoría con el movimiento; -Aparición (o exacerbación) de los síntomas por la tarde/noche. Los síntomas y el historial médico son claves para un buen diagnóstico. No existe ninguna prueba de laboratorio que pueda confirmar el diagnóstico del SPI. Sin embargo, un examen médico exhaustivo, puede desvelar problemas tales como la falta de hierro que pudiera estar asociada con el SPI. En algunos casos se requerirá un estudio de sueño nocturno para determinar otras posibles causas asociadas al SPI. Su etiología es desconocida, se ha relacionado con múltiples trastornos (especialmente con aquellos que también pueden producir polineuropatía) pero en la actualidad sólo se acepta una relación causal con la ferropenia y la insuficiencia renal. Las formas idiopáticas son mayoría.

BIBLIOGRAFÍA

- Martínez García M. Actualización en Medicina de Familia. Una revisión del síndrome de piernas inquietas. *Semerger*. 2008;34:80-6.
- Ezquerro Gadea J, López Larráyoiz I, Escibano G, García Muñoz M. Síndrome de las piernas inquietas. ¿Se conoce en atención primaria? *Aten Primaria*. 2003;31:553.
- Baos Vicente V, Grandas Pérez F, Kulisevsky Bojarski J, Lahuerta Dal-Ré J, Luquín Piudo R, Cummings Donadio P, et al. El síndrome de piernas inquietas: detección, diagnóstico, consecuencias sobre la salud y utilización de recursos sanitarios *Rev Clin Esp*. 2009;209:371-81.

10/602. ALGO MÁS QUE UNA DIARREA

M. Pérez López, D. Rosillo Castro, J. Barba Martínez, F. Torres Ruiz, T. Martín Casquero y M. García Palacios

CS Vistabella. Murcia.

Descripción del caso: Mujer de 73 años nuligesta, acude a la consulta del centro de salud por dolor abdominal tipo cólico localizado en meso y epigastrio acompañado de vómitos de contenido alimenticio y algún episodio de diarrea sin productos patológicos asociados por lo que fue diagnosticada en múltiples ocasiones de

gastroenteritis. Al revisar a la paciente y rehistoriarla refiere dicha sintomatología desde hace dos años, por lo que se solicita como prueba complementaria radiografía simple de abdomen observándose una gran imagen en pelvis menor. Se remite al servicio de urgencias del hospital de nuestra zona para su valoración por ginecología. En dicho servicio, y tras ser valorada, se le realiza TAC abdominal y posteriormente es intervenida practicándose histerec-tomía más doble anexectomía.

Exploración y pruebas complementarias: Aparato cardiopulmonar: sin alteraciones. Abdomen: globuloso, blando, depresible, doloroso a la palpación profunda de forma generalizada, focalizando más en hipogastrio con defensa voluntaria a ese nivel. Miembros Inferiores: sin alteraciones. Analítica: bioquímica sin alteraciones. Hemograma sin alteraciones. Orina: leucos 100 resto sin alteraciones. Rx abdomen simple: gas intraluminal con asas de intestino delgado distendidas y algo dilatadas. En pelvis menor masa bilobulada de límites bien definidos con alguna calcificación grosera. TC abdominopélvico: En pelvis se aprecian dos masas, una de 103 mm de tamaño isodensa y paredes parcialmente calcificadas, localizada en espacio de Douglas, y otra de 34 mm de tamaño hiperdensa, con calcificaciones groseras periféricas, localizada en FII. Probablemente existe una tercera masa en FID de 29 mm de tamaño, levemente hipodensa y con finas calcificaciones en su periferia. Distensión de asas de ID con grosor de pared normal, identificando punto de cambio de calibre en FID, a nivel de probable masa anexial derecha. Pequeño nódulo de 8,6 mm de tamaño localizado en grasa omental a nivel de hipocondrio izquierdo. Moderada cantidad de líquido perihepática, en gotiera paracólica derecha y la pelvis. No se aprecian ganglios intraabdominales de tamaño aumentado. Biopsia de útero: pieza de histerec-tomía total más anexectomía izquierda: Cistoadenocarcinoma mucinoso de ovario izquierdo.

Juicio clínico: Cistoadenocarcinoma de ovario izquierdo.

Diagnóstico diferencial: Previo la radiografía simple de abdomen. Gastroenteritis aguda. Colon irritable. Enfermedad intestinal isquémica. Posterior a la radiografía simple de abdomen. Mioma uterino. Teratoma.

Comentario final: El cáncer de ovario ocupa el sexto lugar entre las neoplasias malignas que afectan a la mujer, suponiendo un 4% del total; siendo uno de los mayores retos de la ginecología actual ya que su diagnóstico precoz continúa siendo un problema no resuelto. Al presentar la paciente durante dos años sintomatología compatible con el aparato digestivo, hasta que no se vio la radiografía no se pensó en dicha patología ginecológica.

BIBLIOGRAFÍA

1. National Comprehensive Cancer Network. Cáncer del ovario. Guías de tratamiento para los pacientes. Versión II/agosto de 2004 [Seriado en línea] < http://www.nccn.org/patients/patient_gls/_spanish/_ovarian/contents.asp > consultado 23 de octubre de 2006. //www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ovariancancer.html
2. Medial Center University of Maryland. Cáncer de ovario [documento en línea] < http://www.umm.edu/esp_ency/article/000889.htm > consultado 23 de octubre de 2006.
3. Instituto Nacional del Cáncer. Cáncer de ovario. Tumores del ovario de bajo potencial maligno (PDQ): Tratamiento desde los Institutos Nacionales de la Salud. [página en Internet] 2007 [actualizado 20 May 2007; citado 13 Jun 2007]. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ovariancancer.html>

10/653. UN CASO DE EPIGASTRALGIA IRRADIADA A TÓRAX

M. Manzano García

Hospital Marina Salud. Denia. Valencia.

Descripción del caso: Mujer de 76 de edad que consulta por cuadro de dolor en epigastrio de moderada intensidad, urente, que

se irradia a zona torácica y espalda, acompañado de náuseas, sudoración y eructos. El cuadro se inicia tras la ingestión de zumo de naranja, sin precisar la duración del dolor. La paciente, tras ser referida al hospital se niega a ir y es obligada, dado la presencia en ECG de amputación de R en V1-V2-V3 y T negativas en cara anterior sin alteraciones del ST. En Urgencias Hospital la P está asintomática. La paciente no refiere alergias y como AP: osteoporosis.

Exploración y pruebas complementarias: La P presenta BAG, NCyNH, CyO. ACP fisiológico y abdomen con dolor en epigastrio a la palpación. Afebril, SatO₂ 100%, TA 176/100. Analítica: 1ª trop 3,21, CK 9,55; 2ª trop 3,29; CK 15,58. ECG, bloqueo rama der, T negativa en V1 a V6. Rx tórax anodina. Cateterismo: afectación (80%) DAm y DG mayor fina (50%).

Juicio clínico: SCASEST. ICI. Enfermedad de 1 vaso.

Diagnóstico diferencial: Enfermedad coronaria, abdominalgia.

Comentario final: Se propone tratamiento con antiagregación, AAS, clopidogrel 75 mg, ramipril 2,5, atorvastatina. Control por MAP y Cardiología en 1 mes. En AP se hace una historia relacionada con su seguimiento de su enfermedad cardiovascular y la conductas y hábitos relacionados con la salud, en la que se incluye el área psicológica, el área social con su genograma, problemas identificados por la paciente y por el Residente, necesidades atendidas y no atendidas por el sistema de cuidados. Se instaura un plan de cuidados al inicio y posterior seguimiento del tratamiento, según el protocolo de control de La Guía de Prevención Secundaria del IM en AP.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fluixa C (coord), Ajenjo A et al. Guía de Prevención secundaria del Infarto de Miocardio en atención primaria, 3ª ed, 2005; Sociedad Valenciana de MFyC.
2. Ashley E, Niebauer J. Cardiología Razonada. Ediciones Médicas SL, 2004.

10/658. LIPOMATOSIS LINGUAL

M. Núñez Vásquez, S. Darkaoui, M. López Carbajo, M. Álvarez Díez, L. López Herrero y D. Reyes Ruvalcaba

Descripción del caso: Varón de 77 años que desde hace dos años nota un aumento gradual del tamaño de la lengua y que consulta con su médico porque últimamente el crecimiento se aceleró más. Presenta sialorrea y no refiere otra sintomatología acompañante. Antecedentes familiares: hermano con hipernefroma. Antecedentes personales patológicos: artrosis cervical, espolón calcáneo, periartritis escapulohumeral, tendinitis supraespinosa, gota, hipertrofia prostática benigna, pitiriasis versicolor. Tratamiento actual: paracetamol 1000 mg, dexketoprofeno 25 mg.

Exploración y pruebas complementarias: A destacar, macroglosia importante sin adenopatías laterocervicales. No afectación de pares craneales. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen blando sin visceromegalias y extremidades normales con buen llenado capilar distal sin edemas. Hemograma normal, Bioquímica general normal, anticuerpos antinucleares y anti DNA nativo, negativos. Hormonas tiroideas normales. RX de tórax normal. La RX de columna cervical muestra discopatía degenerativa a nivel de C5-C6. El ECG muestra un ritmo sinusal, eje a la izquierda, frecuencia a 70 latidos por minuto, bloqueo de rama derecha del haz de His. En la Ecografía abdominal se observa un hígado sugerente de esteatosis hepática, sin lesiones focales ni aumento de tamaño global. Páncreas, bazo, vesícula y vía biliar normales. Se realiza biopsia de lengua (lipomatosis con afectación de tejido muscular), y biopsia endoscópica (fragmentos de mucosa de intestino grueso; sin alteraciones histológicas reseñables. Piel y subcutáneo de pared abdominal, sin lesiones relevantes. Ausencia de tejido amiloide).

Juicio clínico: Lipomatosis aislada de lengua.

Diagnóstico diferencial: Miositis de lengua¹, Enf. de Madelung², Hialinosis, Amiloidosis³ y Tumores linguales^{4,5}.

Comentario final: Los lipomas son los tumores benignos más frecuentes, pero en la cavidad oral es poco frecuente (1-4% de los casos). La macroglosia es el signo principal, y el diagnóstico de confirmación se llega a través de la anatomía patológica. La glossectomía de reducción se indica cuando existen deficiencias funcionales severas, siendo la más importante la obstrucción de la vía aérea.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lee MW, Huh JR, Lee WJ, Choi JH, Moon KC, Koh JK. Focal myositis of the tongue presenting as macroglossia. *Clin Exp Dermatol.* 2009;34(8):869-72.
2. López-Ceres A, Aguilar-Lizarralde Y, Villalobos-García A, Prieto-Sánchez E, Valiente -Álvarez A. Lipomatosis simétrica benigna de la lengua en la enfermedad de Madelung. *Rev Esp Cir Oral y Maxilofac.* 2006;28:114-8.
3. Khoudri I, Marcil T, Elmeknassi I, Kzadri M, Ismaili N, Afifi Y, Senouci K, Hassam B. Oto-Rhino-Laryngology (ORL) tumor presentation in a case of systemic AA amyloidosis. *Dermatol Online J.* 2009;15(11):6.
4. Colella G, Biondi P, Caltabiano R, Vecchio GM, Amico P, Magro G. Giant intramuscular lipoma of the tongue: a case report and literature review. *Cases J.* 2009, 2:7906 doi: 10.4076/1757-1627-2-7906.
5. Laco J, Mentzel T, Hornychova H, Kohout A, Jirousek Z, Ryska A. Atypical lipomatous tumors of the tongue: report of six cases. *Virchows Arch.* 2009 455:383388 DOI 10.1007/s00428-009-0835-6

10/659. INSUFICIENCIA CARDÍACA EN UN PACIENTE JOVEN: A PROPÓSITO DE UN CASO

M. Castro Neira^a, F. Beramendi Garciandía^a, M. Zapatería^b, Z. Cojocariu^a, M. Hernández Espinosa^a y M. Molina Samper^b

^aCS Iturrama. Pamplona; ^bHospital Virgen del Camino. Pamplona.

Descripción del caso: Paciente de 38 años, asintomático desde un punto de vista cardiovascular realizando una vida activa, que acude a nuestra consulta por disnea de esfuerzo progresiva hasta hacerse de moderados esfuerzos con ortopnea de dos almohadas sin disnea paroxística nocturna ni demás matutinos ni oligoanuria. No dolor torácico. No mareo, síncope o palpitaciones. No refiere proceso infeccioso intercurrente. En octubre de 2009 en una revisión de empresa se detectaron cifras de TA elevada por lo que estaba pendiente de valoración por nuestra parte. No refiere episodios de sudoración profusa, nerviosismo, palpitaciones, enrojecimiento facial o diarrea. En la exploración destaca una TA de 226/166, con crepitantes finos bibasales, edemas con fovea +/+++.

No Inurgitación yugular. El paciente se niega a ser trasladado a un servicio de Urgencias, por lo que se le administra Capoten y Seguril con buen control de TA, así que se pauta furosemida 1 comprimido/12h y captopril 25 1 comprimido/24h y se solicita analítica sanguínea, Radiografía de tórax y AMPA. Dados los resultados de las pruebas solicitadas y la buena respuesta al tratamiento iniciado se cambia a Adalat oros 30 1/12h, Emconcor 2,5 1/24h y Torasemida 1/24h. Se remite a Cardiología donde añaden Enalapril 20 con buen control de TA.

Exploración y pruebas complementarias: ECG: ritmo sinusal a 106 lpm. Voltajes elevados en precordiales. Pobre progresión de R en V1.V3 (con onda S profunda). Rx tórax: cardiomegalia ligera. Redistribución vascular. Laboratorio: hemoglobina 11,5 g/dL, glucosa 95 mg/dL, urea 83 mg/dl. Creatinina 2,33 mg/dl. Potasio: 5 mg/dl. AMPA: TA media 180/100. ECO-cardio: cardiopatía hipertensiva con VI no dilatado, con hipertrofia parietal moderada. Al dilatada. Derrame pericárdico leve. HOLTER PA: PAM de 24 horas 124/70 y pulso de 47 lpm. PAM diurna 125/70, PAM nocturna 121/65; Patrón non dipper. ECO abdominal: riñones de pequeño tamaño de forma bilateral (8 cm). Cateterismo: enfermedad coro-

naaria significativa en rama secundaria. Arterias renales sin lesiones significativas. Interconsulta a Oftalmología: retinopatía esclerohiper-tensiva.

Juicio clínico: HTA con afectación orgánica secundaria. Cardiopatía hipertensiva, con función sistólica de VI ligeramente deprimida con episodio de insuficiencia cardiaca. Retinopatía esclerohiper-tensiva. Enfermedad renal crónica estadio 3 (no biopsada). Obesidad.

Diagnóstico diferencial: Cardiopatía isquémica. Feocromocitoma. Estenosis arterial renal. Miocardiopatía dilatada (¿viral?). Coartación aórtica. HTA esencial de larga evolución. Hiperaldosteronismo.

Comentario final: La insuficiencia cardiaca es un síndrome clínico definido por la incapacidad del miocardio para mantener un volumen adecuado que atienda los requerimientos metabólicos del organismo. La causa más frecuente de insuficiencia cardiaca en los países desarrollados son la enfermedad coronaria y la HTA. Ante todo paciente con clínica de insuficiencia cardiaca o deterioro de su clase funcional, es obligado reconocer y tratar los factores precipitantes o agravantes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martín Asenjo R, Bastante Valiente MT, Torres Macho J. Insuficiencia Cardiaca. En: Manual de diagnóstico y terapéutica médica. 12 de Octubre.
2. García-Donaire JA, Cantero Bengoechea JF, García Sánchez JI. Hipertensión arterial. En: Manual de diagnóstico y terapéutica médica. 12 de Octubre.

10/720. SÍNDROME CONSTITUCIONAL Y ARTRALGIAS

C. Artiles Curbelo

CS Doctoral. Gran Canaria.

Descripción del caso: Varón de 50 años que acude a consulta de atención primaria por síndrome constitucional (pérdida de 25 kg en seis meses con apetito conservado), y artralgias generalizadas, acompañado de parestesias nocturnas y referir "orinar mucho". AP: exfumador de 5 años. No otros hábitos tóxicos. No tratamiento domiciliario. EF: normal, salvo en exploración abdominal se palpa la punta de bazo.

Exploración y pruebas complementarias: Hemograma: anemia normocítica, resto normal. Bioquímica: urea 70, Cr 3,27, ácido úrico 8,9. Calcio corregido 13,8. Sodio y potasio normales. GOT, GPT, GGT normales. TSH y T4 libre normales. Fe 17, VSG 39, PCR 1. Sistemático de orina normal. Rx tórax: normal. Se diagnostica insuficiencia renal prerrenal secundaria a nefropatía hipercalcémica.

Juicio clínico: Sarcoidosis. Se inicia tratamiento de sarcoidosis con glucocorticoides orales, mejorando sintomatología e insuficiencia renal.

Diagnóstico diferencial: Enfermedad neoplásica. Hiperparatiroidismo. Hipertiroidismo (descartado). Insuficiencia adrenal. Enfermedades granulomatosas: sarcoidosis, berilosis, tuberculosis, micosis sistémicas... Inmovilización (descartado). Medicamentos (descartado). Intoxicación con vit D o vit A (descartado). Se decide derivación a consultas externas de medicina interna para estudio, quienes tras valoración deciden ingreso. Se completan pruebas complementarias y se realiza algoritmo dx. Tras algoritmo dx nos queda que pensar en mieloma, linfoma, enf. granulomatosas (sarcoidosis, TBC, sífilis...). Se realizan estudios de ETS, todas negativas, ECA 227,4 u/L. TAC cuello-tórax-ABD-pelvis con contraste: en parénquima pulmonar patrón intersticial reticular bilateral y difuso. Adenopatías hiliares bilaterales y paratraqueales. Ganglios linfáticos supraaórticos, paraaórticos, paraesofágicos y pericárdicos. Esplenomegalia de 20 cm. Lavado broncoalveolar: linfocitos CD4 > CD8. BAL y BAS negativo para micobacterias. Gammagrafía con ga-

lio: acúmulo en fosa supraclavicular izquierda, compatible con adenopatía sin determinar naturaleza. Biopsia de médula ósea: sin evidencia de infiltración por neoplasia hematológica. Biopsia de ganglio linfático de cadena mamaria izquierda sugestiva de sarcoïdosis.

Comentario final: Se realiza dx con la combinación de cuadro clinicorradiológico sugestivo demostración y la demostración de granulomas no caseificantes en uno o más tejidos. Suele afectar al metabolismo del calcio dando lugar a insuficiencia renal. 2/3 evolucionan a remisión completa tras tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guía de actuación en Atención Primaria, 3ª ed.
2. Guías clínicas Fisterra.com.
3. Tratado de Fisiología médica. Guyton, 10ª ed.
4. Tratado de medicina interna Ferreras, 14ª ed.

10/726. CEFALEA DE INICIO EN PERSONA MAYOR. ¿SIEMPRE BANAL?

C. Márquez Alonso

Unidad Docente de MFyC. Santa Cruz de Tenerife Zona I. GAP.

Descripción del caso: Paciente mujer de 66 años de edad. Antecedentes personales: dislipemia, sobrepeso, colon irritable, operada de apendicitis, flebotomía MMII y conización. Motivo de consulta: Acude por tercer día consecutivo a la consulta de su médico de familia por cuadro de cefalea hemisférica derecha pulsátil de dos semanas de evolución, acompañada de fotofobia, fonofobia y visión borrosa. En ese tiempo ha presentado fiebre de hasta 38,5º en dos ocasiones y se añaden vómitos la noche anterior. Ha sido vista en dos ocasiones en Centros de Urgencias de Atención Primaria la semana previa, siendo diagnosticada de cefalea migrañosa y pautándole Paracetamol e ibuprofeno sin mejoría.

Exploración y pruebas complementarias: Se detecta hemianopsia homónima izquierda, siendo el resto de la exploración general y neurológica normal. No se realiza oftalmoscopia. Se remite con carácter urgente al Hospital de referencia por sospecha de organicidad. TAC craneal: Proceso expansivo intracerebral en fosa posterior derecha que desplaza la línea media. Se deriva a hospital de tercer nivel para estudio contrastado, informado como: Proceso expansivo tumoral de escasa agresividad compatible con astrocitoma grado I-II, occipital derecha. Hematimetría: discreta leucocitosis con neutrofilia. RMN contrastado: Imágenes sugestivas de lesión tumoral de alta agresividad, no obstante la existencia en su interior de restricción de difusión, sugieren proceso infeccioso, probablemente sobreañadido.

Juicio clínico: Tumor cerebral.

Diagnóstico diferencial: Absceso cerebral, ictus, epilepsias idiopáticas y criptogénicas, enfermedad desmielinizante, hidrocefalia de origen no tumoral y hemorragia subdural crónica.

Comentario final: Se ingresa en servicio de Neurocirugía para cirugía de exéresis, hallándose un absceso cerebral, que se drena y se toman muestras para estudios. En los cultivos bacteriológicos y micológicos no se obtuvo crecimiento, y el estudio anatomopatológico descartó presencia de células tumorales. Se le pautó cobertura antibiótica empírica, presentando total recuperación de la clínica excepto la persistencia de una cuadrantanopsia superior izquierda. Se vuelve a entrevistar a la paciente y la familia, insistiendo en los posibles factores de riesgo de absceso cerebral e informan que justo una semana antes de comenzar la cefalea, acudió a cita de odontología, para limpieza bucal y extracción dentaria. Se supone que esta fue la puerta de entrada del germen infeccioso. Como conclusión, destacar que se debe tener en cuenta los signos y/o síntomas de alarma al enfrentarnos a una cefalea, que sugieren su etiología secundaria. En este caso concreto la paciente presentó

cefalea de novo en edad adulta, fiebre, persistencia sin mejoría y alteraciones visuales¹⁻⁴. En segundo lugar, la importancia de realizar la exploración neurológica que incluya oftalmoscopia a ser posible, puntos obviados en este caso hasta la quinta consulta en Atención Primaria, lo que de haberse tenido en consideración habría supuesto un diagnóstico e intervención más rápidos. También muy importante la entrevista clínica, que ante los hallazgos de de la exploración neurológica no sólo se debe pensar en el tumor cerebral como primera posibilidad, sino que tomando en consideración los picos febriles, y el antecedente del tratamiento odontológico podría haber indicado sospechas sobre el absceso cerebral, lo cual se considera una urgencia neuroquirúrgica, y actuar en consecuencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Clinch CR. Evaluation of acute headaches in adults. *Am Fam Physician*. 2001;63(4):685-92.
2. Joubert J. Diagnosing headache. *Aust Fam Physician*. 2005;34(8):621-5.
3. Hawkes C. Smart handles and red flags in neurological diagnosis. *Hosp Med*. 2002;63(12):732-42.
4. Ceppi M, Willi C, Hugli O, Regli L, Cereda C, Maeder P, et al. [Guidelines for the diagnostic evaluation of patients presenting in emergency for an acute non-traumatic headache]. *Rev Med Suisse*. 2008;20;4 (167):1741-6.

Pósters

10/7. DIFERENCIAS EN LA GESTIÓN DE LA CONSULTA DE LOS MÉDICOS DE UN CENTRO DE SALUD

F. Antón García, A. Cubides Núñez, F. Rivera Casares, D. Pruteanu y E. Correchar Salvador

CS Fuensanta. Valencia.

Objetivos: Valorar la gestión de la consulta de los médicos de un Centro de Salud (CS) y su reevaluación tras acción de mejora.

Metodología: En nuestro CS urbano, nivel socioeconómico bajo, trabajan 6 médicos generales, cuyos cupos son similares. Se ha calculado el índice de frecuentación de cada consulta en un periodo de 4 meses (octubre 2008-enero 2009). Ante las divergencias ostensibles entre consultas se realizó acción de mejora consistente en una sesión clínica sobre gestión de consulta desarrollada por el médico que mejor gestionaba la consulta y posteriormente se volvió a calcular el índice de frecuentación en otro periodo similar (octubre 2009-enero 2010) comparando resultados. Se ha comparado también el porcentaje de derivaciones a especialistas a la frecuentación de cada consulta.

Resultados: El índice de frecuentación (visitas/paciente/4 meses) antes y después de la acción de mejora, globalmente no se ha modificado: 2,16; 2,16. Los datos por consultas son: C1: 1,72; 1,79. C2: 1,81; 1,61. C3: 1,98; 1,98. C4: 2,15; 2,51. C5: 2,36; 2,27. C6: 2,58; 2,77. Las 3 consultas con menor índice han pasado de 1,84 a 1,79. Las 3 consultas con índice peor han pasado de 2,36 a 2,52. Consultas con derivación creciente a especialistas es C2, C3, C1, C4, C6, C5.

Conclusiones: La acción de mejora realizada sobre gestión de la consulta, no ha modificado el índice global de frecuentación. Las tres consultas con mayor índice previo, han empeorado tras la sesión, además son las que más consultas a los especialistas generan.

10/8. SITUACIÓN, SEGÚN GRADO DE RIESGO CARDIOVASCULAR, DE LOS PACIENTES DISLIPÉMICOS TRATADOS EN NUESTRO CENTRO

F. Antón García, A. Cubides Núñez, E. Correcher Salvador, D. Pruteanu, I. Tomás Saura y J. Catalán Macián

CS Fuensanta. Valencia.

Objetivos: Valorar evolutivamente el porcentaje de pacientes dislipémicos en objetivos, según su nivel de riesgo cardiovascular.

Metodología: Valorar desde 2006 a 2008 en la Historia Clínica Electrónica (HCE) de pacientes dislipémicos las variables: colesterol y sus fracciones, tratamiento farmacológico, cumplimentación por el paciente e inercia terapéutica, según nivel de riesgo. (Objetivos ATP III: Riesgo Alto (RA): antecedentes personales de patología cerebro-cardio-vascular o diabetes. Riesgo Medio (RM): existencia de 2 o más factores riesgo (FR) vascular. Riesgo Bajo (RB): 1 o ningún FR. Análisis datos con SPSS.

Resultados: De los 267 pacientes evaluados: 113 tienen RA, 97 RM, 54 RB. Datos 2006-2007-2008: Pacientes RA (113): Tratamiento farmacológico: 82,1%, 86,7%, 85,8%. Colesterol (mg/dl): 210,8; 196,2; 199,3. LDL-colesterol: 134,6; 119,5; 124,8. HDL-colesterol 44,8; 48,4; 51,1. En objetivos (LDL \leq 100): 14%; 24%; 20%. Cumplimentación terapéutica: 81,8%. Inercia terapéutica: 72,3%. Pacientes RM (97): Tratamiento farmacológico: 63,5%; 68,7%; 73,7%. Colesterol (mg/dl): 221,2; 224,1; 217,4. LDL-colesterol: 148,2; 144,8; 139,8. HDL-colesterol: 48,8; 56,4; 59,1. En objetivos (LDL \leq 130): 35%; 35%; 44%. Cumplimentación terapéutica: 78%. Inercia terapéutica: 72%. Pacientes RB (54): Tratamiento farmacológico: 48%; 48%; 54%. Colesterol (mg/dl): 245,5; 223,5; 236,5. LDL-colesterol: 171,9; 143; 152. HDL-colesterol: 50,1; 54,5; 58. En objetivos (LDL \leq 160): 44%; 69%; 60%. Cumplimentación terapéutica: 55%. Inercia terapéutica: 68%.

Conclusiones: Es preciso mejorar el control lipídico de los pacientes con RA disminuyendo la inercia terapéutica. La evaluación periódica de los pacientes dislipémicos es la única manera de saber su situación y poder establecer acciones de mejora.

10/37. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE ASMA EN POBLACIÓN ADSCRITA A UN CENTRO URBANO

C. Blanco Bruña, I. Morales Barroso, M. Trani Moreno y C. Dastis Bendala

CS Pino Montano B. Sevilla.

Objetivos: Conocer Prevalencia de asma, nivel de control y factores relacionados.

Metodología: Diseño, ámbito de realización y nivel de atención sanitaria, criterios de selección, número de sujetos incluidos, número de sujetos que responden y abandonos, intervenciones (si procede), variables y métodos de evaluación de la respuesta. Tipo de estudio: estudio transversal descriptivo. Ámbito: Zona Básica de Salud. Población diana: Pacientes asmáticos pertenecientes a la ZBS. Pacientes diagnosticados de asma, a partir de 14 años. Criterios de selección: diagnóstico de asma, 14 o más años, pertenecer a la ZBS. Total: 697. Tamaño muestral: 62. Variables: nivel de control, Grado conocimientos sobre el asma, realización pruebas función respiratorias y estudios alergia, tratamiento correcto, asistencias a urgencias, crisis solucionadas en domicilio y vacunación antialérgica último año. Análisis descriptivo: Variables cuantitativas: resúmenes numéricos (máximo, mínimo, mediana, media y desviación típica). Variables cualitativas: tablas de frecuencias (número de casos y porcentajes).

Resultados: Prevalencia: 4,21%. Nivel de control: 82,3% deficiente, de los cuales 27,4% de "No control" y 54,8% "Control parcial" según ítems del ACT. Dicho control deficiente se mantenía durante más de 6 meses al año en el 59,7% de los individuos. Grado de co-

nocimiento: El 87,1% malo; el 3,2% aceptable y el 9,7% bueno. PFR y test alergia: 59,7%. Tratamiento correcto: 21%. Crisis anuales solucionadas en domicilio: media 3,43; mediana 2; valor máximo 30; moda 0. Asistencias Urgencias: 32,3% durante el año previo. Vacunación antialérgica último año: el 22,6%.

Conclusiones: Prevalencia inferior a la media nacional. El control y los conocimientos sobre el manejo y control del asma son deficientes, lo que apoya nuestra percepción de fomentar la educación sanitaria en pacientes asmáticos.

10/47. ¿PODEMOS INTENTAR MEJORAR EL CONTROL DE NUESTROS DIABÉTICOS SIN EVALUARLOS PERIÓDICAMENTE?

F. Antón García, A. Cubides Núñez, E. Correcher Salvador, I. Tomás Saura y D. Pruteanu

CS Fuensanta. Valencia.

Objetivos: Evaluar evolutivamente el grado de control metabólico de los diabéticos atendidos en nuestro centro.

Metodología: De la Historia Clínica Electrónica (HCE) se han evaluado las siguientes variables en 2006 y 2008: sexo, edad, tratamiento con insulina, Índice Masa Corporal (IMC), creatinina, HbA1c, colesterol y fracciones, triglicéridos, Filtrado Glomerular (FG). Grado de registro de las variables evaluadas. Análisis datos con SPSS.

Resultados: De los 621 pacientes diabéticos registrados en nuestro centro (prevalencia 10,4%), se ha evaluado una muestra de 136, diagnosticados antes de 2006. Edad media en 2006: 67,5 años (DT 11,4), 57,4% son mujeres. Datos globales 2006-2008: Tratamiento con Insulina: 17%; 25%, IMC: 31,3; 31. Creatinina (mg/dl): 0,99; 0,99. HbA1c: 7,59; 7,46. Colesterol (mg/dl): 197,6; 191,4. LDL-colesterol: 123,7; 117,4. HDL-colesterol: 42,3; 48,2. Triglicéridos (mg/dl): 183,4; 179,3. FG (MDRD-4) (ml/min/1,73): 71,6; 72,4. Pacientes con severo descenso FG (< 30): 0,9%; 1,6%. Cuando apareamos los datos de 2006 y 2008 se aprecia una mejoría global en las variables evaluadas, aunque sólo en el caso del HDL-colesterol la mejoría es estadísticamente significativa ($p < 0,0001$). Datos registrados (2006-2008) en la HCE: IMC: 80%; 81%. HbA1c 81%; 92%. Colesterol: 90%; 95%. LDL-colesterol: 76%; 89%. HDL-colesterol 81%; 91%.

Conclusiones: El grado de control metabólico de los pacientes diabéticos evaluados refleja una mejoría evolutiva discreta. Es fundamental hacer evaluaciones periódicas de nuestros pacientes para saber dónde estamos y poder establecer las acciones de mejora pertinentes. Se observa una mejoría evolutiva en el registro de los datos en la HCE.

10/76. URGENCIAS HOSPITALARIAS INFLUIDAS POR EVENTOS SOCIALES

R. Escamilla Pérez, J. Díez Vigil, J. Monge Gómez, A. González Góngora y S. Pérez Gómez

CS Virgen del Mar. Almería.

Objetivos: La percepción subjetiva que se tiene en nuestro servicio de urgencias es que la asistencia sanitaria está influida por eventos sociales relevantes.

Objetivos: 1. Conocer el número de urgencias en ciertos días escogidos. 2. Desglosar el número absoluto de urgencias por áreas. 3. Cuantificar el número total de urgencias por patologías más frecuentes.

Metodología: Diseño: estudio observacional descriptivo transversal. Población de referencia: pacientes que acuden al servicio de urgencias del hospital de referencia de nuestra ciudad. Población de estudio: Pacientes que acudieron a dicho servicio de urgencias en los siguientes días: 16/5/09: Final de Eurovisión; 23/6/09: Festividad local de San Juan; 29/6/09: Final Eurocopa de Fútbol;

20/9/09: Final Eurobasket; 24/12/09: Nochebuena; 1/1/10: Año Nuevo; 10/4/10: Partido de Fútbol Madrid-Barcelona. Tamaño muestral: 2.345 pacientes que acuden a nuestro servicio de urgencias los días mencionados. Análisis estadístico: se hace análisis descriptivo de los datos con frecuencia y porcentaje para las variables cualitativas y medias, desviaciones típicas y rangos para las variables cuantitativas. Todos los análisis estadísticos se efectuaron con el soporte informático Microsoft Office Excel 2003.

Resultados: Teniendo en cuenta que la media diaria de asistencia a urgencias es de 503,5 pacientes se obtuvieron los siguientes resultados: 16/5/09: 405 pacientes. 62,96% generales, 29,38% pediátricas, 7,65% ginecológicas. 23/6/09: 385 62,85%, 26,75%, 10,38%. 29/6/09: 364 61,21%, 25,54%, 13,8%. 20/9/09: 417 53,95%, 36,45%, 9,59%. 24/12/09: 370 63,68%, 29,18%, 7,02%. 1/1/10: 404 52,47%, 40,09%, 7,42%. 10/4/10: 387 58,13%, 33,59%, 8,26%. La asistencia global de pacientes que acudieron en estos días fue del 22,48% menos que la media.

Conclusiones: La asistencia a urgencias en días en los que tiene lugar algún evento relevante parece disminuir. Estos datos nos hacen pensar que la asistencia se ve influida por determinados eventos sociales.

10/97. ¿QUÉ FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR PRESENTAN LOS PACIENTES ARTRÓSICOS?

J. Iturralde Iriso^a, S. Giménez Basallote^b, N. Miskovic Karacsonyi^a, G. Mediavilla Tris^c, I. Sánchez Sánchez^b y S. Abad Sánchez^b

^aCS Casco Viejo. Vitoria-Gasteiz; ^bCS Limonar. Málaga; ^cCS Aranbizkarra 1. Vitoria-Gasteiz.

Objetivos: Conocer qué factores de riesgo cardiovascular presentan nuestros pacientes artrósicos.

Metodología: Estudio descriptivo transversal multicéntrico. Fue realizado por médicos de atención primaria de todo el territorio nacional. Se seleccionaron pacientes mayores de 18 años diagnosticados de artrosis de cualquier localización y que a juicio del investigador precisaban un tratamiento con un antiinflamatorio no esteroideo. Para el análisis se utilizó el paquete estadístico SAS® versión 8.2 para realizar todos los análisis estadísticos.

Resultados: Se estudian 3.243 pacientes reclutados por 369 médicos de atención primaria. El 62,3% eran mujeres. La edad media es de 64,4 (± 11,1 años). En la población estudiada el 25,8% eran fumadores, el 19,1% eran diabéticos, la media de colesterol HDL era de 56,7 (± 22,2), el colesterol total medio era de 231,7, el LDL-colesterol medio fue 130,3, la presión sistólica media era de 137 y la diastólica era de 79,7 el 16,1% tenían antecedente familiares de enfermedad cardiovascular y el 87,1% eran hombres con edad ≥ 45 o mujeres en edad ≥ 55. El perfil cardiovascular se evaluó según la fórmula SCORE. El 48,9% de los pacientes se clasificaron en el grupo de riesgo alto, el 30,2% bajo y el 20,9% intermedio.

Conclusiones: Los pacientes artrósicos tienen un riesgo cardiovascular intermedio-alto por lo que a la hora de utilizar antiinflamatorios, fármacos que se prescriben con frecuencia en estos pacientes, debemos utilizar los que nos generen menos problemas.

10/106. ¿SE TOMA MÁS LA TENSIÓN ARTERIAL EN LAS CONSULTAS DOCENTES?

J. Iturralde Iriso^a, N. Miskovic Karacsonyi^a, A. Rodríguez Fernández^b, G. Arnaiz García^b, V. Espinola Morel^b y J. Hurtado Mendoza^c

^aCS Casco Viejo. Vitoria-Gasteiz; ^bCS Olaguibel. Vitoria-Gasteiz; ^cComarca Araba. Vitoria-Gasteiz.

Objetivos: El objetivo de nuestro estudio es conocer si hay diferencias en el screening de tensión arterial si la consulta del médico

de familia es docente para residentes de medicina familiar y comunitaria o no lo es.

Metodología: Estudio descriptivo transversal. Se recogen los datos a través del programa OSABIDE, de todos los médicos de una población urbana que atienden a una población mayor de 14 de aproximadamente 227.000 personas. Para el análisis estadístico se utiliza el programa SSPS 18.0. Se utiliza para análisis el test de U de Mann-Whitney.

Resultados: La muestra es de 143 médicos. El 67,13% son mujeres. Son tutores el 17,48% de todos ellos. No hay diferencias significativas en nº de pacientes según tramos de edad entre los 2 grupos (hemos realizado tramos de 14-64 años, 65-74 años y más de 75 años, con p: 0,29, 0,92, 0,70 respectivamente. La media de pacientes a los que se les ha hecho cribado de tensión arterial es del 55,21% ± desviación estandar (DE) 15,85. Si lo separamos por grupos el de tutores tiene una media de 61,52% DE 14,35. El de no tutores tiene una media de 53,87 DE 15,89. La diferencia entre los dos grupos fue estadísticamente significativa (p < 0,05).

Conclusiones: Los médicos que a la vez son tutores, hacen un mayor screening de la tensión arterial que los no tutores, ya que dentro del programa de la especialidad, es uno de los apartados que se exige realizar, aunque no es un motivo para que los que no son tutores no lo hagan igual.

10/121. ATENCIÓN PRIMARIA ORIENTADA A LA COMUNIDAD (APOC). DIAGNÓSTICO DE SALUD DEL BARRIO

A. Fabá Ollé, V. Saviola, S. Prego Casares, G. Portela, D. Mora Barreno y J. Solé Sancho

CS ABS Raval Sud-Drassanes. Barcelona.

Objetivos: Iniciar un proyecto de APOC en nuestro centro de salud. Caracterizar el barrio e identificar sus principales problemas de salud. Acercarnos a la red asociativa existente.

Metodología: Diseño: descriptivo transversal. Ámbito de realización: Centro de Atención Primaria urbano. Tipo de información: a) Cualitativa: opiniones sobre la percepción de salud del barrio; b) Cuantitativa: parámetros sociodemográficos, económicos y de moribimortalidad. Fuentes de información: a) principal: encuesta con pregunta abierta y respuesta nominal a pacientes, profesionales y asociaciones b) secundaria: base de datos INFOABS, publicaciones históricas.

Resultados: Elevada proporción de inmigrantes (58,5%), mayoritariamente indopakistaníes (48,9%), en edad activa, tendencia acentuada en los últimos 10 años. Mayor incidencia de TBC, VIH y VHA; mayor consumo de drogas; esperanza de vida 4 años inferior al resto de la ciudad. Problemas prioritarios según los pacientes: inseguridad/delinuencia (23%), suciedad (13,5%) y drogas (12,5%). Según los profesionales: pobreza/marginalidad (22%), barrera cultural/segregación (15,3%) y drogas (11%). Según las asociaciones: inseguridad/delinuencia (20%), barrera cultural/segregación (12%) y vivienda (12%).

Conclusiones: El Raval Sud es un barrio socioeconómicamente deprimido de Barcelona, demográficamente cambiante en los últimos 10 años debido al fuerte fenómeno migratorio. Respecto a la percepción de los problemas del barrio, los estrictamente médicos no son la principal preocupación, lo son otros factores que funcionan como determinantes de salud. La valoración de estos no coincide entre pacientes y profesionales. Tener un conocimiento amplio de las características de la comunidad, permite un mejor abordaje del paciente y una mejor adecuación de nuestras intervenciones en salud comunitaria. Conocer la red asociativa del barrio y participar de ella facilitará dichas intervenciones.

10/125. EVALUACIÓN DE LAS QUEJAS COMO INDICADOR DE CALIDAD DE UN CENTRO DE SALUD

F. Antón García^a, D. Pruteanu^a, M. Casabán Folgado^b, M. Gómez Durán^b y A. Núñez^a

^aCS Fuensanta. Valencia; ^bServicio de Atención e Información al Paciente (SAIP).

Objetivos: Valorar la evolución de las quejas en un centro salud (CS) urbano durante 5 años.

Metodología: Variables evaluadas durante 2005-2009: año, sexo, edad del que pone la queja, personal afectado, motivo, tiempo de respuesta. Tasa de quejas.

Resultados: Se han recibido 106 quejas (distribuidas por año: 25, 32, 24,11, 14). El 68% son puestas por mujeres. Las personas más jóvenes (≤ 50 a) ponen el 63% de las quejas. Personal más implicado: médico (49%) y el menos enfermería (7%). Principales motivos: trato recibido (48%) y demora en la asistencia (27%). El tiempo de respuesta por el coordinador del CS es de 4,3 días (DE 3,2). El tiempo entre la puesta de la queja y su registro en el Servicio Atención-Información al Paciente (SAIP) es de 25,6 días (DE 18,2) y desde éste hasta la contestación por Dirección 11,3 días (DE 10,9). Cuando agrupamos los años 2005-2006 y 2008-2009: 1. Las quejas han descendido: 57 y 25. 2. El tiempo de registro en el SAIP: 27,5 y 15,3 días ($p = 0,004$). 3. Tiempo de contestación por la Dirección: 38,2 y 27,1 días ($p = 0,03$). 4. La tasa de quejas/100.000 pacientes: 148,2 y 57,1.

Conclusiones: Las quejas son puestas fundamentalmente por mujeres jóvenes, contra los médicos, por el trato recibido y retraso en la consulta. En nuestro CS han ido descendiendo no sólo las quejas registradas sino también el tiempo de registro y contestación. La evolución de las quejas es un indicador de mejora de la calidad de nuestro CS.

10/187. EPIDEMIOLOGÍA DE LAS HOSPITALIZACIONES POR GONORREA EN ESPAÑA EN UN PERÍODO DE 10 AÑOS (1997-2006)

M. Ariza Mejía, L. García García, A. Álvaro Meca, A. Gil de Miguel y R. Gil Prieto

Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad Rey Juan Carlos. Madrid.

Objetivos: La gonorrea es una de las enfermedades de transmisión sexual más frecuentes en el mundo, supone un grave problema debido a su morbilidad, complicaciones y secuelas asociadas. El objetivo de este estudio es estimar las hospitalizaciones en pacientes con esta enfermedad en España, entre los años 1997 y 2006.

Metodología: Se realizó un estudio retrospectivo usando los datos del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica para datos hospitalarios (CMBD). Se analizaron todas las hospitalizaciones en pacientes con infección gonocócica desde el 1 de enero de 1997 hasta el 31 de diciembre de 2006.

Resultados: Se produjeron 928 hospitalizaciones en pacientes con gonorrea entre 1997 y 2006 en España. La tasa de hospitalización en el periodo de estudio fue 0,227 por 100.000 habitantes, la tasa de mortalidad fue 0,0085 por 100.000 habitantes y la tasa de letalidad fue 3,77%. Las tasas de mortalidad y letalidad fueron significativamente mayores en hombres. Se observó un incremento significativo en la tasa de hospitalización por edad, encontrando los valores más altos entre los pacientes de 0 a 4 años, adultos jóvenes con edades comprendidas entre los veinte y treinta años, y adultos entre 75 y 79 años.

Conclusiones: Aunque la tasa de hospitalización en pacientes con gonorrea se ha mantenido relativamente constante durante nuestro periodo de estudio, se debe insistir en crear políticas sanitarias de control de enfermedades de transmisión sexual y mejorar las ya existentes.

10/188. EPIDEMIOLOGÍA DE LAS HOSPITALIZACIONES POR SÍFILIS EN ESPAÑA EN UN PERÍODO DE 10 AÑOS (1997-2006)

L. García García, M. Ariza Mejía, A. Álvaro Meca, A. Gil de Miguel y R. Gil Prieto

Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad Rey Juan Carlos. Madrid.

Objetivos: La sífilis es una enfermedad de transmisión sexual común entre la población humana y está altamente asociada con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y otras causas de morbilidad. La incidencia de sífilis se ha incrementado en el mundo en los últimos años. Este trabajo describe la epidemiología y tendencia de hospitalizaciones en pacientes con sífilis durante un periodo de 10 años en España.

Metodología: Estudio retrospectivo con datos del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica para datos hospitalarios. Se analizaron todas las altas hospitalarias con infección por sífilis desde el 1 de enero de 1997 al 31 de diciembre de 2006 en España.

Resultados: Se produjeron 9556 hospitalizaciones de pacientes con sífilis entre 1997 y 2006 en España con un aumento significativo de la tasa de hospitalización durante el periodo de estudio desde 2,26 hasta 2,86. La tasa de hospitalización en el periodo fue 2,33 por 100.000 habitantes, la tasa de mortalidad fue 0,07 por 100.000 habitantes y la tasa de letalidad fue 3,17%. Las tasas de hospitalización, mortalidad y letalidad fueron significativamente mayores en hombres. Se observó un incremento significativo en la tasa de hospitalización con la edad a partir de los 5 años de edad.

Conclusiones: Se encontró un importante incremento en la tasa de hospitalización en pacientes con sífilis durante el periodo de estudio. Sífilis continúa siendo un importante problema de salud pública en España, especialmente entre hombres, por lo que las políticas designadas para el control de la transmisión de enfermedades venéreas necesitan mejorar.

10/191. CONTROL DE LA OBESIDAD EN UNA POBLACIÓN DEL PAÍS VASCO

G. Mediavilla Tris^a, J. Iturralde Iriso^b, M. Alarcía Ceballos^b, N. Miskovic Karacsonyi^b, J. Martínez Gorostiaga^c y A. Rodríguez Fernández^d

^aCS Arambizcarra I. Vitoria; ^bCS Casco Viejo. Vitoria; ^cFarmacéutico AP. C. Araba. Vitoria; ^dCS Olaguibel. Vitoria.

Objetivos: La obesidad es una enfermedad crónica, muy prevalente, de etiología multifactorial, que se asocia a múltiples complicaciones crónicas. Nuestro objetivo es conocer el grado de cumplimiento de los indicadores de proceso de atención (cribado, analítica, control anual) de pacientes diagnosticados de obesidad (IMC > 30) en Comarca Araba.

Metodología: Estudio descriptivo, retrospectivo realizado en el último cuatrimestre de 2009 en Comarca Araba. Utilizamos el Programa Informático Osabide para evaluar el grado de cumplimiento de los Criterios de Buena Atención al paciente obeso definidos en la Oferta Preferente de Osakidetza. Cribado: 20-70 años Una medida inicial de peso y talla. Una medición cada 4 años. Se incluyen si IMC > 30 . Analítica anual: glucosa, colesterol total, triglicéridos y ácido úrico. Control anual: peso, talla, adherencia al tratamiento, modificación hábitos vida (dieta, ejercicio, alcohol y tabaco). Excepción diagnóstico menos de un año.

Resultados: Población 20-70 años: 173.534. Población identificada: 12.052. Prevalencia: 6,95%. Estudio analítico: 74,31%. Control periódico: 64,53%.

Conclusiones: En primer lugar destaca la baja prevalencia que aún detectamos, teniendo en cuenta que la esperada por estudios en nues-

tro medio sería de entre un 13,40-15,50%, por lo que hasta ahora hemos logrado una cobertura de sólo el 51,83%. Así mismo deberemos aumentar el control periódico de nuestros obesos con el fin de conseguir que nuestros pacientes alcancen y mantengan un peso corporal próximo al normal, para lo que hará falta intensificar el esfuerzo de nuestros equipos interdisciplinarios, fundamentalmente de enfermería.

10/204. OSTEOPOROSIS. COSTE ECONÓMICO EN UN ÁREA DE SALUD

G. Mediavilla Tris^a, J. Iturralde Iriso^b, N. Miskovic Karacsonyi^b, M. Alarcia Ceballos^b, J. Martínez Gorostiaga^c y A. Rodríguez Fernández^d

^aCS Arambizcarra I. Vitoria; ^bCS Casco Viejo. Vitoria; ^cFarmacéutico AP. C. Araba. Vitoria; ^dCS Olaguibel. Vitoria.

Objetivos: La osteoporosis se caracteriza por una masa ósea baja y deterioro de la microarquitectura del hueso que provoca fragilidad ósea y riesgo de fractura. Estas fracturas producen aumento de la mortalidad, deterioro funcional, un aumento de las necesidades de cuidados, una disminución en la calidad de vida, y una mayor utilización de recursos sanitarios. Nuestro objetivo es analizar la prescripción de medicamentos para el tratamiento de la osteoporosis en un área de Atención Primaria y su coste.

Metodología: Estudio observacional retrospectivo. Se analizaron todas las recetas facturadas en 2009 de Comarca Araba (289.923 hab.), siendo las variables estudiadas: el número de envases y su importe en euros por subgrupos terapéuticos y principios activos (se excluyen vitamina D y calcio).

Resultados: Bisfosfonatos: 60.503 env. 1.929.621,38 €. Risedrónico ácido 44,61% del total 26.992, 1.048.356,98 €. Alendrónico ácido 39,49%, 23.893, 548.070,54 €. Ibandrónico ácido 15,74%, 9.525, 330.136,50 €. Etidrónico ácido 0,13%, 79, 510,20 €. Clodrónico ácido 0,02%, 14, 2.547,16 €. Alendronato en asociación 6.440 env. 183.990,80 €. Ranelato de estroncio 1.740 env. 85.938,60 €. Estrógenos y progestágenos 1.833 env. 15.127,58 €. Raloxifeno 3.986 env. 137.158,26 €. Calcitonina 1.379 env. 98.844,19 €. Total 75.881 env. 2.450.680,81 €. Este coste representa el 5,67% de la factura farmacéutica de C. Araba (43.219.103,52 €) en 2009.

Conclusiones: De acuerdo con las guías NICE creemos que no estamos realizando un tratamiento coste-efectivo de la osteoporosis. Consideramos conveniente la elaboración de una guía clínica que además de recoger estrategias de identificación de pacientes en riesgo, indiquen directrices terapéuticas adaptadas a nuestro medio.

10/206. EL ESFUERZO DE UN AÑO EN DIABETES MELLITUS TIPO II

G. Mediavilla Tris^a, J. Iturralde Iriso^b, M. Alarcia Ceballos^b, N. Miskovic Karacsonyi^b, G. Arnaiz García^c y A. Rodríguez Fernández^c

^aCS Arambizcarra I. Vitoria; ^bCS Casco Viejo. Vitoria; ^cCS Olaguibel. Vitoria.

Objetivos: La diabetes mellitus tipo II es diagnosticada y atendida mayoritariamente por los médicos de Atención Primaria. Nuestro objetivo es ver la evolución que su atención ha tenido entre nuestros pacientes en el último año.

Metodología: Estudio descriptivo, retrospectivo realizado en el último trimestre de 2008 y 2009 en Comarca Araba. Se empleó el Programa informático Osabide para evaluar el grado de cumplimiento de los criterios de Buena Atención al paciente diabético del Contrato Programa del año 2008 y 2009.

Resultados: La población asignada fue 280.925 pacientes en 2008 y de 289.923 en 2009. Nº de diabéticos tipo II diagnosticados 14.290 y 15.233. Estudio analítico se realizó al 48,63% y al 49,29%.

Control periódico (IMC, Educación Sanitaria) hicimos al 52,37% y al 50,83%. Cuidados del pie: 52,65% y 52,34%. Fondo de ojo anualmente si hizo al 34,70% y al 37,17%. Buen control HbA1c (< 7%) conseguimos en el 36,79% y al año siguiente en el 39,40%. Buen control TA (TA < 140/80 mmHg) en el 22,37% y en el 24,29%. Buen control colesterol total (CT < 200 mmHg) en el 30,80% y subimos al 38,86% y buen control del tabaquismo (No fumar) conseguimos en el 93,17% y en el 94,27% respectivamente.

Conclusiones: Aunque hemos mejorado en algunos aspectos educacionales y de prevención, teniendo en cuenta que la mayoría de nuestros diabéticos mueren por enfermedad cardiovascular debemos mejorar más tanto su control tensional, como lipídico para lo que deberemos esforzarnos en su educación sanitaria.

10/297. ¿SE VACUNA MÁS DEL NEUMOCOCO EN LAS CONSULTAS DOCENTES?

J. Iturralde Iriso^a, N. Miskovic Karacsonyi^a, G. Mediavilla Tris^b, M. Pinel Monge^c, M. Ortega Horriño^c y A. Ruiz de Loizaga Arellano^c

^aCS Casco Viejo. Vitoria; ^bCS Arambizcarra I. Vitoria; ^cComarca Araba. Vitoria.

Objetivos: El objetivo de nuestro estudio es conocer si hay diferencias en la vacunación contra el neumococo si la consulta del médico de familia es docente para residentes de medicina familiar y comunitaria o no lo es.

Metodología: Estudio descriptivo transversal. Se recogen los datos a través del programa OSABIDE, de todos los médicos de una población urbana que atienden a una población mayor de 14 de aproximadamente 227.000 personas. Para el análisis estadístico se utiliza el programa SSPS 18.0. Se utiliza para análisis el test de U de Mann-Whitney.

Resultados: La muestra es de 143 médicos. El 67,13% son mujeres. Son tutores el 17,48% de todos ellos. No hay diferencias significativas en nº de pacientes según tramos de edad entre los 2 grupos (hemos realizado tramos de 14-64 años, 65-74 años y más de 75 años, con p: 0,29, 0,92, 0,70 respectivamente. La media de pacientes a los que se les ha vacunado para el neumococo es del 63,10% ± desviación estándar (DE) 16,96. Si lo separamos por grupos el de tutores tiene una media de 66,78% DE 16,10. El de no tutores tiene una media de 62,32% DE 17,10. La diferencia entre los dos grupos no fue estadísticamente significativa (p = 0,249).

Conclusiones: Los médicos que a la vez son tutores, vacunan algo más del neumococo a la población susceptible, aunque no de una manera significativa. Aunque existen controversias con esta vacuna, de momento debemos insistir para cumplir el programa de vacunación contra este germen, no sólo en tutores sino también en el resto de médicos.

10/298. GRADO DE CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL (HTA) EN PACIENTES NO DIABÉTICOS SEGÚN RIESGO CARDIOVASCULAR (RCV): ESTUDIO COMBEX

F. López Corral^a, C. Suárez Fernández^b y G. Muñoz Ortí^c

^aCS Castelló. Madrid; ^bHospital de la Princesa. Madrid; ^cNovartis Farmacéutica S.A. Barcelona.

Objetivos: Describir el grado de control de la HTA en función del RCV en pacientes hipertensos no diabéticos.

Metodología: Estudio epidemiológico, transversal, multicéntrico y nacional en pacientes no diabéticos con HTA de al menos 1 año de evolución, según criterios ESH-ESC-2007. Se definió como mal control si PA ≥ 140/90 mmHg en general y ≥ 130/80 en pacientes con alto/muy alto RCV. Se estimó RCV en base a la guía SEH/SEC. Se evaluó grado de control HTA en función del RCV y en función del ámbito asistencial: primaria o especializada.

Resultados: Se incluyeron 5.644 pacientes hipertensos: 3.767 en atención primaria (1.112 [23,47%] controlados) y 1.869 en especializada (375 [17%] controlados). Edad media 64,1 ± 10 años, 55,37% varones. El tiempo medio transcurrido desde el diagnóstico de HTA fue 7,7 ± 5,8 años. IMC medio 29,0 ± 4,4 kg/m² y perímetro abdominal medio 98,4 ± 13,2 cm. PAS media 153,2 ± 20,2 mmHg y PAD media 89,7 ± 12,3 mmHg. Los niveles lipídicos medios fueron: colesterol-LDL 128,6 ± 35,5 mg/dl, colesterol-HDL 52,0 ± 15,8 mg/dl, colesterol-total 208,8 ± 39,6 mg/dl y triglicéridos 141,7 ± 61,4 mg/dl. Más del 25% de pacientes presentaron glucosa en ayunas > 100 mg/dl. La proporción de pacientes con > 3 FRCV aumenta con el no control de la HTA: 11,1% en el grupo con control-HTA vs 28,3% en el grupo no-control. En este último, la proporción se incrementa en función del grado de gravedad de HTA (26,6%, 28,6% y 34,6% para grados 1, 2 y 3, respectivamente).

Conclusiones: La falta de control de la HTA afecta principalmente a pacientes con RCV alto/muy alto, siendo los que más beneficio lograrían del control adecuado de la HTA.

10/302. DISTRIBUCIÓN DE INERCIA CLÍNICA Y DIABETES MELLITUS TIPO 2 NO CONTROLADA SEGÚN ÁMBITO ASISTENCIAL: ESTUDIO INERCIA

B. Font, R. Lahoz y G. Gambús

Novartis Farmacéutica, S.A. Barcelona.

Objetivos: Describir la inercia clínica (IC), o ausencia de intensificación del tratamiento farmacológico en pacientes que no alcanzan objetivos estándar, en una población de pacientes diabéticos tipo 2 (DM2) no insulinizados.

Metodología: Estudio epidemiológico, transversal, retrospectivo y multicéntrico, realizado en consultas especialistas y de atención primaria de España. 1.555 pacientes cumplieron todos los criterios de inclusión: adultos con DM2, no controlados (HbA1c ≥ 7%), tratamiento hipoglucemiante oral iniciado hace al menos dos años y valores HbA1c disponibles para un mínimo de tres visitas del período. La IC total se definió como la ausencia de intensificación del tratamiento hipoglucemiante en todos los valores HbA1c no controlados. La IC parcial se definió como la ausencia de intensificación en al menos un valor.

Resultados: La edad media de los pacientes fue de 64,7 ± 10,3 años y 9,2 ± 5,7 años desde el diagnóstico de DM2 y un valor medio de HbA1c de 8,2%. El 74% de pacientes presentaban obesidad central. La IC total fue del 13,5% y la IC parcial del 71,8% en los pacientes con valor HbA1c actualmente no controlado. El nº de cambios de tratamiento reportados fue de 1,8 ± 1,2 en pacientes no controlados. Los factores de riesgo significativamente asociados (p < 0,05) a la falta actual de control glucémico fueron los siguientes: obesidad, sedentarismo, hipertensión, dislipemia, nº factores riesgo y hábito tabáquico.

Conclusiones: A pesar de no alcanzar el control glucémico esperado, aproximadamente 6 de cada 7 pacientes habían recibido alguna acción de intensificación del tratamiento hipoglucemiante en algún momento de los últimos dos años.

10/304. ESTUDIO SOBRE EL PERFIL DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN ATENCIÓN PRIMARIA: EFECTO DEL CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN

F. Martínez Deben, J. de Juan Prego y C. Roldán

Hospital Arquitecto Marcede. El Ferrol; CS Fontenla Maristany. El Ferrol. Departamento Médico. Novartis Farmacéutica S.A. Barcelona.

Objetivos: Determinar perfiles de riesgo cardiovascular (RCV) en pacientes hipertensos no controlados y controlados en Atención Primaria (AP).

Metodología: Estudio multicéntrico, transversal y nacional. El RCV se evaluó mediante tabla SCORE y Guía Europea ESH-ESC-2007 y considerando diferentes factores de RCV. El estudio incluyó 4.008 pacientes con hipertensión arterial (HTA): 22% controlados y 75,5% no-controlados.

Resultados: La edad media fue 60,4 ± 10,3 años y el 52,4% fueron varones. La PAS y PAD medias fueron 146,8 ± 17,7 y 85,9 ± 10,9 mmHg, respectivamente. El 15,6% eran fumadores, el 21,6% mantenían un hábito etílico moderado-alto y el 26% no seguían pauta de alimentación saludable. El RCV-alto (> 5%) fue mayor en la población no-controlada (32,8% vs 9,8%, p < 0,0001). El RCV-muy alto en los próximos 10 años (> 20%) fue superior en población no-controlada (36,8% vs 0,6%, p < 0,0001). Los investigadores infraestimaban RCV (70,6% de riesgos bajos percibidos en pacientes no-controlados). En pacientes controlados, se observó menor antigüedad del diagnóstico (7,4 ± 5,4 vs 8,4 ± 5,8; p < 0,0001) y tiempo en tratamiento (6,6 ± 4,9 vs 7,5 ± 5,3; p < 0,0001). Las enfermedades concomitantes son más frecuentes en no-controlados: diabetes mellitus (49,1% vs 30,2%, p < 0,0001), enfermedad cerebrovascular (7,9% vs 4,9%, p < 0,0001), cardiopatía isquémica (18,5% vs 12,7%, p < 0,0001), insuficiencia renal (11,1% vs 4,4%, p < 0,0001). Según modelo logístico, los predictores de PA-controlada fueron: años desde diagnóstico (> 5 años, OR: 0,818, p = 0,0281), ausencia DM (OR: 1,935, p < 0,0001) y ausencia lesión de órgano diana (LOD) (OR: 1,909, p < 0,0001).

Conclusiones: Los pacientes hipertensos en AP que no alcanzan un control adecuado de PA presentan mayor antigüedad de la enfermedad y mayor RCV, principalmente debido a prevalencias incrementadas de diabetes y LOD.

10/361. EL ARTE DEL AUTOTRATAMIENTO EN LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA

M. Martínez Grandmontagne, J. Platero Alonso, B. Illescas Díaz, M. Guzón Centeno, S. Iglesias Papadopoulou y L. Basteiro Montouto

CS Goya 2. Área 2. Madrid.

Objetivos: Evaluar el grado de autoprescripción y los grupos farmacológicos más habituales, entre los profesionales de atención primaria de los centros docentes del Área 2 de Madrid, en marzo 2010. Los resultados se compararon por grupos: categoría profesional, turno de trabajo y localización del centro de salud.

Metodología: Estudio descriptivo transversal con datos obtenidos de una encuesta autocumplimentada y anónima, repartida en mano. Base de datos en formato Excel y análisis con SPSS 15. Variables cualitativas expresadas en frecuencias y porcentajes. Comparación de porcentajes con tablas de contingencia y chi cuadrado.

Resultados: Tasa de respuesta del 81,1%. Del total de encuestados, más del 50% reconoce automedicarse habitualmente o siempre. Sólo el 11,7% no lo hace nunca, y el 37,4% esporádicamente. El 73,6% de los médicos, y el 66,6% de los residentes, lo hacen habitualmente, y el 86,9% de las enfermeras esporádicamente o nunca. Por grupos farmacológicos, y con respuestas múltiples, médicos y residentes se autoprescriben analgésicos (más del 90%), antibióticos (más del 70%) y ansiolíticos (más del 13%). Las enfermeras, sobre todo, analgésicos. La asociación más frecuente fue la de analgésicos y antibióticos o ansiolíticos.

Conclusiones: Aunque la tendencia de nuestros datos es similar a la encontrada en los estudios precedentes anglosajones, escandinavos y catalanes, encontramos ligeras diferencias: nuestros médicos se autoprescriben menos y, sin embargo, lo hacen más con antibióticos y hasta el doble con ansiolíticos. Coincidimos en los analgésicos como grupo dominante.

10/362. A QUIÉN Y CON QUÉ FRECUENCIA ASISTEN LOS PROFESIONALES SANITARIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA POR SUS PROBLEMAS DE SALUD

B. Illescas Díaz, M. Martínez Grandmontagne, J. Platero Alonso, A. González Gamarra, C. Rosso Manzanares y C. García Jordán

CS Goya 2. Área 2. Madrid.

Objetivos: Evaluar el primer escalón de asistencia sanitaria y la última consulta con el médico de atención primaria (MAP), entre los profesionales sanitarios de los centros docentes del área 2 de Madrid, en marzo de 2010. Comparación por grupos según: categoría profesional, turno de trabajo y localización del centro de salud.

Metodología: Estudio descriptivo transversal con datos obtenidos de una encuesta autocumplimentada y anónima, repartida en mano. Base de datos en formato Excel y análisis con SPSS 15. Variables cualitativas expresadas en frecuencias y porcentajes. Comparación de porcentajes con tablas de contingencia y chi cuadrado.

Resultados: Tasa de respuesta: 81,1%. En cuanto al primer escalón de asistencia sanitaria, con múltiples respuestas, el 63% asegura acudir a su MAP, y hasta un 57,4% consulta a un compañero de trabajo. Se encuentra diferencia significativa entre los médicos que acuden más a un compañero o al especialista (56,6% y 21,7% respectivamente) que a su MAP. Los residentes son los que consultan más con privado (34,8%), y las enfermeras con su MAP (75%). En el último año, el 71,4% de las enfermeras han acudido a su MAP frente al 31,1% de los médicos.

Conclusiones: Encontramos resultados parecidos a los de los trabajos anglosajones precedentes. Los médicos consultan más con un compañero, y menos en el último año. Las enfermeras, más con su MAP, y más en los últimos 6 meses. En los residentes llama la atención la alta consulta con privada.

10/364. PREVENCIÓN AL DÍA: TENSIÓN ARTERIAL, ANALÍTICA Y TABAQUISMO ENTRE LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA

J. Platero Alonso, B. Illescas Díaz, M. Martínez Grandmontagne, T. Lozano Fernández y M. de Hoyos Llorente

CS Goya 2. Área 2. Madrid.

Objetivos: Evaluar la toma de tensión arterial (TA), la realización de analítica y el tabaquismo entre los profesionales sanitarios de los centros docentes de atención primaria del Área 2 de Madrid, en marzo de 2010. Comparación por grupos según categoría profesional, turno de trabajo y localización del centro de salud.

Metodología: Estudio descriptivo transversal con datos obtenidos de una encuesta autocumplimentada y anónima, repartida en mano. Base de datos en formato Excel y análisis con SPSS 15. Variables cualitativas expresadas en frecuencias y porcentajes. Comparación de porcentajes mediante tablas de contingencia y chi cuadrado.

Resultados: El 68,3% y el 61% se han tomado la TA y realizado analítica (respectivamente) en el último año. Existe diferencia significativa entre el 46,5% de médicos que se ha realizado una analítica en ese período, y el 67,8% de enfermería. En el turno de mañana, también se observa diferencia significativa respecto a los otros (67,8% vs 56,1%). Fuma el 25% de las enfermeras, frente al 13,2% de los médicos, y el 19,7% de los residentes. Han recibido consejo antitabaco el 60%. El 56% lo ha intentado en alguna ocasión y sólo el 16% con algún tipo de tratamiento.

Conclusiones: En cuanto a TA y analítica, encontramos porcentajes similares a los hallados en los trabajos catalanes y anglosajones precedentes, pero destacamos la diferencia entre medicina y enfermería, quizás por la facilidad de acceso. Nuestros médicos fuman menos que los catalanes, pero las enfermeras se acercan a la media nacional.

10/384. CONCORDANCIA DE LAS FÓRMULAS DE ESTIMACIÓN DEL FILTRADO GLOMERULAR EN PACIENTES HIPERTENSOS EN FUNCIÓN DEL PESO

M. Morales Guerra^a, J. Luque González^a, M. López Córdoba^a, M. Arana Torras^b y J. González Ares^c

^aABS Morena-Poma. Badalona. Barcelona; ^bABS Martí i Julià. Badalona. Barcelona; ^cBadalona Serveis Assistencials. Badalona. Barcelona.

Objetivos: Nos proponemos medir la concordancia entre las dos fórmulas más habituales (Cockcroft-Gault y MDRD) de estimar el filtrado glomerular (FG) en una muestra de pacientes hipertensos sin evidencia de lesión de órgano diana o evento cardiovascular.

Metodología: Revisión sistemática de historias clínicas de una muestra de 254 pacientes mayores de 60 años, hipertensos de, al menos, 2 años de evolución, sin evidencia de diabetes mellitus, arteriopatía periférica, cardiopatía isquémica o de otro tipo, accidentes isquémicos cerebrales, o lesión de órgano diana. Se recogieron datos de filiación, antropométricos y medidas clínicas de presión arterial y analíticas.

Resultados: FG según Cockcroft-Gault: 2007: $7,46 \pm 20,75$ mg/dl/1,73 m²; 2009: $71,48 \pm 20,05$ mg/dl/1,73 m² (Evol. 2007-09: -4,98%); según MDRD: 2007: $79,58 \pm 17,72$ ml/min/1,73 m²; 2009: $76,21 \pm 18,14$ ml/min/1,73 m² (Evol. 2007-09: -3,37%). Pearson Cockcroft-MDRD 2007: 0,879 (sig. < 0,001); Pearson Cockcroft-MDRD 2009: 0,867 (sig. < 0,001). Las correlaciones según IMC eran: IMC < 30: Pearson Cockcroft-MDRD: 0,877 (sig. < 0,001); IMC \geq 30: Pearson Cockcroft-MDRD: 0,911 (sig. < 0,001).

Conclusiones: En pacientes hipertensos como los descritos, existe una buena correlación entre las estimaciones de la función renal mediante las fórmulas de Cockcroft-Gault y MDRD, con una correlación positiva (y estadísticamente significativa) entre ambas medidas, no existen grandes diferencias en función del IMC, aunque parece que la correlación es ligeramente mayor en el grupo con IMC inicial \geq 30.

10/456. ¿INFLUYE EL SEXO DEL MÉDICO EN LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CÉRVIX?

J. Iturralde Iriso^a, M. Alarcía Ceballos^a, G. Mediavilla Tris^b, A. Rodríguez Fernández^c, M. Lasso de la Vega Martínez^c y J. Hurtado Mendoza^d

^aCS Casco Viejo. Vitoria-Gasteiz; ^bCS Aranbizkarra 1. Vitoria-Gasteiz; ^cCS Olaquibel. Vitoria-Gasteiz; ^dComarca Araba.

Objetivos: El objetivo de nuestro estudio es conocer si hay diferencias en el cribado de cáncer de cérvix, si el médico que lo solicita es hombre o mujer.

Metodología: Estudio descriptivo transversal. Recogemos los datos mediante el programa OSABIDE, de todos los médicos de una población urbana que atienden a una población mayor de 14 de aproximadamente 227.000 personas. Para el análisis estadístico se utiliza el programa SSPS 18.0. Se utiliza para análisis el test de U de Mann-Whitney.

Resultados: La muestra es de 143 médicos. El 67,13% son mujeres. No hay diferencias significativas en nº de pacientes entre los 2 grupos en el tramo de 14-64 años, con p :0,59. La media de pacientes a los que se les ha solicitado una citología es del $18,96 \pm$ desviación estandar (DE) 16,8. Si lo separamos por grupos el de médicos de sexo mujer tiene una media de 19,99 DE 15,84. Los médicos varones tienen una media de 16,87 DE 18,62. La diferencia entre los dos grupos no fue estadísticamente significativa (p = 0,06).

Conclusiones: Los médicos mujeres piden más citologías a las mujeres que los médicos varones, y puede deberse a que el cáncer de cérvix afecta más a ellas. Debemos tener en cuenta el error que hay al no recoger la citología en los formularios diseñados a tal fin,

aunque este error sería lógico que fuera igual para los dos sexos. Al llevar poco tiempo con esta aplicación, debemos esperar un tiempo para que nos de resultados más consistentes, aunque no debieran darse diferencias.

10/582. EPILEPSIA EN PACIENTE INMIGRANTE

M. Zapatería García, V. Molina Samper, M. Castro Neira, F. Beramendi Garciandía, S. Alcalde Vicario y M. Jiménez Veintemilla

Hospital Virgen del Camino. Pamplona.

Objetivos: La neurocisticercosis (NC) es la infección del Sistema Nervioso Central (SNC) por las larvas de *Tenia soleum* o Solitaria. Es la enfermedad parasitaria más frecuente del SNC y un problema de Salud Pública en los países en vías de desarrollo como América Central y del Sur, África y Asia. La presentación clínica más frecuente es la epilepsia seguida de cefalea, hipertensión endocraneal, meningitis, deterioro cognitivo y síntomas focales. Es la primera causa de epilepsia en países endémicos. Las manifestaciones clínicas varían según la fase de evolución de la enfermedad y pueden tardar en aparecer de 1 a 35 años después de la infestación. El objetivo de la comunicación es la presentación de un caso clínico en paciente inmigrante atendido inicialmente en la consulta de Atención Primaria y revisión bibliográfica sobre la NC.

Metodología: Paciente de 37 años, natural de Ecuador y residente en España desde 2003, que acude a la consulta del Centro de Salud por cuadro de cefalea, epigastralgia y vómitos que relaciona con la ingesta de alcohol la noche anterior. Estando en la sala de espera antes de ser atendido presenta cuadro de convulsión generalizada. Se le administra una ampolla intramuscular de Diazepam 10 mg y cede la crisis quedando en estado postcrítico. Dado que en la historia del paciente no constan antecedentes de epilepsia derivó a Urgencias del hospital de referencia para tratamiento y estudio. En la sala de Urgencias el paciente vuelve a presentar dos episodios de crisis convulsivas tónico-clónicas generalizadas por lo que se inicia tratamiento con bolo ev de ácido valproico seguido de perfusión hasta control de los síntomas epilépticos.

Resultados: El resto de la exploración física por aparatos, analítica, radiografía y ECG no presentan alteraciones a excepción de niveles ligeramente elevados de etanol en sangre. Se le realiza TC craneal con hallazgo de: múltiples lesiones puntiformes calcificadas con lesiones por NC en estadio calcificado nodular en fase crónica y lesión quística (en lóbulo parietal derecho que sugiere lesión en estadio vesicular inicial. El paciente es ingresado en Neurología y se le realizó RMN cerebral que confirmó los hallazgos del TC. El paciente fue tratado en planta con valproato, corticoides y ciclo de albendazol, con buen control de los síntomas. Fue dado de alta a los 12 días en tratamiento con valproato y aconsejándose abstinencia absoluta de consumo de alcohol.

Conclusiones: A pesar de la escasa prevalencia de la NC fuera de las zonas endémicas, el incremento de la inmigración hace preciso poner atención en esta patología sobre todo en pacientes que presenten epilepsia y factores de riesgo epidemiológicos. El diagnóstico se basa en datos clínicos, estudios de neuroimagen (TC y RMN), pruebas serológicas (test de ELISA y de Western Blot) y análisis de LCR. El tratamiento es controvertido e individualizado. Consiste por un lado en tratamiento antiparasitario (albendazol y/o praziquantel) y tratamiento de los síntomas (anticonvulsivantes en caso de epilepsia, corticoides si edema perilesional y derivación ventricular si hipertensión endocraneal).

10/590. FIEBRE MÁS DOLOR LUMBAR

M. Zapatería García, C. Ibero Esparza, M. Castro Neira, S. Alcalde Vicario, F. Beramendi Garciandía y A. Ovelar Ferrero

Hospital Virgen del Camino. Pamplona. Navarra.

Objetivos: Enfatizar la importancia de la sospecha clínica en el diagnóstico de la espondilitis infecciosa sobre las herramientas habituales que se disponen en Atención Primaria y Urgencias.

Metodología: Descripción de un caso de interés clínico. Se trata de un paciente varón de 46 años que acude a la consulta de Atención Primaria por dolor lumbar intenso de cuadro días de evolución irradiado a región sacra que se acompaña en las últimas 48 horas de fiebre de hasta 39º con clínica de bacteriemia. El dolor empeora con la movilidad imposibilitando la marcha. Niega otra sintomatología. Llevaba varios días con tratamiento antiinflamatorio/analgésico y antibioterapia con ciprofloxacino sin mejoría. A la exploración destaca la fiebre con afectación clínica y lumbalgia sin contractura ni dolor a la espinoperCUSión con signo de Lassegue bilateral a 30º. Dada la afectación clínica del paciente, los picos febriles altos y la nula respuesta al tratamiento ambulatorio, se envía a Urgencias para realizar pruebas complementarias.

Resultados: En la analítica sanguínea destaca: 10.100 leucocitos (87% neutrófilos), proteína C reactiva 28,4 mg/dl con analítica de orina normal. En la radiografía de columna lumbar se observa pinzamiento del espacio discal L5-S1 y el resto es normal. Ante la sospecha de proceso infeccioso o tumoral a nivel de columna vertebral lumbar o músculo psoas, se le realiza TAC de columna lumbar como aproximación diagnóstica en urgencias sin hallazgos relevantes. Se le extraen hemocultivos, se inicia antibioterapia endovenosa con cefotaxima y gentamicina y se ingresa con la sospecha clínica de espondilodiscitis. Estando ingresado se le realiza resonancia magnética con el hallazgo de: espondilodiscitis aguda L4-L5 con canal moderadamente estrecho y discopatía crónica degenerativa L5-S1. En los hemocultivos se cultivó *Streptococcus milleri* y *Fusobacterium necrophorum*. Presentó buena evolución con antibioterapia y se valoró la posible relación con implante dentario realizado aproximadamente seis semanas antes del episodio.

Conclusiones: La espondilodiscitis aguda es un diagnóstico habitualmente secundario a una alta sospecha clínica. Los estudios radiológicos habitualmente disponibles en urgencias (radiología simple y escáner) tienen una baja rentabilidad en las fases iniciales y su normalidad no descarta la sospecha diagnóstica.

10/607. ESTADO DE LA EPOC EN 2 ZONAS BÁSICAS DE SALUD CÁNTABRAS

E. García Quevedo^a y S. Quintana Cabieces^b

^aCS Zapatón. Torrelavega. Cantabria; ^bCS Dobra. Torrelavega. Cantabria.

Objetivos: Debido a la reciente elaboración de una Estrategia en EPOC para el Sistema Nacional de Salud (Jun 2009), como consecuencia de la alta prevalencia de una "enfermedad prevenible", su grado de infradiagnóstico e infratratamiento, la morbi-mortalidad asociadas y el alto consumo de recursos. Basado en los estudios IBERPOC y EPI-SCAN, que estiman que en España entre un 9-10% de la población mayor de 40 años padece EPOC y que más del 70% de ellos permanece sin diagnosticar. Por todo ello, decidimos comparar con estos datos, la prevalencia de EPOC en dos zonas básicas de salud urbanas de Cantabria.

Metodología: Diseño: estudio epidemiológico, observacional, transversal. Ámbito del estudio: 2 áreas básicas de salud urbanas de Cantabria. Sujetos: 17.600 pacientes con edad entre 40 y 75 años. Datos obtenidos del registro informatizado OMI-AP.

Resultados: A. Salud 1: N 9.974 pacientes. Diagnosticados EPOC: 225 (2,25%). Esperados 894 (9%). A. Salud 2: N 7.626 pacientes.

Diagnosticados EPOC: 308 (4%). Esperados 686 (9%). Total: N 17.600 pacientes. Diagnosticados 533 (3%). Esperados 1580 (9%).

Conclusiones: Nuestro estudio confirma el alto de nivel de infra-diagnóstico, que existe también en nuestro área, a pesar de pertenecer al norte de España (que aún, la prevalencia debería de ser mayor). De aquí la importancia de la estrategia elaborada por el Sistema Nacional de Salud, para una mejor cobertura.

10/608. ¿ACONSEJAMOS LOS TUTORES A NUESTROS PACIENTES SOBRE ANTICONCEPCIÓN Y ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL?

J. Iturralde Iriso^a, N. Miskovic Karacsonyi^a, A. Rodríguez Fernández^b, G. Arnaiz García^b, M. Lasso de la Vega Martínez^b y G. Mediavilla Tris^c

^aCS Casco Viejo. Vitoria-Gasteiz; ^bCS Olaguibel. Vitoria-Gasteiz; ^cCS Aranzabizkarra 1. Vitoria-Gasteiz.

Objetivos: El objetivo es conocer si hay diferencias en el consejo sobre anticoncepción y enfermedades de transmisión sexual (ETS), si el médico que lo hace es tutor de la especialidad de medicina familiar y comunitaria o no.

Metodología: Estudio descriptivo transversal. Recogemos los datos mediante el programa OSABIDE, de todos los médicos de una población urbana que atienden a una población mayor de 14 de aproximadamente 227.000 personas. Para el análisis estadístico se utiliza el programa SSPS 18.0 y el test de U de Mann-Whitney.

Resultados: La muestra es de 143 médicos. El 67,13% son mujeres. Son tutores el 17,48% de todos ellos. No hay diferencias significativas en nº de pacientes según el tramo de edad de 14-64 años entre los 2 grupos (p: 0,29). La media de pacientes a los que se les ha dado consejo sobre ETS es del 55,84% ± desviación estándar (DE) 20,8. Los tutores un 59,12% y los no tutores 55,14% con una p: 0,46. En cuanto a consejo de anticoncepción los tutores lo han dado en un 48,76% y los no tutores en un 43,45%, con una p: 0,19. En ambos casos no había diferencias significativas.

Conclusiones: Los médicos tutores no damos más consejos en prevención de ETS ni en anticoncepción a nuestra población que los no tutores de una manera significativa. Existe el sesgo de que los consejos no registrados en el formulario diseñado constan como no dados. Debemos mejorar estos consejos a nuestra población para evitar ETS y embarazos no deseados.

10/625. INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO. ¿SE DEBE TRATAR IGUAL A LOS PACIENTES DE LA COMUNIDAD QUE A LOS INSTITUCIONALIZADOS?

C. Borraz Ordaz^a y A. Valero Doménech^b

^aCS Fuente San Luis. Valencia; ^bHospital Doctor Peset. Valencia.

Objetivos: El objetivo del estudio fue evaluar las diferencias etiológicas y de antibiograma en las infecciones del tracto urinario (ITU) de los pacientes ingresados procedentes de la comunidad y los procedentes de instituciones.

Metodología: Estudio descriptivo de los pacientes con ITU ingresados durante un mes en la unidad de corta estancia. Se realizó urocultivo y antibiograma a todos los pacientes. Se estudiaron las variables de procedencia, edad, sexo, índice de dependencia (Barthel), tiempo de estancia y diagnósticos asociados.

Resultados: Se incluyeron 27 pacientes, 21 eran mujeres, el 81,5% procedían de instituciones, siendo en éstos la media de edad más elevada, 85,6 años frente a 73,1 años. La estancia media fueron 3 días. El patógeno hallado con más frecuencia fue *Escherichia coli*, seguido de *Enterococcus faecalis* en pacientes de la comunidad y *P. mirabilis* en procedentes de instituciones. El mayor porcentaje de resistencias fue a quinolonas, especialmente levofloxacino 53,3%, y a ampicilina.

Conclusiones: Los pacientes institucionalizados tienen patógenos muy similares a los de la comunidad pero más resistentes a los antibióticos de uso común. El tratamiento más aconsejable, en ambos tipos de pacientes, sería el uso de amoxicilina-ácido clavulánico, cefalosporinas de 3ª generación o fosfomicina, limitando en lo posible el consumo de quinolonas, previo al resultado del urocultivo y antibiograma.

10/626. VALORACIÓN DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA DE UN GRUPO DE PACIENTES INMIGRANTES DERIVADOS A UN EQUIPO DE SALUD MENTAL

D. Morales Belloso^a, E. Sánchez Casado^b, E. González Marín^c, A. Benito Justel^b, M. Bernad Vallés^d y A. Funcia Barrueco^e

^aCS Alamedilla. Salamanca; ^bHospital de Ávila. Ávila; ^cCS Garrido Norte. Salamanca; ^dCS San Juan. Salamanca; ^eCS Villares de la Reina. Salamanca.

Objetivos: Valorar el grado de adherencia al tratamiento que presentan los inmigrantes derivados desde Atención Primaria y urgencias a su equipo de salud mental de referencia.

Metodología: Estudio descriptivo transversal de 88 pacientes inmigrantes y un grupo control de características similares en cuanto número y distribución de género y edad. Los sujetos son de residencia urbana. Las variables recogidas son: género, edad, convivencia con familiares, grupos étnicos (latinoamericanos, europeos, africanos y asiáticos), años de permanencia (menos de 2 o más de 2), diagnóstico psiquiátrico y adherencia posterior al tratamiento.

Resultados: En inmigrantes la distribución por grupos étnicos: latinoamericanos (48,87%), europeos (30,68%), africanos (12,50%) y asiáticos (7,95%). El diagnóstico más frecuente: Z63 (según CIE 10, crisis vitales) (13,6%). En grupo control el de F34 (distimia depresiva) (13,6%). Inmigrantes vivían con apoyo familiar 49, el resto vivían solos. El diagnóstico más frecuente: Z63 (11), F32 (9), F41 (5), sin diagnóstico (4), F60 y F29 (ambos con 3). La Adherencia del grupo inmigrantes es de: (64,7%) y en el grupo control (80,68%). Los inmigrantes con más de 2 años en España la adherencia (63,15%). Y con menos de 2 años (75%). De los que presentan convivencia la adherencia (58,46%) y sin adherencia (41,54%). En el grupo control de los que conviven con familiares tienen una buena adherencia al tratamiento un 82,27%.

Conclusiones: Existe una menor adherencia en el grupo de inmigrantes respecto al grupo control pero la adherencia es mayor cuando llevan más de dos años de residencia y conviven con familiares.

10/730. ESTUDIO DEL SEGUIMIENTO EN CSM DE LOS PACIENTES DERIVADOS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SITUACIÓN DE BAJA LABORAL POR TRASTORNOS AFECTIVOS. ESTUDIO DE COORDINACIÓN DE CASOS

E. Abramova^a, A. Maltseva^b y D. Landa Ramírez^c

^aMédico Residente de Psiquiatría. Parc de Salut Mar-CSM Badalona I. Barcelona; ^bMédico Residente de Medicina de Trabajo. M. Universal. UDMTRAB Mateu Orfila. Barcelona. Especialista en MFyC; ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. UDMFYC. Barcelona.

Objetivos: Mejorar la coordinación de seguimiento de los casos en conjunto con la AP. Se realiza análisis de todas las asistencias de pacientes no TMS (Trastorno Mental Severo) derivados de Atención Primaria a CSM Badalona I que se encontraban en la situación de baja laboral en el momento de derivación y su posterior seguimiento durante 8 meses.

Metodología: Estudio descriptivo observacional y longitudinal. La muestra se compone de 28 pacientes (17 mujeres y 11 hombres)

diagnosticados inicialmente de Trastorno Depresivo, Trastorno Adaptativo o Trastorno por Ansiedad inespecificado en situación de IT en el momento de derivación.

Resultados: 7 pacientes (20%) de 35 derivados nunca se presentaron a primera visita (frente 26% en pool total de CSMBI). Del grupo N 28, 19 (67,9%) realizaban seguimiento de su baja por su MAP y 9 (32,1%) por médico de mutua laboral. La concordancia entre diagnóstico de derivación con diagnóstico final fue de 18% (frente a de 13 a 28% en totalidad de pacientes derivados en 2009). De estos pacientes, tras 8 meses de seguimiento, 3 abandonaron el seguimiento, 12 fueron dados de alta de CSM y 13 continuaban en CSM. En caso de 3 pacientes fue detectada la situación de mobbing laboral, motivo por el que fueron derivados a la Unidad de Salud Laboral. Tras 8 meses de seguimiento 13 pacientes se incorporaron al trabajo, unos 12 pacientes continuaban en situación de baja laboral. De estos 12 pacientes, 5 continuaban en situación de IT por no remisión de su cuadro clínico, 8 por otros motivos no sanitarios.

Conclusiones: Es importante potenciar la coordinación de casos entre AP y AE. Una parte de pacientes que continúan de baja laboral lo hacen por motivos no sanitarios. Una gran parte de las derivaciones no acuden a consulta.

Casos clínicos formato póster

10/5. DOCTOR, NO SIENTO LOS PIES

E. Trillo Calvo^a, B. Salas Martín^b, B. Benito Ruiz^c, I. Torres Peña^c, T. Fernández Letamendi^b y R. Hernández^c

^aResidente. CS Actur Sur. Zaragoza; ^bCS Torreramona. Zaragoza; ^cCS San José, Zaragoza.

Descripción del caso: Mujer de 22 años, fumadora y en tratamiento con anovulatorios por ovario poliquístico y con antecedente de anorexia nerviosa que consulta por cuadro de frialdad, dolor y cianosis en los dedos de ambos pies, más intenso en el derecho y de aparición súbita. No antecedente traumático.

Exploración y pruebas complementarias: TA 103/69 mmHg, FC 60 lpm. Pulsos femorales, poplíteos y pedio izdo palpables con ausencia de tibial posterior izdo y distales en pie dcho. Cianosis en dedos de ambos pies, más intensa en el dcho, con moteado cianótico en 1º y 2º dedos. Resto de exploración anodina.

Juicio clínico: Ante la sospecha clínica de una probable vasculitis se decide envío al servicio de urgencias, para la realización de pruebas complementarias específicas de carácter urgente.

Diagnóstico diferencial: Arteriopatía distal vasoespástica. Enfermedad de Buerger. Síndrome antifosfolípido (SAF). Panarteritis nodosa. Poliarteritis microscópica.

Comentario final: Se realizó Doppler arterial: permeabilidad troncular con curvas normales a nivel de femorales y poplíteos y curvas distales de permeabilidad a nivel maleolar con desaparición del flujo diastólico como único dato llamativo en pedias y tibiales posteriores con ITB de 1.08 bilateral. Capilaroscopia sugestiva de conectivopatía, quizá esclerodermia en fase precoz. ETT: sin anomalías. Rx de tórax: normal. Función tiroidea y metabolismo del hierro normal, VSG 17, IgE total 378,91 (1,31-165,3), homocisteína 11,9 (4,2-10,5). Se interpreta el cuadro como un síndrome vasoespástico, posiblemente secundario a vasculitis. Se instauró tratamiento vasodilatador con prostaglandinas, revirtiendo el cuadro espástico y se solicitó valoración a Medicina Interna para descartar vasculitis o conectivopatía.

BIBLIOGRAFÍA

1. Farreras P, Rozman C. Medicina Interna, 18ª ed, 2004.
2. Manual CTO de Medicina y Cirugía., 7ª ed.
3. Nuno JF, Menéndez NJ, Menéndez CM. Enfermedad de Wegener. Med Clin. 2002;119(5):200.

10/10. NEOPLASIA MALIGNA DE MAMA: INFRECIENTE PERO IGUAL DE LETAL

E. Trillo Calvo^a, B. Benito Ruiz^b, I. Torres Peña^b, B. Salas Martín^a, T. Fernández Letamendi^c y D. Ruiz de la Cuesta Martín^b

^aResidente. CS Actur Sur. Zaragoza; ^bCS San José. Zaragoza;

^cCS Torreramona. Zaragoza.

Descripción del caso: Varón de 70 años diagnosticado de Ca de mama izda hace 2 años (cirugía, RT y QT), diabético e HTA. En tratamiento con insulina, metformina y glimepirida. Acude a consulta por disnea, ortopnea y dolor torácico izdo con tos irritativa, oliguria, sensación de hinchazón abdominal y edemas distales.

Exploración y pruebas complementarias: TA 123/70 FC 116 lpm Sat O₂ 93%. Eupneico en reposo. Adenopatías axilares izdas, abolición de ventilación en hemitórax izdo, tonos cardiacos rítmicos apagados, ligera IY y edemas con fóvea bilateral hasta rodillas. Ante la sospecha de derrame pleural, se remite a Urgencias. En Urgencias: ECG: ritmo sinusal, Rx tórax: opacificación completa de hemitórax izdo con desplazamiento de mediastino a lado contralateral sugestivo de derrame. Mínimo derrame pleural dcho. AS: Hb 11.9, Hto 35%, Glu 237, dímero D 2038, pro BNP 447. Resto dentro de la normalidad. Angio-TAC: no se identifican defectos de repleción sugestivos de TEP. Derrame pericárdico. Derrame pleural masivo. Ingreso en MI: TAC: derrame pleural izdo, derrame pericárdico y dos nódulos en LID sugestivos de metástasis. Gammagrafía ósea: metástasis difusas. Se realiza pleuroscopia con toma de muestras que identifican metástasis de su Ca de mama en todas las preparaciones. Se realizan 3 toracocentesis evacuadoras. Programan drenaje pleural + talcaje, sufriendo en postoperatorio inmediato cuadro compatible con taponamiento cardiaco. Ingresa en UCI para pericardiocentesis, mejorando situación hemodinámica y control ecográfico, por lo que vuelve a MI. Tras ello, mantiene situación clínica estable los días posteriores. A las espera de valoración oncológica, presenta episodio súbito de PCR irreversible.

Juicio clínico: Varón con antecedentes de carcinoma de mama izda, asintomático hasta el momento, que debuta con derrame pleural neoplásico, hallándose múltiples metástasis.

Diagnóstico diferencial: Derrame de etiología cardiológica. TEP.

Comentario final: El carcinoma de mama en el varón es una patología infrecuente. Esta neoplasia con un relativo buen pronóstico en el sexo femenino, se ensombrece algo en el varón debido, especialmente, a diagnósticos más tardíos al no estar tan sensibilizados a la posibilidad de esta neoplasia en el sexo masculino. Ello exige una mayor concienciación a médicos y población general acerca de una patología rara pero posible que basa su buen pronóstico en el diagnóstico precoz.

BIBLIOGRAFÍA

1. Farreras P, Rozman C. Medicina Interna, 15ª ed, 2004.
2. Fernández Chacón de Lucas C, Alonso Muñoz A, García Yanez A. Cáncer de mama del varón: revisión de 49 pacientes. Oncología. 1991;14:68-72.
3. Díaz-Faes J. Carcinoma de mama del varón. ¿Es la misma enfermedad que el carcinoma de mama de la mujer? Oncología. 1999;22(4):17-8.
4. Sánchez de Vega DS, Martínez R, Martínez-Piñeiro J, Tamames S. Cáncer de mama en el varón. Cir Esp. 1996;60:121-3.
5. Ravandi-Kasham F, Hayes TG. Male breast cancer: a review of the literature. Eur J Cancer. 1998;34(9):1341-7.

10/19. SÍNDROME DE LÖFGREN: A PROPÓSITO DE UN CASO

P. Rojo Cárdenas y V. Parent Mathias

CS Camargo Costa. Camargo. Cantabria.

Descripción del caso: Paciente mujer de 30 años con único antecedente personal destacable de asma; acude a consulta de atención primaria por referir desde hace 15 días dolor de características mecánicas, tumefacción y eritema en ambos tobillos que va aumentando hasta imposibilitar la deambulaci3n. Posteriormente desarrolla misma clínica en rodillas, muñecas, codos y caderas. Además ha asociado tos sin expectoraci3n y disnea progresiva hasta hacerse de mínimos esfuerzos, y picos febriles de hasta 38°C durante 4 días con posterior febrícula diaria.

Exploraci3n y pruebas complementarias: La paciente se encuentra hemodinámicamente estable. Con febrícula de 37,6 oC, y destacando tumefacci3n, aumento de temperatura y eritema en ambos tobillos, rodillas, muñecas y codos. Además dolor a la movilizaci3n de caderas. Se solicit3 Rx de t3rax objetivando adenopatías hiliares bilaterales. Desde atenci3n primaria se decide enviar a la paciente de manera urgente al servicio de reumatología, donde se procede a su ingreso para estudio, y durante el cual desarrolla una lesi3n dolorosa y eritematosa en cara anterior de pierna derecha compatible con eritema nodoso. Durante su ingreso se realizaron estudios analíticos, con hemograma, bioquímica y coagulaci3n normales. VSG: 65. ECA normal. Proteinograma, hormonas tiroideas, B2-microglobulina y calcio en orina normales. Hemocultivos y urocultivos negativos. Serologías víricas y atípicas negativas. Cultivo de aspirado bronquial negativo. Inmunología: complemento, ANAs y FR negativos. Mantoux negativo. TAC torácico: múltiples adenopatías patológicas pretraquelas, paraaórticas izquierdas, hiliares bilaterales y subcarinales. Múltiples n3dulos en parénquima pulmonar de distribuci3n aleatoria subcéntricos la mayoría de ellos bien definidos. Todo esto compatible como primera opci3n con sarcoidosis de presentaci3n pulmonar atípica. Fibrobroncoscopia: normal, con anatomía patológica de biopsia transbronquial de patr3n de daño alveolar con granulomas no caseificantes.

Juicio clínico: Tras los datos obtenidos se realiza diagnóstico de sarcoidosis: Síndrome de Löfgren (triada de eritema nodoso, artritis y adenopatías hiliares bilaterales). Descartada etiología infecciosa y confirmada la sospecha clínica de síndrome de Löfgren se decide iniciar tratamiento corticoideo sistémico en pauta descendente.

Diagnóstico diferencial: Diagnóstico diferencial adenopatías hiliomediastínicas: sarcoidosis, TBC, asociado a SIDA, linfoma, metástasis. Diagnóstico diferencial artritis: artritis infecciosas (bacterianas, gonocócicas, *Brucella*, TBC, *Borrelia* (enf. de Lyme), Por depósito de cristales (urato, gota), pirofosfato (condrocalcinosis), hidroxapatitas), traumatológica, coagulopatía, Artritis Reumatoidea Juvenil (ARJ) pauciarticular, neuropatía o enf. de Charcot, reumatismo palindrómico, enf. de Paget con compromiso articular, tumores óseos.

Comentario final: Las avanzadas tecnologías que nos permite la medicina moderna no sirven de nada sin un buen diagnóstico diferencial que integre los distintos síntomas y signos de la enfermedad del paciente. Un buen uso de la lógica clínica hace más eficiente todas las pruebas, diagnósticos y tratamientos que se hagan en la práctica médica. Integrandolo las clínicas reumatológicas y respiratorias en esta paciente se consigue un diagnóstico sindrómico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Nunes H, Bouvry D, Soler P, Valeyre D. Sarcoidosis. *Orphanet J Rare Dis.* 2007;19:2:46.
2. Pérez de la Campa C, García Blázquez V, Herranz Calvo C. Mujer joven con poliartalgias y lesiones en cara anterior de las piernas. *Revista de la Sociedad Madrileña de Medicina de Familia y Comunitaria.* 2002;3:32-4.

10/24. TRIPANOSOMIASIS CRUZI HUMANA. ENFERMEDAD DE CHAGAS-MAZZA. A PROPÓSITO DE UN CASO

S. Clemos Matamoros^a, B. Sánchez Hernández^b, A. Landeo Fonseca^a, D. Pérez Feito^a, A. Sánchez Martínez^b y S. Alonso Martínez^c

^aCS Tudela Este; ^bHospital Reina Sofía. Tudela; ^cCS Murchante.

Descripción del caso: Paciente de 48 años, sexo femenino, sin antecedentes médicos ni quirúrgicos de interés. Procedente de zona rural de Venezuela, residente en España desde hace más de 20 años. Acude a consulta por referir astenia marcada, somnolencia con mucha facilidad, decaimiento y digestiones pesadas con muchas regurgitaciones. Todo ello le viene pasando desde hace varios meses, sin darle apenas importancia, hasta que comienza hace unas 48h con dolor a nivel precordial de carácter opresivo y disnea de moderado esfuerzo, motivo por el que acude a consultarnos. No fiebre. No vómitos ni diarreas. Tampoco clínica catarral acompañante. Refiere pérdida de unos 6 kg de peso desde que empezó con las digestiones pesadas. No lesiones dérmicas a ningún nivel. No clínica neurológica ni ningún otro síntoma asociado.

Exploraci3n y pruebas complementarias: Exploraci3n: TA: 110/80, FC 92 x'. Tª 36,2o. No lesiones dérmicas. No IY a 45o. AC: rítmica. normal. A.P. Ventilaci3n normal. Abdomen anodino. No masas, megalias, herniaciones ni puntos dolorosos. No edemas en EELL. No signos de TVP. Exploraci3n neurológica normal. Hemograma completo: Hb 10 g/l. VSG: 54 mm/h. Urea sanguínea: 3 mg/dl. Creatinina plasmática: 40 mm/l. E.C.G. B.C.R.D.H.H., taquicardia a 102 lpm. Radiografía t3rax: cardiomegalia de predominio derecho. Estudio de contraste es3fago, est3mago y duodeno: trastorno de la motilidad esofagogástrica debido a la incapacidad del esfínter esofágico inferior de relajarse durante la degluci3n. Anticuerpos virus C: negativo. Antígeno de superficie: negativo. VIH y VDRL: negativos. Ante el empeoramiento de la clínica tanto digestiva como cardíaca se remite a consultas de M. Interna a la paciente donde ingresa para confirmaci3n diagn3stica. Tras nuevos exámenes serológicos se objetiva positividad para Ac específicos de T. cruzi.

Juicio clínico: Tripanosomiasis cruzi. Enfermedad de Chagas.

Diagnóstico diferencial: 1. Ataque agudo de malaria, fiebre reumática. 2. Miocarditis 2ª a otras causas (coxsackie, toxoplasma...). 3. Acalasia idiopática. 4. Esofagitis y desórdenes de motilidad esofágica. 5. Enfermedad de Hirschprung. 6. Enfermedad esofágica por reflujo gastro-esofágico. 7. Miocarditis aguda idiopática.

Comentario final: La enfermedad está en fase crónica, que es sintomática y puede aparecer años o décadas después de la infecci3n inicial. La enfermedad afecta al sistema nervioso, digestivo y al corazón. Infecciones crónicas dan como resultado desórdenes neurológicos como por ejemplo la demencia, daño en el músculo cardíaco (miocardiopatía) y algunas veces la dilataci3n del tracto digestivo (megacolon y megaes3fago) así como también puede haber pérdida de peso. Problemas de degluci3n pueden desembocar en desnutrici3n. Después de pasar varios años en un estado asintomático, 27% de aquellos infectados desarrollarán daños cardíacos, 6% tendrán daños digestivos y un 3% presentarán con trastornos del sistema nervioso periférico. Sin tratamiento, la enfermedad puede ser mortal, por lo general debido a la miocardiopatía.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lennox HA, Karcz DA, Tales H, El Masri M. Chagas Disease: clinical overview and implications for nursing. *Med Surg Nurs.* 2007;16: 229-35.
2. Centers for Disease Control (CDC). American Trypanosomiasis Fact Sheet. Accessed 24 September 2006.
3. Prata A. Tripanosomiasis Americana (enfermedad de Chagas) En: Goldsmith R, Hayneman D. Parasitología y medicina tropical. México DF: Manual Moderno, 1995:346-59.

10/99. SACROILEÍTIS INFECCIOSA POR *STREPTOCOUS AGALACTIAE*

B. Peralta Vilellas, J. Abascal Roda y N. Astorga Molina

CS Torrero-La Paz. Zaragoza. Hospital Clínico Universitario de Zaragoza.

Descripción del caso: Varón, 49 años, sin alergias medicamentosas conocidas, fumador de 40 cigarrillos/día, antecedentes de lumbalgia aguda a los 20 años y dolor lumbosacro autolimitado hace 10 años. Trabaja en cadena de montaje. Acude al Centro de Salud (10/08/09) presentando dolor brusco en nalga derecha irradiado a fosa iliaca derecha, no relacionado a ningún sobre esfuerzo, se diagnostica de lumbociatalgia, se le administra pauta de antiinflamatorios y aconsejan reposo. A los 15 días, acude a Urgencias, al persistir la misma sintomatología más parestesias en el trayecto de L5 y fiebre de 38,5 sin foco aparente.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración anodina, salvo dolor intenso a la palpación en zona sacroiliaca derecha, La-segúe negativo, no dolor a la movilización de articulación coxofemoral derecha. Sin déficit motor ni sensitivo. Reflejo Aquileo derecho abolido. Análítica sangre: 14.800 leucocitos con 80% de neutrófilos, resto de hemograma normal. Rx sacroiliacas: sacroileítis bilateral, más marcada en la derecha. Se decide dejar al paciente en observación, pendiente de eco abdominal, Doppler de EII y hemocultivos. Ecografía y Doppler sin alteraciones. Hemocultivo positivo para *Streptococcus agalactiae*. Ingresó en planta con la sospecha de sacroileítis infecciosa y tratamiento antibiótico con ceftriaxona, que se sustituye por ampicilina al recibir el resultado de los hemocultivos. Durante el ingreso se realiza RNM de columna lumbar y sacroiliacas, gammagrafía ósea, Eco cardio, ENG-EMG, y analíticas de control. Se da alta hospitalaria (02/10/09) con el diagnóstico de sacroileítis infecciosa por *Streptococcus agalactiae* y sacroileítis bilateral HLA B27. Con tratamiento extrahospitalario de ampicilina (1 g/6 h) durante 2 semanas y seguimiento por Reumatología y Médico de Atención Primaria.

Juicio clínico: Sacroileítis infecciosa por *Streptococcus agalactiae*.

Diagnóstico diferencial: Sacroileítis. Discitis. Síndrome febril en contexto de patología ósea (inflamatoria, infecciosa, reumática...).

Comentario final: La infección suele llegar hasta la articulación a través de la sangre, aunque también se puede deber a una inyección, una cirugía o una lesión. La infección puede ser producida por distintos tipos de virus y bacterias, según la edad del paciente: Estafilococo, el *Haemophilus influenzae*, algunos bacilos gram-negativos, incluso virus, como el de la inmunodeficiencia humana. Pero las infecciones osteoarticulares por *S. agalactiae* son muy infrecuentes (se han descrito unos 33 casos). Su localización más frecuente es en las articulaciones metatarsofalángeas de los dedos de los pies en pacientes diabéticos, en la región lumbosacra, y también en la rodilla, la cadera y el hombro. Es de predominio masculino y suele ser unilateral. El *Streptococcus agalactiae* es un patógeno relacionado con infecciones en el recién nacido, en la gestación y durante el puerperio. Puede producir espondilodiscitis en población adulta mayor de 50 años, pero la afectación sacroiliaca se describe fundamentalmente en mujeres en edad reproductiva. De ahí la relevancia del caso comentado, ya que se trata de un varón adulto el que se ve afectado por este tipo de microorganismo.

BIBLIOGRAFÍA

1. www.healthsystem.virginia.edu
2. Artritis Infecciosas, cap. 314. Harrison PMI 16ª ed.
3. Jackson LA, Hilsdon R, Farley MM, Harrison LH, Reingold AL, Plikaytis BD, et al. Risk factors for group B streptococcal disease in adults. Ann Intern Med. 1995;123:415-20.
4. Parsonnet J, Maguire JH. Osteomielitis, cap. 111.

5. Stevens DL. Infecciones de la piel, músculo y partes blandas, cap.110.
6. Enfermedades Infecciosas. Microbiología Clínica. 2005;23(2): 71-5.
7. Rev Rheum Mal Osteoartic. 1998;55:150.

10/100. ATENCIÓN PRIMARIA, ABORDAJE DEL DOLOR TORÁCICO Y PERICARDITISI. Ángel Barba^a, C. Hernández Tuda^b, L. Casal Méndez^a, V. Fernández Rodríguez^a y M. Silva César^c^aCS de Los Rosales. A Coruña; ^bCS de Elviña. A Coruña; ^cServicio de Hospitalización a Domicilio. A Coruña.

Descripción del caso: Varón 32 años. Fumador 1 paq/día, exAD-VP en tratamiento con metadona. Ingreso en 2002 por sd. Mallory Weiss, VHC+, VIH-. Ingreso en Psiquiatría en 2002 para deshabitación (alcohol, BZD y opioides) Ingreso en el 2007 por bajo nivel de conciencia de origen farmacológico (BZD) y neumonía grave. Rein-gresa meses después por insuficiencia respiratoria secundaria a broncoespasmo en el contexto de paciente con asma bronquial. Ningún otro ingreso posterior. En 2010 acude a nuestra consulta por cuadro de dos meses de evolución de pérdida de peso, astenia, sensación distérmica vespertina, y tos, en ocasiones hemoptoica. Describe un dolor en hemitórax izquierdo, que aumenta con la respiración profunda, empeora al acostarse y mejora al sentarse. Tras la exploración y pruebas complementarias, su médico de atención primaria decide traslado urgente al hospital donde el ecocardiograma y TAC confirman la sospecha diagnóstica de su médico de cabecera, pericarditis con derrame pericárdico severo. Dada la mala respuesta al tratamiento médico, y el alto riesgo de taponamiento cardiaco, se realizó una ventana pericárdica. Los estudios mostraron un engrosamiento pericárdico de tipo constrictivo que obligó a pericardiectomía anterior en un segundo tiempo. Tras la intervención se inició tratamiento con AINES a dosis plenas. Considerando la buena evolución, se decidió alta y seguimiento por el servicio de Hospitalización a domicilio, integrado por especialistas en medicina de familia.

Exploración y pruebas complementarias: Sudoroso. Pálido. Taquipnéico. Febrícula. TA 120/70. FC 100. Sin pulso paradójico. ACP: Tonos apagados. Sin soplos. MVC. Crepitantes bibasales. Roce pericárdico. EII: insuficiencia venosa crónica. EKG: en RS a 100 lpm, sin supradesnivelaciones, voltajes pequeños, negativización ondas T. Análítica: hemoglobina 10 g/dl, hematocrito 31% Sin alteraciones en la fórmula leucocitaria. Marcadores de daño miocárdico normales. RX tórax: aumento de silueta cardiopericárdica, edema pulmonar intersticial. Ecocardiograma: VI y VD normales. FE normal. PVC aumentada. Vena cava inferior dilatada. Derrame pericárdico severo con colapso inspiratorio AD. Paciente con alto riesgo de desarrollo de taponamiento cardiaco. TAC: derrame pericárdico y leve derrame pleural bilateral. Cultivo de Lowenstein, de esputo, de líquido pericárdico y DNA viral: negativos. Hemocultivos: negativos. Biopsia pericardio y celularidad: sin datos de malignidad.

Juicio clínico: Pericarditis efusivo-constrictiva idiopática.

Diagnóstico diferencial: Dolor torácico cardiaco: isquémico, no isquémico (prolapso mitral, miocardiopatías, disección Ao), derrame secundario a fármacos o tóxicos. Dolor torácico no cardiaco: neumotórax, neumonía; reflujo esofágico; osteomuscular.

Comentario final: En la mayor parte de las ocasiones el curso de la pericarditis es benigno y de fácil manejo. Identificar esta entidad con la herramienta más poderosa de atención primaria, la entrevista con el paciente y la exploración básica, favorece la instauración del tratamiento.

10/112. ADOLESCENTE CON DOLOR GEMELAR AGUDO

I. Vezanones Guanyabens^a, A. Hernández Bacardit^b, R. Ordeig Villanueva, A. Serra López, M. Obiols Torredadella^b y A. Górriz Hernando^b

^aResidente de Medicina de Familia. CAP Manresa. Manresa. Barcelona; ^bResidente de Medicina de Familia. CAP Manresa-2. Manresa. Barcelona; ^cResidente de Medicina de Familia. CAP Manresa-4. Manresa. Barcelona.

Descripción del caso: Hombre de 17 años, que consulta por dolor intenso y edema bilateral en zona posterior de extremidades inferiores (gemelos) de instauración brusca y que le dificulta la deambulacion. Dos semanas antes del inicio del cuadro había presentado un proceso infeccioso orientado como una amigdalitis viral. No refiere antecedentes personales ni familiares de interés. Fumador, no alergias medicamentosas conocidas.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física: afebril, edema maleolar bilateral sin fovea, pulsos pedios y sensibilidad conservada. Limitación en la dorsiflexión de los pies. Se solicita analítica donde destaca: leucocitosis, reactantes de fase aguda y CK elevados.

Juicio clínico: Con la orientación diagnóstica de miositis aguda postinfecciosa, se decidió ingreso del paciente para iniciar tratamiento antiinflamatorio y observar evolución. Ésta fue satisfactoria, el dolor cedió y las pruebas analíticas se normalizaron en pocos días.

Diagnóstico diferencial: Ante un cuadro de mialgias intensas con antecedentes de proceso infeccioso reciente, es preciso realizar diagnóstico diferencial con otras entidades como pueden ser: dermatopolimiositis, síndrome de Guillain-Barré, rabdomiolisis, ataxia cerebelosa aguda.

Comentario final: La miositis aguda postinfecciosa es una entidad poco frecuente que suele ser común en niños o adolescentes. Cursa con instauración brusca de dolor muscular intenso, sobre todo en extremidades inferiores, unos 15 días después de un cuadro infeccioso (viral o bacteriano). Al tratarse de una patología benigna y autolimitada, si la tenemos presente desde atención primaria podemos evitar pruebas complementarias. No son necesarias pruebas serológicas en busca de la etiología ya que su resultado no cambiaría la actitud y en muchas ocasiones son negativas. Su evolución suele ser hacia una recuperación total en pocos días precisando solamente tratamiento antiinflamatorio vía oral.

BIBLIOGRAFÍA

1. Koliou M, Hadjiiozou S, Ourani S, Demosthenous A, Hadjidemetriou A. A case of benign acute childhood myositis associated with influenza A (H1N1) virus infection. *Clin Microbiol Infect.* 2010;16(2):193-5. Epub 2009 Oct 14.
2. Heiner JD, Ball VL. A child with benign acute childhood myositis after influenza. *J Emerg Med.* 2009 Mar 7. [Epub ahead of print].
3. Hoeksma M, van Baasbank MC, Remijn JA, Ruijs GJ, Veenhuizen L. [A patient with serious viral myositis following flu]. [Article in Dutch]. *Ned Tijdschr Geneesk.* 2006 Feb 25;150 (8):436-9.

10/120. POLIARTRALGIAS COMO SÍNTOMA INICIAL DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

C. Gómez Ruiz, I. Buxadé Martí, G. Hinojosa Bareas, C. Cauqui Lende y M. Navajas Cuenca

Médico Residente. ABS Cirera-Molins. Consorci Sanitari del Maresme. Mataró. Barcelona.

Descripción del caso: Paciente de 21 años sin alergias medicamentosas, sin hábitos tóxicos ni antecedentes patológicos de interés. Tatuaje hace 3 años. Trabaja de vigilante de seguridad. Niega relaciones sexuales de riesgo y no ha viajado fuera de España. Ini-

cia febrícula acompañado de cuadro catarral junto con odinofagia y astenia. Se inicia tratamiento analgésico. A los pocos días presenta poliartralgias simétricas y localizadas inicialmente en articulaciones interfalángicas proximales (IFP) que se extienden progresivamente a articulaciones metacarpofalángicas (MCF), carpo, codo y cintura escapular y por último en rodillas y caderas. Presencia de 2 úlceras en cavidad bucal, no en los genitales. Pápulas eritematosas y pruriginosas en dorso y cara lateral de 2^a-3^a-4^a falanges de ambas manos. Lesiones eritematodescamativas en pabellones auriculares.

Exploración y pruebas complementarias: Pápulas eritematosas de 0,5-1 cm de diámetro en falanges de ambas manos. Lesiones eritematodescamativas en ambos pabellones auriculares. Signos inflamatorios en articulaciones IFP y MCF, edema en ambos codos. Dolor a la movilización de la cintura escapular Resto exploración dentro normalidad. Analítica: bioquímica sin alteraciones destacables. Hb 11,1 Hto 34 VCM 87,2 HCM 28,5 leucocitos 3.650 (1.750 N, 430 L). TSH normal, Perfil hepático normal VSG 23, Factor reumatoide negativo, ANA + 1/5.120 patrón homogéneo, AC anti dsADN y Ac anti SM positivo, ANCA negativo, Complemento C3 y C4 bajo. Serologías: HBsAg, VHC, VIH, toxoplasma, parvovirus B19, sífilis negativas, IgM CMV y VEB positivas. Sedimento de orina: Sin alteraciones. Biopsia lesiones falanges: hiperplasia epidérmica con aislados cuerpos citolíticos y degeneración vacuolar en la capa basal. Vasos de pequeño calibre de la dermis muestran infiltrado linfocitario parietal y perivascular con signos de leucocitoclastia y foco de necrosis fibrinoide. Rx palmo-placa: sin alteraciones significativas. Rx de tórax: anodina.

Juicio clínico: Lupus Eritematoso Sistémico (LES).

Diagnóstico diferencial: Artritis inflamatoria: Artritis reumatoide, posviral, reactiva o enteropática. Gota poliarticular. Espondilitis anquilosante. Artritis crónica juvenil. Enfermedades del tejido conectivo: LES, Esclerodermia, Enfermedad de Behçet, vasculopatías. Condiciones articulares no inflamatorias: Hipotiroidismo, depresión, enfermedades metabólicas óseas. Otras: polimialgia reumática, síndrome paraneoplásico, sarcoidosis.

Comentario final: Un paciente con poliartralgias plantea un desafío debido al extenso diagnóstico diferencial que presenta, por lo tanto, siempre debemos realizar una anamnesis y exploración física muy rigurosas. Debemos de conocer el patrón, el lugar y forma de afectación. También se debe de mostrar atención a los diferentes manifestaciones extraarticulares que nos ayudaran a realizar el diagnóstico. En nuestro caso se trata de un paciente con LES que es una enfermedad autoinmune y presenta una afectación multisistémica, inflamatoria, crónica y recurrente. Las manifestaciones clínicas varían desde presentaciones agudas con gran sintomatología a otras insidiosas. Aunque las musculoesqueléticas se manifiestan en el 95% de los casos. El diagnóstico de LES se realiza mediante los criterios diagnósticos establecidos por la American College of Rheumatology. Destacar que el paciente tiene unas lesiones en zonas acrales difíciles de distinguir de los perniones (sabañones) y que corresponde a una forma de lupus cutáneo denominado chilblain.

BIBLIOGRAFÍA

1. González Hermosa MR, González Pérez R, Soloeta Arechavala R. Perniosis lúpica. *Piel.* 2002;17(6):254-8.
2. American College of Rheumatology. Guidelines for referral and management of systemic lupus erythematosus in adults. *Arthritis and Rheumatism.* 1999;42(9):1785-96.
3. Hedrich CM, Fiebig B, Hauck FH, Sallmann S, Hahn G, Pfeiffer C, et al. Chilblain lupus erythematosus-a review of literature. *Clin Rheumatol.* 2008;27:949-54.
4. Ruiz Villaverde R, Blasco Melguizo J. Perniosis lúpica. *FMC Form Med Contin Aten Prim.* 2003;10(5):361-2.
5. Ostezan L, Callen JP. Cutaneous Manifestations of selected Rheumatologic Diseases. *Am Fam Physician.* 1996;53(5):1625-36.
6. Timoner Aguilera J. Exploración reumatológica en Atención primaria. *SEMERGEN.* 2003;29(7):368-75.

7. López-Guarch Ramírez P, Alarcón Frutos S, Fontana Campos M, Casado Rodríguez C. Poliartralgias, fiebre y rash cutáneo como manifestación de lupus eritematoso sistémico en una mujer adolescente. *SEMERGEN*. 2008;34(8):411-4.
8. Mies Richie A, Francis M. Diagnostic Approach to polyarticular joint Pain. *Am Fam Physician*. 2003;68(6):1151-60.
9. Fonollosa Pla V, Labrador Horrillo M, Vilardell Tarrés M. Anticuerpos antinucleares en la práctica clínica. *FMC Form Med Contin Aten Prim*. 2002;9(10):711-8.
10. Gill J, Quisel A, Rocca P, Walters D. Diagnosis of systemic lupus erythematosus. *Am Fam Physician*. 2003;68:2179-86.
11. González Hombrado L, Mateo Bernardo I. Protocolo diagnóstico del paciente con fiebre y poliartritis/poliartralgias. *Medicine*. 2005;9(31):2059-63.
12. Pérez Gómez A, Rodríguez Salceda I, Albarrán Hernández F, Movasat A. Protocolo diagnóstico de una poliartritis de reciente comienzo. 2009;10(29):1961-4.
13. Tornero Molina. Protocolo diagnóstico de las poliartritis agudas. 2005;9(28):1852-5.
14. Bielsa-Marsol I. Manifestaciones cutáneas poco frecuentes en el lupus eritematoso. *Piel*. 2006;21(2):79-85.
15. Ordás Calvo C, Jalón Monzón A, Ballina García FJ, Babío Herraiz J, Viña Alonso LM, Rodríguez Arbolea L. Un paciente con poliartritis en Atención primaria. *Med Integral*. 2002;39(1):8-17.
16. García Tello A, Villegas Martínez A, González Fernández AF. Manifestaciones hematológicas en el lupus eritematoso sistémico. *An Med Interna (Madrid)*. 2002;19(10):539-543.
17. Pinals R, Shmerling R, Romain P. Evaluation of the adult with polyarticular pain. In: *UptoDate*, January 2010.
18. Schur P, Wallace D, Pissetsky D, Greene J. Diagnosis and differential diagnosis of systemic lupus erythematosus in adults. In: *UptoDate*, January 2010.
19. Avcin T, Canova M, Guilpain P, Guillevin L, Kallenberg CG, Tinca ni Al et al. Infections, connective tissue diseases and vasculitis. *Clin Exp Rheumatol*. 2008;26(1 Suppl 48):18-26.
20. Barzilai O, Ram M, Shoenfeld Y. Viral infection can induce the production of autoantibodies. *Curr Opin Rheumatol*. 2007;19(6):636-43.
21. Reilly PA. The differential diagnosis of generalized pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 1999;13:391-401.
22. Dao K, Cush J. Acute polyarthritis. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*. 2006;20:653-672.
23. Paulino Tevar J, editor. *Reumatología en atención primaria*. 2ª ed. Madrid: Biblioteca Aula Médica; 2006.
24. Cañete Crespillo JD, Gómez-Reina Carnota JJ, González-Gay MA, Herrero-Beaumont Cua G, Morillas López L, Pablos Álvarez JL, et al, editores. *Manual SER de Enfermedades Reumáticas*. 5ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2008.
25. Alonso Ruiz A, Manrique Martínez P. Protocolo diagnóstico del paciente con lesiones cutáneas y poliartritis/poliartralgias. *Medicine*. 2005;9:2064-8.

10/122. OSTEOPOIQUILIA. UN DIAGNÓSTICO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

I. Veganzones Guanyabens^a, C. de Luna Omaña^a, S. Prada Ramírez^a, R. Maldonado Aubians^a, H. Ducet Texeira^a y J. Rapelli^b

^aResidente Medicina de Familia. CAP Manresa-2. Manresa;

^bResidente Medicina de Familia. CAP Súrria. Súrria. Barcelona.

Descripción del caso: Varón de 30 años, de origen rumano que acude a la consulta de atención primaria por gonalgia derecha no asociada a traumatismo reciente. No presenta antecedentes personales, ni antecedentes familiares de interés. No hábitos tóxicos, ni alergias medicamentosas conocidas.

Exploración y pruebas complementarias: La exploración física del aparato locomotor es normal, sin alteraciones en la estabilidad. No lesiones cutáneas. Se solicita estudio con radiografía simple bilateral de ambas rodillas: se observan múltiples lesiones milimétricas lenticuladas y ovoides en zonas epifisáreas de fémur, tibia y peroné. Rastreo radiográfico corporal: afectación bilateral de falanges, tarso, epífisis tibia y peroné, epífisis fémur, pelvis, escápulas, húmeros, cúbito, radio y carpo. Sin afectación vértebras ni cráneo. Se realiza estudio complementario con analítica: metabolismo fósforo-calcio, LDH y reactantes de fase aguda normales. La gammagrafía ósea también fue normal, sin captación de radioisótopo.

Juicio clínico: A través del diagnóstico diferencial y del estudio radiológico seriado óseo se confirmó el diagnóstico: osteopoiquilia condensante.

Diagnóstico diferencial: El diagnóstico diferencial debe realizarse con otras esclerosis generalizadas o localizadas y con tumores óseos primarios. La osteopoiquilia no debe confundirse con la melorreostosis, ni con la osteopatía estriada o focos de osteomielitis crónica, pero el mayor interés, es su posible confusión con las metastásis óseas osteoblásticas.

Comentario final: La osteopoiquilia es una entidad rara, se incluye dentro de las displasias óseas. Cursa con múltiples lesiones lenticulares u ovoides bien delimitadas, con predilección para las epífisis de los huesos largos, pelvis, carpo y tarso, sin afectación de cráneo y vértebras. Es más prevalente en varones, sigue un patrón de herencia autosómica dominante con penetrancia incompleta. El curso natural de las manchas óseas siguen las leyes de crecimiento normal del hueso. No precisa tratamiento. Puede asociarse a alteraciones cutáneas y se conoce como síndrome de Buschke-Ollendorff. En este caso la gonalgia derecha motivó el estudio radiológico, pero el hallazgo no estaba relacionado con la sintomatología, ya que la osteopoiquilia es asintomática y el diagnóstico suele ser un hallazgo casual (1/20.000 radiografías) o por sospecha familiar. Es una patología poco frecuente, pero es importante tenerla presente desde Atención Primaria para evitar al paciente pruebas innecesarias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Whyte MP, Murphy WA, Fallon MD, Hahn TJ. Mixed-sclerosing-bone-dystrophy: report of a case and review of the literature. *Skeletal Radiol*. 1981;6(2):95-102.
2. Ruiz Fernández MA, De León García FJ, Ruiz González AP, Rodríguez Palmero MA. Osteopatía condensante diseminada, definición y actitud. *BSCP Can Ped*. 2003;27(3).
3. Barrera Cadenas JL, Cima Suárez M, Corona Fernández C, Suárez Vázquez A, Hernández Vaquero D. Osteopoiquilia. A propósito de 2 casos. *Revista Esp Cir Ost*. 2002;37:40-3.

10/145. SÍNDROME DE SWEET. A PROPÓSITO DE UN CASO

S. Clemos Matamoro^a, J. Ayensa Calvo^b, D. Pérez Feito^a, B. Sánchez Hernández^b, A. Sánchez Martínez^b y S. Alonso Martínez^c

^aCS Tudela Este. Navarra; ^bUrgencias Hospital Reina Sofía; ^cCS Murchante.

Descripción del caso: Paciente mujer de 60 años, acude a consulta por referir aparición de placas eritematosas, induradas, a nivel de palmas y talones, muy pruriginosas y con descamación superficial desde hace unas 4 semanas. A su vez refiere durante la última semana, picos febriles de aparición diaria, malestar general así como edema y dolor en las manos. Antecedentes personales: cáncer de mama que requirió mastectomía radical un año antes y para el cual recibió tratamiento con poliquimioterapia (5-fluoracilo, ciclofosfamida y doxorubicina); la última dosis se la suministraron cinco semanas antes de la aparición de las lesiones dérmicas. En el contexto de probable reacción alérgica secundaria a trata-

miento quimioterápico se pauta tratamiento con antihistamínico (Ebastel forte flas). La paciente acude a los 3 días por empeoramiento.

Exploración y pruebas complementarias: Edema y eritema en palmas, asociado a descamación y prurito. Analítica general: neutrofilia del 73% de los leucocitos, elevación de LDH. Resto normal. Se remite a servicio de Dermatología donde se toma biopsia de piel que objetiva edema acentuado de la dermis papilar, con ensanchamiento y ampollas subepiteliales. Presencia de infiltrado inflamatorio perivascular y en el intersticio, numerosos polimorfonucleares neutrófilos con leucocitoclasia, sin vasculitis evidente; también se observaron algunos histiocitos.

Juicio clínico: Síndrome de Sweet. Dermatitis neutrofilica aguda febril.

Diagnóstico diferencial: Eritema multiforme. Eritema nodoso. Las lesiones solitarias pueden ser similares vesículas herpéticas. Eritema elevado diutinum. Neutrofilia fibrilar pronunciada.

Comentario final: A pesar de que el síndrome de Sweet es un cuadro benigno, que se resuelve aun sin tratamiento, su importancia radica en el diagnóstico, porque con frecuencia se asocia a otras enfermedades de mayor significado patogénico, como son la colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn, gammapatía monoclonal benigna, proliferación mielóide transitoria y diversos tumores malignos. Más importante aún, un número creciente de informes describe pacientes con leucemia mielóide aguda y síndrome de Sweet asociado. En la mayoría de los casos informados, las lesiones cutáneas precedieron al diagnóstico de leucemia por varios meses e incluso años.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sweet RD. An acute febrile dermatosis. *Br J Dermatol.* 1964;76:349-56.
2. Su DWP, Han-Nan HL. Diagnostic criteria for Sweet's syndrome. *Cutis.* 1986;37:167-74.
3. Waltz K, Long D, Marks JG, Billinsley EM. Sweet's Syndrome and Erythema Nodosum. *Arch Dermatol.* 1999;135:62-6.
4. Lear JT, Atherton MT, Byrne JPH. Neutrophilic dermatoses: pyoderma gangrenosum and Sweet's syndrome. *Postgrad Med J.* 1997;73:65-8.
5. Mendoza H, Acha V, Vives R, Sánchez J, Berasategui JI, Acero S. Síndrome de Sweet. Presentación de 6 casos y revisión de la literatura. *An Med Interna (Madrid).* 1997;14:244-6.
6. Nguyen KQ, Hurst CG, Pierson DL. Sweet's syndrome and ovarian carcinoma. *Cutis.* 1983;32:152-4.
7. Pérez Correa SE, Aladro Benito Y, Suárez Ortega S, Marín Esmeñota J, Rivero P, Díaz C. Síndrome de Sweet y afectación de motoneurona asociados a carcinoma de esófago. *An Med Interna (Madrid).* 1999;16:423-6.
8. Schiff BL, Kern AB, Bercovith L. Sweet's syndrome. Report of two atypical cases. *Postgrad Med J.* 1982;71:55-60.

10/163. FRACTURA DE ESCAFOIDES ASOCIADA A LUXACIÓN DE HUESO SEMILUNAR DEL CARPO. A PROPÓSITO DE UN CASO

S. Clemos Matamoros, S. Alonso Martínez, B. Sánchez Hernández, D. Pérez Feito, A. Almenar Bases y A. Landeo Fonseca

Hospital Reina Sofía. Tudela.

Descripción del caso: Paciente varón de 23 años, atendido en servicio de Urgencias por referir haber sufrido caído mientras cabalgaba a caballo con apoyo en hiperextensión sobre palma de mano derecha. Desde la caída presenta dolor intenso, gran tumefacción, deformidad e impotencia funcional.

Exploración y pruebas complementarias: Como rasgo llamativo a la inspección aparece la mano y la muñeca muy inflamada con gran tumefacción y equimosis. La mano, en especial el carpo, se

notan acortados y la muñeca engrosada. Cuando se realiza la palpación se encuentra dolor agudo en la región dorsal que corresponde a los huesos del carpo y cuando se palpa el estiloides radial y cubital los mismos se encuentra en su posición anatómica. Los tendones extensores se palpan como cuerdas sobre los bordes dorsales de los huesos del carpo. Se realiza radiografía de mano y muñeca en dos proyecciones. La radiografía simple en proyección antero posterior muestra el hueso grande cabalgado sobre el semilunar y fractura del polo proximal de hueso escafoide, no siendo necesarias las radiografías en pronación y supinación de la muñeca. Además se observa una horizontalización del hueso escafoide y un ensanchamiento del espacio escafosemilunar.

Juicio clínico: Fractura de escafoides asociada a luxación de hueso semilunar del carpo.

Diagnóstico diferencial: Fractura de colles con luxación distal del carpo. Fractura aislada de escafoides sin desplazamiento (fácil de pasar desapercibida diagnosticándose de esguince de muñeca).

Comentario final: El tratamiento de las fracturas luxaciones del carpo va encaminado a la reducción anatómica de las relaciones intercarpianas. Como norma de actuación se debe practicar un intento de reducción cerrada lo más pronto posible, después es necesario la valoración de posible inestabilidad existente. Dependiendo de la reducción obtenida se puede seguir un tratamiento conservador con vendaje enyesado durante 6 semanas y radiografías evolutivas dado que pueden ocurrir desplazamientos dentro del yeso, o bien actuar quirúrgicamente si con el primer método no se consigue el objetivo deseado. Una reducción inadecuada conlleva a una inestabilidad residual con un pobre resultado clínico-funcional. En ocasiones hay autores que recomiendan la cirugía de entrada para realizarla fijación del escafoides fracturado con un tornillo de Herbert o con agujas de Kirschner. También debemos hacer mención a que algunos autores consideran como indicación quirúrgica absoluta para las fracturas de escafoide cuando estas concommitan con luxaciones del carpo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guilliard MJ, Mayo AK. Subluxation/luxation of the second carpal bone in two racing greyhounds and a Staffordshire bull terrier. *J Small Anim Pract.* 2001;42(7):356-9.
2. Ragois P, Kadji O, Leclerc P. Anterior trans-scaphoid-lunate luxation of the wrist. Apropos of a case. *Chir Main.* 1999;18(4):304-8.
3. Polveche G, Cordonier D, Theyry D, Desrousseaux JF. An unusual variation of luxation of the wrist: external vertical luxation. Apropos of a case. Review of the literature. *Ann Chir Main Memb Super.* 1995;14(3):159-66.
4. Adolph J, Erlemann R, Grunert J, Edelmann C, Peters PE. Conventional diagnosis of carpal luxation and instability. *Radiology.* 1990;30(8):353-5.

10/170. HIPERTENSIÓN ARTERIAL MAL CONTROLADA, ¿QUIZÁS SECUNDARIA?

A. Bárcena Fernández, E. Costa Atienza, L. Costa Atienza, J. Espina Ordeig, S. Suriñach Pla e I. Cadenas Romero

ABS Manlleu.

Descripción del caso: Paciente de 45 años que presenta desde hace 1a episodios de crisis hipertensivas (cefalea + HTA 220/130). Antecedentes personales de tabaquismo. Enolismo moderado. Sobrepeso. Mononucleosis infecciosa el 1988. Prostatitis crónicas y estenosis uretral 1994. Neuritis óptica el 1998 con estudio neurológico normal (no se pudo hacer RMN por suturas metálicas faciales por TCE el 1980). Actividad laboral transportista. No se refieren antecedentes familiares de interés.

Juicio clínico: Feocromocitoma.

Diagnóstico diferencial: Tirotoxicosis, hiperaldosteronismo, hi-

pogluceemia, carcinoide, crisis de ansiedad, hemorragia subaracnoidea, estenosis de arteria renal, eritromelalgia, mastocitosis.

Comentario final: Paciente intervenido a finales de 2008 previo control con alfa y beta bloqueantes y/o antagonistas de los canales de calcio. Se precisan de revisiones a los 1, 3, 6 y 12 meses, después anual durante los 5a siguientes con análisis en orina de Catecolaminas, metanefrinas y creatinina en 24h. Control tensional semanal durante el primer año y después mensual. El feocromocitoma es una enfermedad poco prevalente, sólo un 0,1-1% de los pacientes hipertensos lo presentará pero es una de las primeras enfermedades a descartar si con el tratamiento el paciente no mejora de su tensión arterial.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guía de Actuación en Atención Primaria. 3ª Edición. SEMFYC.
2. Manual de Endocrinología y Nutrición. NOvo Nordisk.
3. Feocromocitoma. <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000340.htm>
4. Hipertensión secundaria y Hipertensión resistente. <http://www.fisterra.com/guias2/hta2.asp>

10/171. BRUGADA SÍ, BRUGADA NO

R. Montero Alarcón^a, M. Muñoz Moreno^b, G. Lilova Lilova^c, L. Núñez Martín^c, L. Castillo Herrera^b y B. Albarracín Moreno^b

^aCS Guayaba. Madrid; ^bCS Calesas. Madrid; ^cCS General Ricardos.

Descripción del caso: Se trata de un varón de 20 años, sin factores cardiovasculares, fumador ocasional, sin antecedentes familiares de muerte súbita ni historia de síncope que acude al C.S. por presentar dolor torácico tipo pinchazo que se modifica con los movimientos, sin cortejo vegetativo que se comienza cuando se encuentra cargando peso en su puesto laboral.

Exploración y pruebas complementarias: Eupneico, estable. AC: rítmico, desdoblamiento del 2º ruido, no soplos, AP: MVC, sin ruidos sobreañadidos. Dolor a la palpación a punta de dedo en hemitórax izquierdo en 4º-5º espacio intercostal. Resto sin alteraciones. Pruebas complementarias en C.S.: Se decide realizar un ECG: Ritmo sinusal, eje indeterminado, bloqueo de rama derecha con ascenso del ST de 1 mm en V2-V3 (¿posible Síndrome de Brugada?). Se decide derivar al cardiólogo de forma preferente donde se le realizan diferentes pruebas complementarias: repetición del ECG: sin cambios respecto al previo. Rx tórax: sin alteraciones, ecocardiograma: normal, sin alteraciones, test de provocación con flecaínida: bajo monitorización electrocardiográfica a infusión de flecaínida a dosis creciente hasta alcanzar 2 mg/kg, sin objetivarse cambios patológicos. En ECG. Discreto entecimiento de velocidad de conducción con ligero ensanchamiento del QRS.

Juicio clínico: Dolor torácico de características Osteo-musculares. Test de provocación con flecaínida negativo para síndrome de Brugada. Ausencia de cardiopatía estructural. Tratamiento: antiinflamatorios y reposo. No precisa seguimiento desde el punto de vista cardiológico.

Diagnóstico diferencial: 1. Dolor torácico de etiología osteo-muscular. 2. Pericarditis. 3. Cardiopatía isquémica.

Comentario final: El síndrome de Brugada es una enfermedad importante causante de numerosas muertes súbitas en jóvenes y en deportistas. Es importante descartarla ante la mínima duda que se pueda generar, como tener un ECG compatible, realizando diferentes pruebas, como puede ser una infusión de flecaínida. El tratamiento del síndrome de Brugada podría ser la implantación de un DAI (desfibrilador automático implantado).

BIBLIOGRAFÍA

1. Marriott HJL Practical electrocardiography, 7th ed. Baltimore: Williams and Williams, 1988.
2. Brugada P, Brugada J. A distinct clinical and electrocardiographic syndrome: right bundle-branch block, persistent ST seg-

ment elevation with normal QT interval and sudden cardiac death (abstr). PACE. Pacing Clin Electrophysiol. 1991;14:746.

3. Brugada J, Brugada P, Brugada R. El síndrome de Brugada y las miocardiopatías derechas como causa de muerte súbita. Diferencias y similitudes. Rev Esp Cardiol. 2000;53:275-85.
4. Namiki T, Ogura T, Kuwabara Y. Five-year mortality and clinical characteristics of adult subjects with right bundle branch block and ST elevation [abstract]. Circulation. 1995;93(Supl):334.
5. Matsuo K, Kurita T, Inagaki M, et al. The circadian pattern of the development of ventricular fibrillation in patients with Brugada syndrome. Eur Heart J. 1999;20:465-70.
6. Fujiki A, Usui M, Nagasawa H, et al. ST segment elevation in the right precordial leads induced with class IC antiarrhythmic drugs: insight into the mechanism of Brugada syndrome. J Cardiovasc Electrophysiol. 1999;10:214-8.

10/247. MIEMBRO FANTASMA. MANEJO DESDE PRIMARIA DE UN DOLOR REBELDE Y COMPLEJO

M. Silva César^a, L. Casal Méndez^b y V. Fernández Rodríguez^b

^aServicio de Hospitalización a Domicilio. A Coruña; ^bCS de Los Rosales. A Coruña.

Descripción del caso: Varón 62 años. Herida de fuego en pie derecho desde los 19 años. Osteomielitis secundaria. Seguido por traumatólogo hasta 1997, después el enfermo inició tratamiento de úlceras crónicas en el pie por su cuenta. En 2009 acude a la consulta de primaria, porque las úlceras están evolucionando de forma más tórpida de lo habitual, de mayor tamaño, olor intenso y desagradable y dolor. Se contacta con el traumatólogo que considera necesaria la amputación infrarrotuliana. Durante su ingreso se evidencia conglomerado adenopático inguinal. La biopsia de ganglios confirma cáncer epidermoide. Una vez estabilizado el enfermo, avisan al servicio de hospitalización a domicilio, integrado por médicos de familia, para control del dolor en domicilio. El paciente fue dado de alta con AINES, describiendo desde el primer día un dolor en la zona del muñón y en "la pierna que ya no tiene" de intensidad moderada.

Exploración y pruebas complementarias: En su domicilio tras la amputación: BEG. sin fiebre. Emocionalmente en fase de aceptación de la enfermedad. Conglomerado adenopático en hueso poplíteo. Sin datos de infección en heridas quirúrgicas. Varios tipos de dolor simultáneos: Dolor somático: dolor en herida post-quirúrgica de la ingle; dolor por metástasis tumorales en hueso poplíteo. Dolor neuropático: dolor del miembro fantasma; dolor en la cicatriz del muñón. Biopsia de ganglios: cáncer epidermoide. TAC abdomino-pélvico: adenopatías inguino-pélvicas y retroperitoneales.

Juicio clínico: 1) Osteomielitis crónica en pie y amputación infrarrotuliana. 2) Ca epidermoide metastásico en el contexto de probable úlcera de Majorlin, resultado de malignización de úlceras en pie de años de evolución. 3) Tipos de dolor: somático y neuropático.

Diagnóstico diferencial: Identificación de los distintos tipos de dolor en este paciente.

Comentario final: El dolor de miembro fantasma se describe en amputaciones traumáticas o terapéuticas, y no sólo limitado a los miembros, sino también en otras regiones del cuerpo¹. Engloba, la percepción de sensaciones desagradables en la distribución de la parte del cuerpo amputada, aunque la mayor parte de los casos a este dolor le acompaña el nociceptivo del muñón. Ambos pueden aparecer inmediatamente o años después¹. A pesar de que el tratamiento con opioides no suele controlar el dolor de miembro fantasma¹ los mantuvimos para tratar el dolor secundario a metástasis², que junto con venlafaxina y neuropépticos consiguieron un adecuado ajuste de la analgesia, sin ser necesaria la asociación de anti-convulsivantes¹, y garantizando un buen control del dolor, directamente relacionado con la calidad de vida del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cruciani RA, Nieto MJ. Fisiopatología y tratamiento del dolor neuropático, avances más recientes. *Rev Soc Esp Dolor*. 2006;13(5).
2. Silva César MA, et al. Guía clínica: Manejo del dolor oncológico. *Fisterrae*, Junio 2009.

10/249. DOLOR TORÁCICO EN UN DEPORTISTA JOVEN CON ALTERACIONES ELECTROCARDIOGRÁFICAS

M. León Espinosa^a, R. Pérez Martínez^b y A. Rivera Gómez-Arevalillo^c

^aUD Valladolid Oeste; ^bUD Área. 2 Madrid; ^cUD Ávila.

Descripción del caso: Paciente de 17 años, jugador de fútbol de un equipo juvenil, que acude al servicio de urgencias por que en un entrenamiento, comenzó con malestar abdominal, 1 vómito alimenticio y opresión torácica de breve duración, con recuperación espontánea.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física: presión venosa, pulsos, auscultación pulmonar y cardiaca normales. No edemas. ECG: ritmo sinusal con alteraciones de la repolarización en cara lateral tipo T negativa en V4, V5 y V6 con T bifásica en V3. Radiografía tórax: corazón en el límite de la cardiomegalia. Seriación enzimática negativa. Ecocardiograma: VI dilatado levemente, no hipertrofia. Función sistólica global en el límite bajo de la normalidad, sin alteraciones segmentarias. Ergometría negativa. RNM cardiaca: Aumento leve del volumen telediastólico del VI con una FE en los límites normales.

Juicio clínico: Corazón de atleta.

Diagnóstico diferencial: El diagnóstico diferencial se debe realizar con una cardiopatía estructural y sobre todo con aquellas patológicas que pueden producir eventos cardiacos durante el ejercicio, que en jóvenes lo más frecuente suelen ser anomalías congénitas coronarias, miocarditis o miocardiopatías.

Comentario final: El corazón de atleta es una variante de la normalidad que refleja los efectos de un entrenamiento mantenido, produciéndose soplos funcionales, los efectos de la vagotonía, arritmias cardiacas y dilatación de cavidades.

10/274. DOCTOR/A, ME DUELE EL PECHO, NO PUEDO RESPIRAR Y TENGO MANCHAS EN LA PIEL

C. Niño de Azcárate^a, M. Farraye^b, M. Azcárate Bang^c, B. Cátedra Castillo^d, F. Niño Rodríguez^e y L. López-Táppero Irazábal^a

^aCS Espronceda. Madrid; ^bCS Águilas. Madrid; ^cCS Los Gladiolos. Santa Cruz de Tenerife; ^dCS Segovia. Madrid; ^eCS Los Cristianos. Santa Cruz de Tenerife.

Descripción del caso: Paciente varón de 61 años de edad que acude a consultas de Atención Primaria por cuadro de dolor torácico opresivo, palpitations, sensación de falta de aire de 24 horas de evolución, por lo que había acudido al servicio de urgencias la noche anterior, siendo diagnosticado de crisis de ansiedad. Además refiere aparición desde hace 10 días de lesiones cutáneas, principalmente en raíz de miembros, abdomen y espalda, por las que ha consultado en diversas ocasiones en el servicio de urgencias siendo tratado con cremas con diferentes concentraciones en corticoesteroides sin mejoría de las lesiones.

Exploración y pruebas complementarias: TA 160/80 FC 98 lpm Sat O₂ basal 99%. Paciente consciente y orientado. Orofaringe: ligeramente hiperémica, no placas ni exudados. Lengua depapilada. ACP: sin hallazgos. PIEL: erupción cutánea maculopapular generalizada principalmente en miembros superiores, espalda y raíz de miembros inferiores, no pruriginosa, no vitroborrables, que no respeta palmas de las manos ni plantas de los pies. Rehistoriado al

paciente, refiere cuadro pseudogripal hace aproximadamente 10 días, coincidiendo con la aparición de las lesiones. También refiere conductas sexuales de riesgo hace 2 meses y recientemente, junto con intensa sensación de culpabilidad secundaria a las mismas que le han provocado crisis de ansiedad en otras ocasiones. Solicitamos serología sifilítica, que resultó positiva, por lo que tratamos con penicilina G benzatina, 2.4 millones de UI intramuscular en monodosis con buena evolución de las lesiones, así mismo pautamos benzodiazepinas durante 1 semana para tratamiento de la ansiedad con buena evolución del cuadro.

Juicio clínico: Sífilis secundaria.

Diagnóstico diferencial: Los diagnósticos diferenciales en la etapa de sífilis secundaria son pitiriasis rosada, eritema multiforme, enfermedades eruptivas virales, sarna, erupciones medicamentosas, linfoma, síndrome mononucleósico de diversas etiologías, etc.

Comentario final: La sífilis secundaria debe ser considerada en el diagnóstico diferencial de múltiples enfermedades debido a su pleomorfismo clínico. Después de la aparición del tratamiento antibiótico, la disminución de la prevalencia de la enfermedad llevó a declinar el interés y el conocimiento de los numerosos aspectos de esta infección, sin embargo con la venida de la población inmigrante la prevalencia de la Sífilis ha aumentado notablemente, lo que nos obliga a mantener un alto índice de sospecha cuando estemos frente a una erupción cutánea desconocida. Por otra parte, debemos reforzar la atención integral al paciente y no tratar o historiar únicamente por signos y síntomas para evitar errores en el diagnóstico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hook EW, Marra CM. Acquired syphilis in adults. *N Eng J Med*. 1992;326(16):1060-8.
2. Guidelines for treatment of sexually transmitted disease. *MMWR*. 1998;47(RR-1):1-118.
3. Musher DM. Syphilis. Gorbach, Bartlett, Blacklow. Infectious diseases. Ed. Saunders, 1992:822-8.
4. Sífilis. Baradad M. Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Arnau de Vilanova. Disponible en: URL: <http://www.dermatoweb.net>.
5. <http://www.uptodate.com>

10/275. DOCTOR, DOC DOC TOR, ¿POR QUÉ TARTAMUDEO DE REPENTE?

C. Niño de Azcárate^a, M. Farraye^b, M. Azcárate Bang^c, F. Niño Rodríguez^e y B. Cátedra Castillo^d

^aCS Espronceda. Madrid; ^bCS Águilas. Madrid; ^cCS Los Gladiolos. Santa Cruz de Tenerife; ^dCS Los Cristianos. Santa Cruz de Tenerife; ^eCS Segovia. Madrid.

Descripción del caso: Paciente varón de 52 años de edad con antecedentes personales de depresión mayor en tratamiento con ISRS y gabapentina a dosis de 1.200 mg/día, que acude a consulta de atención primaria refiriendo cuadro de tartamudeo de una semana de evolución negando episodio similar previo. Como único cambio, refiere consulta reciente con psiquiatría (hacia 4 días) donde se aumenta dosis de gabapentina a 1.600 mg al día.

Exploración y pruebas complementarias: TA 128/72 FC 72 lpm. Exploración neurológica: No signos de focalidad neurológica. Exploración Otorrinolaringológica: normal. Se tranquiliza al paciente ante una exploración rigurosamente normal, y se solicita analítica de forma preferente cuyos valores se encontraban dentro de límites normales. Revisando bibliografía, se objetiva el tartamudeo como efecto secundario del tratamiento con gabapentina a altas dosis, por lo que se decide disminuir la dosis del fármaco y ver evolución del cuadro. Al cabo de una semana se objetiva resolución completa del cuadro de tartamudeo, pero incremento de la ansie-

dad en el paciente, quien solicita aumento de la dosis de gabapentina pese al riesgo de reaparición del tartamudeo.

Juicio clínico: Tartamudeo secundario a gabapentina.

Diagnóstico diferencial: Se debe realizar el diagnóstico diferencial del tartamudeo con infarto cerebral hemisferio derecho, distonía de torsión hereditaria, tartamudeo secundario a fármacos.

Comentario final: La mayoría de las veces, una buena anamnesis por parte del médico de atención primaria es suficiente para el diagnóstico de patologías que a priori pueden parecer de difícil diagnóstico. En numerosas ocasiones, ante la aparición de efectos secundarios farmacológicos descritos nos vemos tentados a retirar el fármaco al paciente pese al beneficio que este le aportaba, por ello es importante, valorar el riesgo-beneficio de la administración de dicho fármaco de manera individualizada para cada paciente, ya que en ocasiones la retirada del mismo puede ocasionar mayores trastornos que el efecto secundario objetivado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Onslow M. Choosing a treatment procedure for early stuttering: issues and future directions. *J Speech Hearing Res.* 1992;35:983-93.
2. Messiha FS. Fluoxetine: adverse effects and drug-drug interactions. *J Toxicol Clin Toxicol.* 1993;31:603-30.
3. Watson JB. Improving the effectiveness of stuttering intervention: the journey continues. *Folia Phoniatr Logop.* 1994;46:214-22.

10/276. DOCTOR, ME PICA Y NO PUEDO DORMIR

C. Niño de Azcárate^a, M. Farraye^b, M. Azcárate Bang^c, B. Cátedra Castillo^d y F. Niño Rodríguez^e

^aCS Espronceda. Madrid; ^bCS Águilas. Madrid; ^cCS Los Gladiolos. Santa Cruz de Tenerife; ^dCS Segovia. Madrid; ^eCS Los Cristianos. Santa Cruz de Tenerife.

Descripción del caso: Paciente mujer de 65 años de edad que acude por cuadro de prurito de 8 días de evolución que no cede pese a tratamiento con antihistamínicos (pautado días previos por el mismo cuadro), de predominio nocturno y principalmente en pliegues inguinales y submamaros. Además refiere aparición de prurito genital asociada desde hace una semana. La paciente niega contactos sexuales de riesgo. Refiere sintomatología similar presentada por su marido, quien no ha consultado a su médico por el cuadro.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración destacan lesiones de rascado en pliegues y espalda, junto con pápulas en genitales externos. Resto de la exploración normal. Solicitamos analítica con serologías para ITS, junto con exudado vaginal e interconsulta a dermatología. Al cabo de unas semanas recibimos resultado de exudado vaginal positivo para *Trichomona vaginalis* la cual tratamos con metronidazol 2 g en monodosis y aconsejamos tratamiento de su pareja. Por otra parte, la paciente acude a consultas de dermatología donde es diagnosticada de sarna y donde pautan tratamiento con permetrina al 5%, con buena evolución del prurito.

Juicio clínico: Sarna y vaginitis por tricomonas.

Diagnóstico diferencial: Se debe realizar el diagnóstico diferencial de la sarna con: pediculosis pubis, prurito sine materiae, excoriaciones neuróticas, prurigo nodular entre otras. Debemos realizar el diagnóstico diferencial de la vaginitis por tricomonas principalmente con vaginosis bacterianas y con candidiasis.

Comentario final: La sarna es una enfermedad muy frecuente en nuestro medio por lo que la debemos tener en cuenta ante la existencia de prurito de predominio nocturno, además ante su sospecha no debemos olvidar la exploración de genitales y su frecuente asociación con otras ITS en pacientes sexualmente activos. Por otra parte nunca debemos olvidar el tratamiento tanto de nuestro paciente como de los demás miembros familiares afectos y ante la existencia de otra ITS asociada el tratamiento de su pareja para la correcta resolución del cuadro.

BIBLIOGRAFÍA

1. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Vaginitis. Washington (DC): American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG); 2006 May. 12 p. (ACOG practice bulletin; no. 72).
2. British Association for Sexual Health and HIV. United Kingdom national guideline on the management of trichomonas vaginalis [Internet]; 2007 [acceso 9/12/2008].
3. British Association for Sexual Health and HIV. National guideline for the management of bacterial vaginosis. [Internet]; 2005 [acceso 9/12/2008].
4. Coll Capdevila C, Ramírez Hidalgo A, Sánchez Borrego R. Vulvovaginitis en la práctica clínica. Barcelona: MCS; 1998.

10/279. EL GRAN SIMULADOR

M. Farraye^a, C. Niño de Azcárate^b, M. Azcárate Bang^c, J. Zlatkes Kirchner^d, I. Roberts Martínez-Aguirre^e y F. Niño Rodríguez^f

^aCS Águilas. Madrid; ^bCS Espronceda. Madrid; ^cCS Los Gladiolos. Santa Cruz de Tenerife; ^dCS Campamento. Madrid; ^eCS Lavapiés. Madrid; ^fCS Los Cristianos. Santa Cruz de Tenerife.

Descripción del caso: Mujer de 72 años con AP hipotiroidismo, sin FRCV, que acude a urgencias refiriendo lesiones cutáneas eritematosas, pruriginosas, generalizadas de 4 días de evolución. Además cuenta cuadro de sensación de inestabilidad y malestar general tras levantarse de la cama, seguido de pérdida de conocimiento, de segundos de duración con recuperación espontánea y un vómito bilioso. No dolor torácico, ni disnea.

Exploración y pruebas complementarias: Tª 36,7o. FC 72 lpm TA 130/85 SO₂ 98%. Consciente y orientada. Normocoloreada. Eupneica. BEG. ACP: Normal. EEl: sin signos de TVP. NRL: Sin focalidad. ECG: RS a 70 lpm. RX Tórax: ICT normal. No derrame asociado, no infiltrados. Analítica: D Dímeros 926, resto normal. TC torácico: tromboembolismo pulmonar en arterias segmentarias de ambos lóbulos inferiores.

Juicio clínico: TEP bilateral, urticaria.

Diagnóstico diferencial: IAM, ICC, Neumotórax, pericarditis aguda, aneurisma disecante de aorta, neumonía, pleuritis aguda, taponamiento pericárdico, sepsis, carcinoma bronquial, TBC.

Comentario final: La paciente acudió a la consulta por un cuadro de urticaria y secundariamente comento un episodio sincopal. Dada la asociación de este último con D dímeros elevados, se sospecha de TEP, a pesar de la ausencia de otro signo/síntoma que lo avale. Los síntomas del TEP, son inespecíficos por lo que su intensidad depende del grado de oclusión y de la reserva cardiopulmonar previa del paciente. Un 13% se presenta como síncope.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kucher, N, Goldhaber, SZ. Management of massive pulmonary embolism. *Circulation.* 2005;112:e28.
2. Cavallazzi, R, Nair, A, Vasu, T, Marik, PE. Natriuretic peptides in acute pulmonary embolism: a systematic review. *Intensive Care Med.* 2008.
3. Stein, PD, Beemath, A, Matta, F, et al. Clinical characteristics of patients with acute pulmonary embolism: data from PIOPEP II. *Am J Med.* 2007;120:871.

10/281. PANCREATITIS Y DIABETES. ACERCA DE UN CASO CLÍNICO

M. Farraye^a, C. Niño de Azcárate^b, M. González Martín^a, C. Quispe Martínez^a, M. Azcárate Bang^c y F. Niño Rodríguez^d

^aCS Águilas. Madrid; ^bCS Espronceda. Madrid; ^cCS Los Gladiolos. Santa Cruz de Tenerife; ^dCS Los Cristianos. Santa Cruz de Tenerife.

Descripción del caso: Paciente mujer de 26 años, sin AP de interés, que acude a consulta refiriendo cuadro de dolor abdominal,

epigástrico, no irradiado, que empeora tras las comidas, acompañado de sensación de reflujo y náuseas, de varios días de evolución. No fiebre ni otra sintomatología.

Exploración y pruebas complementarias: RHA (+). Blando, despresible, dolor a la palpación profunda a nivel epigástrico, no masas ni megalias, no signos de irritación peritoneal. Se diagnostica de gastritis aguda y se pauta omeprazol 20 mg cada 24 horas. A los pocos días vuelve por ausencia de mejoría a pesar del tratamiento y aparición de visión borrosa de 2 días de evolución. Se decide derivar a hospital ante campo izquierdo borroso y cuadro de dolor abdominal con falta de respuesta al tratamiento pautado. En el Hospital se le realiza analítica objetivándose: glucosa 450 mg/dl, amilasa 167, lipasa 412, PCR 0,85 mg/dl., Na 132 mmol/L, resto sin alteraciones. SO: glucosuria. Cuerpos cetónicos negativos. TC abdominal: Se observan signos radiológicos de PA. Mínima ectasia del conducto pancreático principal.

Juicio clínico: Pancreatitis aguda. Diabetes pancreática.

Diagnóstico diferencial: Otros tipos específicos asociados a patología exocrina del páncreas: pancreatitis (aguda y crónica); diabetes pancreática tropical; cáncer de páncreas; síndrome post-pancreatectomía. Otras causas de dolor abdominal asociado a hiperglucemia: cetoacidosis diabética, síndrome hiperosmolar.

Comentario final: La hiperglucemia que aparece durante la PA se resuelve la mayoría de las veces con la resolución del proceso inflamatorio pancreático, sin embargo, la magnitud de la misma es un factor de mal pronóstico. Algunos presentan una DM tras el cuadro y otros la desarrollan durante el año posterior a la inflamación aguda del páncreas. No se ha establecido con precisión el origen del descontrol glucémico asociado con la PA, tampoco se ha podido predecir su evolución, conocer los factores que contribuyen para su persistencia, ni establecer la frecuencia de esta asociación a largo plazo. Ante un paciente con dolor abdominal epigástrico que no responde a tratamiento habitual, no debemos olvidar la posibilidad de una pancreatitis y/o debut diabético como causas del mismo, por lo que deberíamos solicitar niveles de glucemia y descartar la presencia de cuerpos cetónicos en orina, según la clínica asociada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sjöberg RJ, Kidd GS. Pancreatic diabetes mellitus. *Diabetes Care* 1989;12:715-24.
2. Somogyi L, Martin SP, Venkatesan T, Ulrich CD 2nd. Recurrent acute pancreatitis: an algorithmic approach to identification and elimination of inciting factor. *Gastroenterology*. 2001;120:708-17.
3. Gorelick FS. Diabetes mellitus and the exocrine pancreas. *Yale J Biol Med*. 1983;56:271-5.

10/282. FUI AL OFTALMÓLOGO Y EMPECÉ CON ALUCINACIONES

M. Farraye^a, C. Niño de Azcárate^b, M. Azcárate Bang^c, B. Cátedra Castillo^d y F. Niño Rodríguez^e

^aCS Águilas. Madrid; ^bCS Espronceda. Madrid; ^cCS Los Gladiolos. Santa Cruz de Tenerife; ^dCS Segovia. Madrid; ^eCS Los Cristianos. Santa Cruz de Tenerife.

Descripción del caso: Paciente varón de 48 años traído a urgencias por cuadro de alteración del comportamiento, de aparición súbita, asociado a alucinaciones visuales y desorientación temporoespacial. No presenta antecedentes personales de interés. La familia comenta que esa mañana acudieron a la consulta del oftalmólogo y le pusieron unas gotas en los ojos. No aportan informe. Impresiona de brote psicótico. Dada la ausencia de antecedentes psiquiátricos o hábitos tóxicos, se sospecha de Síndrome confusional agudo secundario a colirio de ciclopentolato. El paciente queda en observación. Durante su estancia el cuadro va remitiendo. Es

dado de alta a las 12 h, con posteriores controles en su centro de salud a las 24 y 48 h permaneciendo asintomático.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 140/70 FC 95 lpm T^a 37,5 °C BMT 94. Buen estado general, Bien perfundido e hidratado. Normocoloreado. Eupneico. CYC: midriasis arreactiva. NRL: Sin focalidad. Llama la atención ideación delirante con alucinaciones visuales, miodesopsias, que aparecen de forma intermitente con discurso coherente entre dichos episodios. ECG: Ritmo sinusal a 92 lpm, sin alteraciones agudas en la repolarización. Analítica (distemático de sangre y bioquímica general) normal.

Juicio clínico: Síndrome confusional agudo secundario a colirio de ciclopentolato.

Diagnóstico diferencial: Alteraciones hidroelectrolíticas (deshidratación, hipo/hipernatremia). Infecciones. Intoxicación alcohólica o por drogas. Fármacos: barbitúricos, benzodiazepinas, AINEs, omeprazol, corticoides, antiarrítmicos, antidepressivos. Alteraciones metabólicas (hipoglucemia, hipercalcemia, insuficiencia hepática, tirotoxicosis). Estadios post operatorios.

Comentario final: El síndrome confusional agudo es un cuadro de origen multifactorial. Una de las causas más frecuentes es por el uso de fármacos, como los agentes parasimpaticolíticos, muy usados en oftalmología para provocar midriasis y parálisis de la acomodación en distintas circunstancias, tan frecuentes como la exploración del fondo de ojo; incluso en gotas o pomadas, pueden provocar efectos sistémicos. Debido a la clínica alarmante, es importante tranquilizar a la familia y al paciente y explicar las posibles causas. Siempre es necesario realizar previamente un buen diagnóstico diferencial y excluir causas orgánicas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Barrer DB, Solomon DA. Potential for mental status changes associated with systemic absorption of anticholinergic ophthalmic medications: concerns in the elderly. *Ann Pharmacother*. 1990; 24:847-50.
2. Wutrich B, Kuhn M, Zimmerli, Priske S. Systemic anticholinergic side-effects. *Allergy*. 2000;55:788-9.

10/396. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE BULTOMA TESTICULAR EN ATENCIÓN PRIMARIA

J. Castañeda Sánchez, P. Rojo Cárdenas y V. Parent Mathias

CS Camargo Costa.

Descripción del caso: Paciente varón de 45 años que acude a consulta de AP por dolor en testículo izquierdo desde hace semanas e inflamación desde hace 5 días, afebril, no síndrome miccional ni otra clínica asociada. AP: HTA en tratamiento farmacológico. IQ vasectomía en el 2004.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración física se objetiva un aumento del tamaño del epidídimo, con teste normal sin dolor a la movilización. Resto de la exploración general y genitourinaria normal. Se pauta tratamiento antiinflamatorio oral y se solicita ecografía, la cual se informa como "engrosamiento nodular en cola de epidídimo izquierdo con aumento de la vascularización y diámetro máximo de 2 cm, compatible con epididimitis focal, recomendando control evolutivo". La analítica básica, hormonal y marcadores tumorales fueron normales. Ante la sospecha de un nódulo epididimario/testicular se decide derivar al servicio de urología para valoración, el cual decide orquiectomía inguinal izquierda por sospecha de neoplasia epididimaria izquierda. En la anatomía patológica realizada tras la orquiectomía inguinal se informa como "epididimitis granulomatosa tuberculoide caseificante sugestiva de tuberculosis".

Juicio clínico: Epididimitis granulomatosa tuberculoide caseificante (tuberculosis genital).

Diagnóstico diferencial: Ante la consulta por una masa testicular realizada en Atención Primaria, sin antecedente de traumatismo

mo, y dado el tiempo de evolución, descartándose la torsión testicular, se debe sospechar la presencia de cáncer testicular, el cual puede provocar el crecimiento de un testículo o la aparición de un bultoma en el escroto. La mayoría de los bultos que aparecen en el escroto no están causados por el cáncer testicular, pero los que se forman en los testículos sí. El cáncer testicular produce un bultoma consistente, creciente en el escroto, generalmente indoloro, aunque en ocasiones, los vasos sanguíneos se rompen dentro del tumor y, como resultado, causa un fuerte dolor. Una exploración física y una ecografía determinan si el bultoma se ha originado en el testículo, posteriormente, la biopsia establecerá el diagnóstico definitivo. Los valores de dos proteínas en la sangre, la alfa-fetoproteína y la gonadotropina coriónica, tienden a ser elevados en los hombres que padecen cáncer testicular. En nuestro caso, el diagnóstico fue establecido a través de la anatomía patológica, como masa de origen infeccioso.

Comentario final: En nuestra área la tuberculosis es más prevalente que en otras zonas, por ello siempre la sospechamos ante cuadros respiratorios, pero es la TBC una enfermedad infecciosa que puede afectar a diferentes sistemas (nervioso, linfático, circulatorio, genitourinario, piel...). Por todo ello el médico de AP puede sospecharla en cualquier cuadro infeccioso sugestivo, en este caso del aparato genitourinario, aunque no sea su localización más frecuente, sobre todo teniendo en cuenta la prevalencia según el área de trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

1. National Cancer Institute. Testicular cancer treatment PDQ. Updated Jan. 15, 2009.
2. Garnick MB. Cáncer testicular y otros tumores trofoblásticos. En: Harrison: Principios de Medicina Interna, 13° ed. Ed. Interamericana de España. 1994. Vol. II Cap. 322:2142-6.
3. Presti JC, Stoler ML, Carroll PR. Tumor de testículo. Diagnóstico Clínico y Tratamiento. Ed. Manual Moderno, 32ª ed, 1997. Cap. 22:873-5.

10/407. CRISIS PARCIAL SIMPLE EN CONSUMIDORA DE HACHÍS

F. Beramendi Garcíandía^a, M. Castro Neira^a, S. Alonso Fernández^b, B. Gorraiz López^c, M. Molina Samper^c y J. Arraiza Donazar^c

^aCS Iturrama. Pamplona; ^bCS Chantrea. Pamplona; ^cAdjunto Urgencias. Hospital Virgen del Camino. Pamplona.

Descripción del caso: Antecedentes familiares y personales: cólicos nefríticos, dudosa pielonefritis. Dolor crónico del hombro derecho. Intervenido quirúrgicamente de amigdalectomía. Hábitos tóxicos: consumidora ocasional de marihuana y hachís fumado. No bebedora. Antecedentes familiares: no de patología tiroidea. D.M. ni patología endocrinológica. Historia actual: paciente de 44 años que tras consumir hachís fumado comienza a los treinta minutos con cuadro brusco de dificultad para hablar, respirar, tragar e imposibilidad para ponerse de pie con movimientos tónicos de hemifaceta derecha y mordedura de lengua. No cefalea ni vómitos. No fiebre termometrada. No TCE. En julio-07 acudió a Urgencias porque tras consumir hachís presentó un cuadro similar pero menos intenso y menos duradero. No refiere viajes al extranjero ni contacto con animales.

Juicio clínico: Crisis parcial simple, proceso expansivo frontotemporal izquierdo compatible con oligodendroglioma.

Diagnóstico diferencial: Intoxicación por cannabinoides. Traumatismo craneoencefálico en el contexto de una intoxicación. Tumores: primarios o metástasis. Infecciones SNC. Otros tóxicos (alcoholismo). Enfermedades cerebrovasculares.

Comentario final: Las neuronas intercambian información entre sí mediante neurotransmisores tanto inhibitorios como excitatorios. Sin embargo, si el balance entre la excitación y la inhibición

se perturba, la intensidad de excito-transmisión puede superar un cierto umbral (umbral epileptógeno) y pueden desencadenarse crisis epilépticas. El extracto de cannabis sativa se ha utilizado, históricamente, en el tratamiento de diversas enfermedades neurológicas, incluyendo la epilepsia. Sin embargo, está documentado que los cannabinoides pueden ejercer actividad tanto pro-convulsiva como anti-convulsiva. Los recientes progresos en la comprensión del sistema cannabinoide endógeno han permitido nuevas ideas sobre estos efectos adicionales de los cannabinoides. Cuando existe una excesiva actividad neuronal, se generan endocannabinoides y activan los receptores cannabinoide tipo 1 (CB1). En experimentación con ratones, se demostró que la actividad que ejercen los receptores CB1 sobre el sistema glutamérgico, media una actividad anti-convulsiva de los endocannabinoides. La activación sistémica de los receptores CB1 por cannabinoides exógenos, sin embargo, son tanto pro como anti-convulsivos dependiendo del tipo de crisis convulsiva que se padezca. La actividad pro-convulsiva de los cannabinoides exógenos podría explicarse por la activación del sistema inhibitorio GABAérgico (por la expresión de los receptores CB1), lo que conduce a una disminución de los niveles de GABA y a un aumento en la susceptibilidad de convulsión.

BIBLIOGRAFÍA

1. Manual de diagnóstico y Terapéutica Médica. 12 de Octubre.

10/409. DOCTOR, ME DUELE EL CUELLO

M. Deza Pérez^a, L. Domínguez Barcelona^b, N. Astorga Molina^a, J. Martínez Milián^a y B. Peralta Villellas^a

^aTorrero-La Paz. Zaragoza; ^bTorrerama. Zaragoza.

Descripción del caso: Paciente de 28 años que acude a la consulta refiriendo dolor de cuello. A lo largo del día de forma progresiva había comenzado con dolor de cuello y en la visita la paciente presentaba un tortícolis con flexión cervical anterior y lateralizada a la derecha. Además notaba tensión en zona mandibular. Antecedente de depresión en tratamiento con fluoxetina 20 mg diaria y lorazepam 1 mg si insomnio desde hace un año. Cuenta que el día previo inició tratamiento con Flatoril jarabe, una cucharada cada 8 horas prescrito por molestia de abdomen postprandial.

Exploración y pruebas complementarias: Paciente consciente, orientada en tiempo y espacio con buen estado general. Afebril. Tensión arterial: 110/70. Exploración neurológica: pupilas isocóricas y normoreactivas, pares craneales normales, prueba Romberg negativa, no pérdida de fuerza ni sensibilidad de extremidades, no dismetrías, prueba dedo nariz ligeramente alterada. Tortícolis con flexión cervical anterior y lateralizada a la derecha, dolorosa a la palpación de musculo trapecio izquierdo y zona occipital basal izquierda. Dolor a la palpación de zona unión articulación mandibular, sin signos inflamatorios, no sialorrea, apertura bucal conservada. Analítica: hemograma y bioquímica sin hallazgos significativos.

Juicio clínico: Síntoma extrapiramidal como efecto secundario medicamentoso.

Diagnóstico diferencial: Tortícolis contractura cervical, mielodisplasia cervical, espasmo muscular extrapiramidal.

Comentario final: Ante la sospecha de síntomas extrapiramidales secundarios a tratamiento con Flatoril se trató a la paciente con Akineton de 1 mg vía intramuscular que produjo la resolución del cuadro. Por sobredosificación pueden aparecer somnolencia, desorientación y reacciones extrapiramidales (con espasmos de los músculos de la cara, cuello o lengua) que normalmente desaparecen al suspender el tratamiento o con la administración de antiparkinsonianos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cuenca Boy R, Macía Martínez MA. Toxicidad extrapiramidal a metoclopramida y a cleboprida: estudio de las notificaciones

voluntarias de reacciones adversas al Sistema Español de Farmacovigilancia. Aten Primaria. 1998;21:289-95.

- Flórez J, Espugles JV. Farmacología de la motilidad del aparato digestivo. En: Flórez J, Armijo JA, Mediavilla A, editores. Farmacología humana, 3.ª ed. Barcelona: Masson, 1997: 733-56.

10/414. DE UN EXCESO DE PESO AL DIAGNÓSTICO DE UN SÍNDROME CONGÉNITO

P. Rojo Cárdenas, V. Parent Mathias y J. Castañeda Sánchez

CS Camargo Costa. Maliaño. Cantabria.

Descripción del caso: Paciente varón de 25 años de edad, sin antecedentes personales de interés, que acude a consulta de atención primaria por exceso de peso. Niega hábitos tóxicos y no presenta factores de riesgo cardiovascular. Refiere que está comiendo bien y que realiza bastante ejercicio físico, a pesar de lo cual no logra adelgazar.

Exploración y pruebas complementarias: El paciente presenta un peso de 101 kg, con una talla de 1,82 m. Calculado un IMC de 30,49 kg/m². TA: 125/85. Se evidencia una ginecomastia bilateral leve, ausencia de rasgos de virilidad propios para la edad que tiene, disminución de vello pubiano y genitales pequeños. Las pruebas complementarias realizadas mostraron un hemograma y bioquímica básica normales. Con analítica hormonal en la que se objetiva aumento de LH y FSH con disminución de testosterona. Marcadores tumorales y resto de analítica hormonal normales. Ante la sospecha de hipogonadismo hipogonadotrofo el paciente fue remitido al servicio de endocrinología, donde se confirman las pruebas hormonales pedidas desde atención primaria, y se completa estudio solicitando espermiograma que objetiva azoospermia, y estudio del cariotipo; dando como resultado 44 XXY (síndrome de Klinefelter). Se inicia tratamiento hormonal con Reandrom (undecanoato de testosterona) intramuscular, de forma trimestral.

Juicio clínico: Hipogonadismo hipogonadotrofo: síndrome de Klinefelter (44 XXY).

Diagnóstico diferencial: La orientación diagnóstica de un hipogonadismo masculino (anamnesis, examen físico, datos biológicos, y algunas pruebas complementarias como función hipofisaria-gonadal y el cariotipo) debe ir precedido siempre por la comprobación de que el paciente no presenta un retraso puberal. Las causas etiológicas generales de hipogonadismo pueden deberse a: -Retraso constitucional del desarrollo puberal (varones normales y sanos, con antecedentes familiares de crecimiento y desarrollo retrasados); -Hipogonadismos hipogonadotróficos (ya sea por anomalías congénitas como en el caso de nuestro paciente, procesos tumorales o endocrinopatías a nivel hipotálamo-hipofisario); -Estados hipogonadotróficos (por defectos gonadales primarios, anomalías cromosómicas, diversos síndromes, desórdenes de la estereoidogénesis gonadal, yatrogenia); -Hipogonadismos secundarios a enfermedades crónicas (orgánicas, oncológicas, desórdenes alimentarios u otros).

Comentario final: Los síntomas de estos síndromes no siempre son claros, y al pertenecer a la esfera de lo personal son difíciles de acceder, el médico de atención primaria debe ser el primero en la sospecha. El diagnóstico clínico de un varón con retraso puberal debe progresar hacia el diagnóstico diferencial de los hipogonadismos masculinos. Ello se justifica porque, si bien las posibilidades terapéuticas no son muy diferentes en una fase inicial, sus distintas etiologías pueden modificar el pronóstico y evolución. El objetivo del diagnóstico es determinar si ese hipogonadismo clínico es debido a un simple retraso de la maduración puberal o bien representa una manifestación de otra anomalía más compleja.

BIBLIOGRAFÍA

- Mayayo E, Labarta JI, Ferrández A. Pubertad retrasada. Hipogonadismos. En: Pombo Arias M, ed. Tratado de Endocrinología

Pediátrica, 2.ª ed. Madrid: Díaz de Santos, 1997.

- Garagorri Otero JM. Hipogonadismo masculino: diagnóstico y diagnóstico diferencial.

10/420. DIARREA TRAS VIAJE A MALÍ

C. Lozano Bueno y J. Jiménez Martínez

CS Vistabella. Murcia.

Descripción del caso: Mujer de 34 años que consulta a su MFYC por cuadro de 6 días de evolución de diarrea acuosa (5-6 deposiciones/día) con moco, dolor abdominal difuso tipo cólico, tenesmo y sensación distérmica no termometrada tras viaje a Malí, que comenzó un día antes de volver del viaje.

Exploración y pruebas complementarias: BEG. Consciente y orientada. Normocoloreada, normohidratada. Eupneica. Afebril. ACP/rítmica, sin soplos. Murmullo vesicular conservado. ABD/blando y depresible. No doloroso. No se palpan masas ni visceromegalias. No peritonismo. EeII/no edemas. Pulsos distales conservados y simétricos. No signos de TVP. PC: se solicita hemograma, bioquímica y coagulación, serología de atípicas, rosa de Bengala, aglutinaciones frente a Salmonella typhi y paratyphi A y B, Coprocultivo y Parásitos en heces x 3. Se inicia tratamiento con ciprofloxacino 500 mg/12 h x 5 días, con mejoría de los síntomas a los pocos días. En resultado de analítica destacan: LDH 683, PCR 3,3 y VSG de 20. Serologías: negativas. Coprocultivo: Shigella flexneri resistente a ampicilina (sensible a amoxicilina-clavulánico, ciprofloxacino y cotrimoxazol). Parásitos en heces x 3: negativos. 15 días después comienza con nuevo cuadro de dolor abdominal difuso tipo cólico, deshechos diarreicos, sensación de distensión abdominal y flatulencia, y un mes después consulta de nuevo a su MFYC, que repite parásitos en heces x 3, aislándose en esta ocasión Giardia lamblia. Siguió tratamiento con Tricolam® (Tinidazol): 2 comp de 500 mg/12 h x 1 día (dosis total 2 g), con resolución completa de los síntomas.

Juicio clínico: Shigellosis y giardiasis intestinal.

Diagnóstico diferencial: Causas de diarrea del viajero.

Comentario final: Entre las causas más frecuentes de diarrea del viajero se encuentran la mala manipulación y contaminación de alimentos, las condiciones higiénico-sanitarias deficientes y algunos agentes infecciosos como virus (rotavirus), parásitos (amebas, giardias, Cryptosporidium), y bacterias (Salmonella, shigella, Escherichia coli, yersinia, Campylobacter, vibrios, aeromonas y pleiomonas). En más del 50% de los casos no se identifican patógenos. El tratamiento con antimicrobianos puede acortar el curso de la diarrea. La mayoría son autolimitadas, y pueden resolverse antes de que los organismos causantes sean identificados. Se pueden utilizar antimicrobianos de forma empírica, ya que la principal etiología es Escherichia coli enterotoxigénica, sensible a las fluoroquinolonas. En pacientes con diarrea invasiva, fiebre y estado tóxico, la primera posibilidad etiológica es la shigella y debe considerarse el tratamiento (previa muestra de heces) con quinolonas. La expulsión de parásitos en heces es intermitente, por lo que a veces el análisis de varias muestras consecutivas puede dar negativo. Ante la persistencia de síntomas es necesario seguir investigando para descartar parásitos endémicos de la zona a la que se haya viajado. A veces pueden coexistir infecciones bacterianas y parasitarias, quedando estas últimas enmascaradas y siendo necesario realizar estudio de parásitos en heces seriados para descubrirlos. Algunos recomiendan tratar empíricamente las diarreas que se prolonguen de 10 a 14 días por sospechar giardiasis, si los exámenes son negativos y especialmente si el paciente tiene historia de viajes o ingestión de agua de fuentes no seguras.

BIBLIOGRAFÍA

- Freijoso Santiesteban E, Cires Pujol MM, Silva Herrera L, Delgado Martínez I, Riverón Corteguera R, Ramírez M. Guía para la

- práctica clínica de las enfermedades diarreicas agudas. *Rev Cubana Med Gen Integr.* [revista en Internet]. 2003 Ago [citado 2010 Mayo 13], 19 (4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252003000400009-8&lng=es.
- American Academy of Pediatrics. Practice parameter: the management of acute gastroenteritis in young children. *Pediatrics.* 1996;97:424-35.
 - Guerrant RL, Van Glider T, Steiner T. Practice guidelines for the management of infectious diarrhea IDSA guidelines. *Clin Infect Dis.* 2001;32:331-51.
 - Gastrointestinal Tract Infections in Therapeutic Guidelines Antibiotic, 10ª ed. Australia: 1998:56-62.
 - Elision BC, Lewan RB. Gastroenteritis in children. *Principles of management.* *Am Fam Phys.* 1998;58:1769-7.

10/421. SECUELA PROCESIONAL

A. Cieza Rivera^a, M. Rodríguez Benito^a, L. Pérez de la Fuente^b, I. Álvarez Pérez^b, J. Santos Escudero^b y N. Álvarez Díez^c

^aCS José Aguado. León; ^bCS Eras de Renueva. León; ^cServicio de Urgencias (CALE).

Descripción del caso: Varón de 15 años sin antecedentes personales de interés, acude a nuestra consulta refiriendo dolor y deformidad a nivel de escápula izquierda. Al realizar anamnesis, el paciente refiere haber estado portando paso procesional sobre hombro izquierdo.

Exploración y pruebas complementarias: A destacar: escoliosis dorsal, de convexidad izquierda, sin dolor a la palpación a nivel de apófisis espinosas vertebrales ni a nivel de musculatura paravertebral. Relieve escapular izquierdo difuminado, en posición anatómica. A la anteversión de extremidades superiores la escápula izquierda se traslada medial y superiormente creando una oquedad a nivel dorsal no dolorosa a la palpación. Se realizaron Rx de tórax y cervicales que se informaron como normales.

Juicio clínico: Escápula Alada, de probable origen irritativo por afectación del nervio torácico largo (lesión del plexo braquial raíces C5-C7). Lo mostramos a través de dos fotografías inéditas, realizadas al paciente, tras la firma del consentimiento informado pertinente.

Diagnóstico diferencial: Ante un paciente con esta clínica nos planteamos los siguientes diagnósticos diferenciales: Compresión discal, procesos neoplásicos (tumores del plexo, Pancoast y metástasis ganglionares), traumatismos, procesos neurológicos (neuralgia amiotrófica, ELA), patología vascular y Síndrome de Parsonage-Turner. En nuestro caso, la exploración inicial con movilidad completa del hombro descartaba una afección periarticular. La Rx normal nos descartó procesos compresivos ocupantes de espacio intratorácico y la exploración en profundidad, el resto de los cuadros diferenciales. El diagnóstico de confirmación fue por electromiografía.

Comentario final: El hallazgo de la escápula alada nos orientó a la parálisis del músculo serrato anterior, inervado por el nervio torácico largo¹. Este nervio tiene raíces de C5, C6 y C7 (plexo braquial superior), cuya lesión provoca la parálisis de los músculos del hombro caracterizándose por un dolor de hombro intenso, constante, irradiado al brazo, al antebrazo, a la escápula y al cuello. Al ser una parálisis de motoneurona se produce una rápida atrofia de los músculos afectados. El tratamiento está enfocado a disminuir los síntomas. Se aconseja administrar analgésicos (algunos casos precisan analgésicos mayores), reposo de la extremidad afectada, y fisioterapia - tipo movilidad pasiva y posteriormente activa- cuando desaparece el dolor y cuando hay una mínima recuperación muscular; la electroterapia precoz puede mejorar la atrofia. El pronóstico generalmente es bueno, con normalización en el 75% de los ca-

sos. El retraso en la recuperación depende de la gravedad, la duración del dolor y la pérdida de fuerza. En casos rebeldes se contempla la cirugía.

BIBLIOGRAFÍA

- Sanz Rodrigo C, León Vázquez F. Dolor de miembro superior y escápula alada. *FMC. Form Med Contin Aten Prim.* 2008;15:259-60.

10/422. NADA COMO CONOCER A NUESTROS PACIENTES

M. Rodríguez Benito^a, J. Santos Escudero^b, A. Cieza Rivera^a, L. Pérez de la Fuente^b, I. Álvarez Pérez^b e I. Calvo Aguiriano

^aCS José Aguado. León; ^bCS Eras de Renueva. León.

Descripción del caso: Varón de 52 años con antecedentes familiares; padre con cáncer de pulmón y madre con CEA de mama. Fumador y bebedor habitual sin otros antecedentes que tras 3 años de no presentarse en la consulta de su MAP acude por una lumbalgia que requiere tratamiento analgésico y baja laboral; en una de las revisiones refiere resolución completa de dicha patología sin embargo presenta astenia y malestar; tras un interrogatorio más exhaustivo lo define como sudoración profusa más intensa por la tarde-noche y "catarro mal curado".

Exploración y pruebas complementarias: Primera visita: Dolor a la palpación de musculatura paravertebral lumbar con buena movilidad a la flexo-extensión y la flexión lateral; Bragard-; Lassegue-. Fuerza y sensibilidad conservada. Pulsos conservados y simétricos. ROT ++/++. En nueva revisión: Exploración sistémica normal. Se realiza analítica completa con marcadores tumorales y serología para TBC, dada la clínica que presenta el paciente y sus antecedentes familiares. Destacando leucocitos = 14.100 (80S, 13L, 6M, 1E). Bioquímica: GOT = 55, GPT = 56, GGT = 229, Resto normal. Radiografía de tórax: infiltrados pulmonares bilaterales y nódulo pulmonar basal derecho, sugestivo de TBC.

Juicio clínico: Tuberculosis pulmonar.

Diagnóstico diferencial: Ante este paciente cuya carga genética importante asociada a un cuadro clínico de sudoración profusa, intensa astenia y gran deterioro general, podemos pensar en dos principales entidades; tuberculosis y proceso neoplásico.

Comentario final: En este caso del que somos conocedores de la historia sociofamiliar del paciente, gracias a una buena anamnesis y un seguimiento continuado, podemos acotar el diagnóstico a dos grandes entidades, cuya confirmación sólo puede realizarse a nivel hospitalario. Se deriva al Hospital, donde se ingresa en el servicio de Neumología y se completa el estudio con batería de pruebas analíticas, de imagen e invasivas. Llegándose al diagnóstico definitivo de tuberculosis pulmonar, miliar y ganglionar. El paciente durante el ingreso responde de forma satisfactoria al tratamiento médico con rifampicina, isoniacina, piracinamida y etambutol. Dándose de alta con tratamiento domiciliario con Rimstar y revisiones ambulatorias en nuestra consulta. Dado que la tasa de incidencia de tuberculosis en nuestro país está en torno al 18,40 por 100.000 habitantes y siendo superior al resto de los países de la Unión Europea, con una tendencia al alza en estos últimos años se hace importante conocer esta patología y tenerla presente en nuestro diagnóstico habitual.

BIBLIOGRAFÍA

- Rodríguez E, Hernández G, Villarrubia S, Díaz O, Tello O. Casos de tuberculosis declarados a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica: Boletín epidemiológico. 2009;17(11):121-32.

10/423. VAPORIZADORES: ¡PELIGRO!

J. Santos Escudero^a, A. Cieza Rivera^b, M. Rodríguez Benito^b, I. Álvarez Pérez^a, L. Pérez de la Fuente^a y J. Álvarez Torices^a

^aCS Eras de Renueva. León. ^bCS José Aguado. León.

Descripción del caso: Mujer de 32 años, enfermera, acude a su médico para pedir la baja laboral por presentar, desde hace un mes, un cuadro de fiebre en picos, de inicio nocturno, acompañada de dolores articulares y que dejaba, como consecuencia, un dolor retroesternal respiratorio. No había ningún síntoma digestivo acompañante. La última vez que acudió a la consulta, fue el año anterior, solicitando el informe necesario para el permiso de maternidad.

Exploración y pruebas complementarias: Había consultado en el hospital donde trabajaba, sus molestias a algunos compañeros médicos, que observaron una elevación de la VSG y un patrón reticular en las bases pulmonares. En la consulta de primaria se tuvo en cuenta estos datos y se comenzó desde el principio. La exploración cardiopulmonar era normal. No adenopatías. El abdomen normal. Placa de tórax, en ese momento era normal. Analítica: Hemograma: normal. Bioquímica: normal. PCR 60; ASLO < 54; Factor reumatoide 9,19; VRDL negativo; Brucella negativo; tíficas y paratíficas negativas; Anti-Epstein Barr IgM 0,1 (negativo < 0,9) IgG 1,1 (positivo > 1,1); Anticitomegalovirus IgM 0,6 (negativo < 0,9) IgG 2,6 (positivo > 1,1); Toxoplasma IgM 0,150 (negativo); Anti-hepatitis C negativos, Anti VIH 1/2 negativo (no se le pidió hepatitis B al estar vacunada, algo acorde con su profesión). Orina: normal. Ante la inespecificidad de la analítica se continúa con la anamnesis. Dada la pequeña edad de su hijo y su tendencia a procesos infecciosos, se realizó un interrogatorio sobre el posible empleo de humidificador ultrasónico. Ante su existencia, se aconseja su retirada y nueva analítica en unas semanas. Tres semanas después la PCR había bajado a 0,6 y estaba asintomática.

Juicio clínico: Neumonitis por hipersensibilidad causada por humidificador ultrasónico.

Diagnóstico diferencial: Bronquiectasias, neumonías, TBC miliar o enfermedad miliar por BCG y enfermedades intersticiales.

Comentario final: Las neumonitis por hipersensibilidad (NH) comprenden una serie de procesos clínicos causados por la inhalación repetida de diversos alérgenos, que desencadenan una reacción inflamatoria de la pared alveolar, del intersticio y de los bronquiolos. Existen en la actualidad más de 30 fuentes ambientales y ocupacionales descritas como productoras de NH. Su forma de presentación, depende de la frecuencia e intensidad de la exposición, grado de respuesta inmunológica del individuo y características de la partícula inhalada. La incidencia y prevalencia de esta patología es muy variable y difícil de valorar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Domínguez Juncal LM, Martín Egaña MT, Ruanova Suárez S. Granulomatosis en el aparato respiratorio. Sogapar.org. La Coruña: Sogapar.org. Disponible en: <http://www.sogapar.org>
2. Xaubet A, Ancochea J, Blanquer R, Montero C, Morell F, Rodríguez Becerra E, Sueirog A, Villenah V. Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades pulmonares intersticiales difusas. Normativa Separ. Arch Bronconeumol. 2003;39:580-600.

10/424. ÚLCERA CORNEAL: UNA MALA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

I. Álvarez Pérez^a, A. Cieza Rivera^b, J. Santos Escudero^a, M. Rodríguez Benito^b, C. Lobato Fuertes^c y N. Vidal Lorenzo^d

^aCS Eras de Renueva. León; ^bCS José Aguado. León; ^cResidente Oftalmología. ^dMFYC. Servicio Urgencias. (CALE).

Descripción del caso: Mujer 50 años de etnia gitana, no antecedentes personales de interés, ni tratamiento farmacológico, ni in-

tervenciones quirúrgicas. La paciente acude a nuestra consulta refiriendo dolor ocular intenso en ojo izquierdo de varios días de evolución.

Exploración y pruebas complementarias: 1ª consulta: agudeza visual: 1 en ambos ojos. Reflejos pupilares: pupilas isométricas, normorreactivas. Motilidad ocular externa sin alteración. Párpados y pestañas sin alteraciones. Conjuntiva sin alteraciones. Córnea transparente sin erosiones ni úlceras aparentes. Cámara anterior transparente. Tinción con fluoresceína negativa. Al finalizar la exploración se decide tratamiento sintomático con lágrimas artificiales y nueva consulta en una semana. 2ª consulta: Córnea: ligera pérdida de transparencia. A la tinción con fluoresceína se evidencia úlcera central de aspecto geográfico, que sugiere úlcera herpética. Resto de la exploración sin alteraciones. A la vista de la exploración física se decide tratamiento con: aciclovir vía oral, Virgan, Exocin, lágrimas artificiales y control en una semana. 3ª consulta: La paciente no se presenta a la cita programada, pero debido al empeoramiento de la clínica (dolor más intenso acompañado de lagrimeo y blefaroespasmos), acude unas semanas después. Córnea: se observa úlcera corneal infiltrada en la que se puede apreciar adelgazamiento con Seidel positivo. Se decide derivación urgente al Servicio de Oftalmología, por su tórpida evolución.

Juicio clínico: Úlcera corneal herpética de mala evolución. Lo mostramos a través de fotografías inéditas, realizadas al paciente, tras la firma del consentimiento informado pertinente.

Diagnóstico diferencial: Cuando aparece la paciente con dolor ocular sin disminución de la agudeza visual se plantean los siguientes diagnósticos: Afectación corneal, afectación conjuntival, glaucoma, neuritis y uveítis. Con la úlcera corneal ya presente se requiere hacer un diagnóstico diferencial entre los distintos tipos de queratitis.

Comentario final: Nuestra paciente tras la mala adherencia al tratamiento acaba siendo intervenida realizándose una queratoplastia con iridotomía¹. La queratitis herpética es una infección viral causada por el virus Herpes simplex en el que se diferencian 2 tipos: Tipo I, es el más común afectando sobre todo a la cara, provocando herpes labial (fuegos, calenturas o ampollas febriles); el tipo II se transmite sexualmente infectando genitales. Aunque ambos tipos pueden extenderse hasta los ojos y ocasionar infección, el tipo I es el que causa infecciones oculares más frecuentemente. La infección puede ser transmitida al ojo a través del tacto. Los síntomas de la queratitis herpética incluyen: dolor, enrojecimiento, visión borrosa, lagrimeo, supuración y fotofobia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pastor Jimeno JC. Guiones de Oftalmología, 3ª ed. Valladolid: McGraw Hill; 2002.

10/454. UN ABANICO DE POSIBILIDADES EN PATOLOGÍA VASCULAR

V. Parent Mathias, P. Rojo Cárdenas y J. Castañeda Sánchez

CS Camargo Costa.

Descripción del caso: Paciente varón de 41 años que acude a consulta por presentar dolor de características mecánicas en pie derecho desde hace 4 días, y parestesias en los dedos. No alergias conocidas. Fumador de 20-30 cigarrillos/día desde los 18 años. El paciente refiere frialdad en región distal de pie derecho con dolor y parestesias, exacerbándose con el frío, sin mejoría con Aines. La sintomatología dolorosa es de fuerte intensidad interrumpiendo el sueño, acompañándose de disminución de la sensibilidad digital, más acentuada en hallux y tercio distal de región plantar, y disestesias. Refiere caída de vello y ausencia de crecimiento de uña en extremidad afecta. No fiebre, escalofríos, o pérdida de peso. Refiere desde hace años coloración blanquecina en dedos de manos, al tocar objetos fríos o en invierno, no asociado a dolor, con recupe-

ración posterior de la misma. Se remite con carácter urgente a cirugía cardiovascular, pautando adiro 100/24 h y pentoxifilina 600/12 h.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración general normal, destaca isquemia severa de 1/3 distal del pie, con ausencias de pulsos pedios y tibiales posteriores. Se evidencia rubor y disminución de temperatura en pie derecho con pérdida de anejos, lesión ulcerativa de 2-3 mm en región 4º espacio interdigital. Estudios complementarios hospitalarios: Hemograma y coagulación, con bioquímica y elemental y sedimento de orina normales. Cultivo de herida: no se aíslan microorganismos. Criofibrinógeno y crioglobulinas: negativos. Estudio de hipercoagulabilidad: se evidencia una elevación de la homocisteína, el resto del estudio es normal. Arteriografía EEL: El territorio aortoiliaco, femoral y poplíteo no muestra alteraciones significativas. En la pierna derecha se aprecia una obstrucción muy distal, prácticamente en el tobillo de las arterias tibiales, con circulación del contraste a través de vasos derivativos de aspecto irregular y en "sacacorchos", que consiguen opacificar el arco plantar y a expensas del mismo la arteria arcuata y las arterias interóseas del pie. En la pierna izquierda, los vasos tibiales y la arteria peronea muestran una morfología normal.

Juicio clínico: Los hallazgos descritos son compatibles con enfermedad de Buerger. (tromboangeítis obliterante).

Diagnóstico diferencial: La primera sospecha desde atención primaria es el diagnóstico entre enfermedad vascular versus enfermedad reumatológica con afectación vascular distal. Diferenciar si se trata de una isquemia arterial aguda de origen embólico, debido a arteriosclerosis, o bien causas de vasculitis (síndrome de Behçet, síndrome de Buerger, síndrome de Churg Straus, PAN...). Tras un historial clínico y un examen físico detallados, se puede conducir el diagnóstico del paciente, confirmado posteriormente por las pruebas realizadas.

Comentario final: El paciente fue remitido al Servicio de Reumatología donde se inició tratamiento con alprostadilo en infusión, y reforzando el tratamiento vascular, sustituyendo la pentoxifilina por cilostazol. La tromboangeítis obliterante (enfermedad de Buerger) es causada por una vasculitis. Los vasos sanguíneos de las manos y de los pies resultan especialmente afectados, tornándose estrechos o completamente obstruidos. Esto reduce el flujo de sangre a los tejidos, ocasionando dolor y finalmente daño. La tromboangeítis obliterante afecta aproximadamente a 6 de cada 10,000 personas y casi siempre afecta a los hombres entre 20 y 40 años que tienen antecedentes de tabaquismo. La afección también puede estar asociada con las personas que tienen antecedentes de enfermedad de Raynaud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Meyer W. Etiology of thromboangiitis obliterans (Buerger). JAMA. 1918;71:1268.
2. Buerger L. Thrombo-angiitis obliterans: concepts of pathogenesis and pathology. J Internat Chir. 1939;4:399-426.

10/481. HEMANGIOMA DE TESTÍCULO

J. González Romero, M. Martínez Fernández y J. Berenguer Blay
CS Mutxamel. Alicante.

Descripción del caso: Varón de 20 años con cuadro clínico de 2 semanas de evolución consistente en dolor abdominal localizado sobre flanco izquierdo irradiado hacia teste izquierdo. Afebril, no sintomatología miccional. Hábito intestinal normal. Ante cuadro clínico presente se solicita analítica sanguínea y ecografía abdominal en sospecha primaria de dolor de características nefroureterales. Tras normalidad de las mismas y persistencia de sintomatología con aumento de dolor en trayecto testículo-inguinal izquierdo se solicita ecografía testicular. Ante hallazgo de tumoración sólida localizada sobre teste izquierda, se solicita gammagrafía con hema-

tías marcados ante probabilidad ecográfica de hemangioma testicular. En controles ecográficos posteriores se objetiva estabilidad de lesión respecto a estudios previos.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, consciente y orientado, normohidratado, normocoloreado, eupneico. Valoración neurológica normal. Constantes: TA: 120/70 mmHg, FC: 75 lpm. Tª 36,3 oC. Abdomen blando y depresible, no doloroso, no masas ni megalias, no signos de irritación peritoneal. PuñoperCUSIÓN renal bilateral negativa. Testes y pene sin hallazgos de interés. Analítica de sangre: Valores de normalidad. (B-HCG < 1,20 mU/ml, AFP 1,82 ng/ml). Ecografía abdominal: Sin patología. Ecografía testicular: lesión sólida hipoecoica en teste izquierdo, de contornos anfractuados mal definidos, de aproximadamente 0,8 cm con marcada vascularización. Como primera posibilidad tumoración neoplásica. Marcada vascularización de la LOE en el estudio Doppler color con vasos prominentes que se dirigen hacia la rete testis. Gammagrafía testicular 99mTC hematías marcados: acúmulo de hematías en la región posterior del testículo izquierdo sugestivo de hemangioma. TAC tórax-abdomen-pelvis: sin patología. Ecografía testicular: hemangioma en polo superior del testículo izquierdo estable con respecto a estudio previo.

Juicio clínico: Hemangioma de testículo

Diagnóstico diferencial: Tumores mesenquimales del escroto, cordón espermático y anejos testiculares que incluye: lipoma, linfangioma, hemangioma, leiomioma, neurofibroma, schwannoma, tumor de células granulares, angiofibroma celular, pseudotumor fibroso calcificante, hamartoma fibroso de la infancia, liposarcoma. Lesiones benignas escrotales no subcutáneas.

Comentario final: El hemangioma capilar de testículos puede ser de características similares al tumor de testículo maligno con respecto a su presentación clínica tanto en ecografía como en imágenes topográficas. Es importante un adecuado diagnóstico y conocimiento de la patología por su repercusión benigna.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mazal PR, Kratzik C, Kain R, Susani M. Capillary haemangioma of the testi. Clin Pathol. 2000;53:641-2.
2. Ruiz Liso JM, Ruiz García J, Pardo López ML, Vaillo Vinagre A, Gutiérrez Martín A, Bermúdez Villaverde R. Hemangioma epididimario trombosado en paciente mayor. Presentación de un caso en revisión conceptual y de la literatura. Actas Urol Esp. 2008;32(5):533-541.
3. WHO-OMS Classification of tumours. Tumours of the urinary system and male genital organs. Eble JN, Sauter G, Epstein JI, Sesterhenn IA, Eds. IARC Press, Lyon (France). 2004:203-76.
4. Rodríguez Patrón R, Mayayo Dehesa T, Lennie Zuccarino A, Sanz Mayayo E, Arias Fúnez F, García Navas R. Ecografía testicular. Arch Esp Urol. 2006;59(4):441-54.

10/487. TAQUIARRITMIA DE CAUSA TRATABLE

A. García Garrido^a, L. Castelao Barcena^a, L. Campo Alegría^b, E. Vejo Puente^b, M. Tejada Argai^c y A. Villaverde Llana^b

^aCS Camargo Interior. Muriedas. Cantabria; ^bCS Dávila. Santander. Cantabria; ^cCS El Alisal. Santander. Cantabria.

Descripción del caso: Paciente varón de 58 años que acude al médico por dolor precordial de varios días de evolución, con cortejo vegetativo y, desde hace 2 horas, se añaden palpitations. Como antecedentes personales únicamente destaca: HTA en tratamiento con medidas higiénico-dietéticas y ex-fumador, desde hace 10 años, de 40 cigarrillos/día.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración se encuentra consciente, con buen estado general, con Tª 37 oC TA: 160/80. En la auscultación cardiaca: rítmico a 164 lpm. Se realiza un ECG que se interpreta como Flutter auricular. Ya en urgencias hospitalarias se realiza analítica con los siguientes parámetros al-

terados: glucosa: 130 mg/dL, hormonas tiroideas: T4L: 2,34 ng/dL, TSH < 0,002 mUI/L (TSH suprimida). Resto de hemograma y bioquímica: dentro de parámetros normales (incluidas enzimas cardiacas). El paciente revierte a ritmo sinusal con perfusión de amiodarona. Se mantiene en observación durante unas horas y es dado de alta con tratamiento antitiroideo y betabloqueante y remitido a consultas de Endocrinología para estudio.

Juicio clínico: Flutter auricular 2º a enfermedad sistémica (hipertiroidismo).

Diagnóstico diferencial: Ante un paciente con un trastorno de ritmo cardiaco, que consulta por palpitaciones y dolor torácico debemos clasificar el tipo de arritmia según la frecuencia cardiaca: ya que puede tratarse de una taquiarritmia o bradiarritmia, y la duración del QRS: puede ser ancho (> 0,12 seg) o QRS estrecho. Lo primero que debemos hacer es evaluar si hay signos graves (hipotensión, síncope, dolor precordial) y se trata de un paciente inestable (en cuyo caso hay que actuar inmediatamente) o por el contrario el paciente se encuentra estable, en cuyo caso podremos detenernos en realizar una Hª clínica más detallada para ver si hay una cardiopatía previa o un enfermedad sistémica ya conocida cuyo tratamiento revierta la taquiarritmia.

Comentario final: En nuestro caso se trata de un paciente sintomático pero hemodinámicamente estable, lo que ha permitido diagnosticar un hipertiroidismo no conocido, como causa de una taquiarritmia auricular (en este caso un Flutter) secundaria a una enfermedad corregible.

BIBLIOGRAFÍA

- Gómez-Ullate Vergara F, García-Castrillo Riesgo L, Alonso Valle H, Andrés Gómez M. Aproximación a la Medicina de Urgencias. Servicio de Urgencias Hospital Universitario "Marqués de Valdecilla". Cap. 26, 2009.
- Martínez Martínez MJ, García Riera E, Díez Bermúdez A, Navarrete Muñoz M. Guía de actuación en Urgencias, 2ª ed.
- García-Moncó JC. Manual del Médico de Guardia.
- Julián Jiménez A. Manual de Protocolos y Actuación en Urgencias. Hospital Virgen de la Salud. Complejo hospitalario de Toledo. Cap. 21, 2005.
- Cortina C, Prieto R, López de Sa E. Cliniguía 2009. Actualización de diagnóstico y terapéutica. Cap. 11.

10/498. FENÓMENOS TROMBOEMBÓLICOS EN POBLACIÓN JOVEN FUMADORA Y EN TRATAMIENTO CON ANTICONCEPTIVO HORMONAL

M. Díaz Lara, M. Beltrán Pérez, M. Fuentes Pulido y G. García Rico
CS San Fernando. Badajoz.

Descripción del caso: Paciente mujer, de 22 años de edad, con antecedentes personales de fumadora de 7 paquetes/año, en tratamiento con Diane 35 mg e isotretinoína y con antecedentes familiares de abuelo materno con cardiopatía isquémica; abuela materna 6-7 abortos y madre un aborto. Acude a la consulta de Atención Primaria por dolor subescapular izquierdo de características pleuríticas, de 48 horas de evolución, que le impedía la inspiración profunda, aumentaba con los movimientos y que no calmaba con analgesia habitual; sin disnea, sin dolor torácico, sin síntomas catarrales, sin traumatismo previo.

Exploración y pruebas complementarias: FC 75 lpm, SatO₂ 98%, TA 100/50. Afebril. Buen estado general, normocoloreada, normohidratada, eupneica en reposo, tolera el decúbito. Cabeza y cuello: sin alteraciones significativas. ACP: rítmica, con respuesta ventricular controlada, no escucho soplos. Hipofonesis en base pulmonar izquierda, sin ruidos patológicos añadidos. Abdomen: blando, depresible, indoloro, no masas ni megalías, no signos de irritación peritoneal, ruidos hidroaéreos presentes. EEII: no signos de TVP, no edemas, pulsos pedios presentes y simétricos. ECG: RS 66 lpm, eje

normal, no imagen de bloqueo, ni alteraciones de la repolarización. Se solicita desde la consulta radiografía tórax, hemograma, bioquímica y coagulación, objetivándose condensación basal izquierda, anemia microcítica e hipocrómica, ya conocida, ligera leucocitosis con neutrofilia, por lo que se deriva a urgencias hospitalarias, donde es valorada y se decide ingreso en Neumología, donde se completa el estudio, llegándose al diagnóstico de tromboembolismo pulmonar y pautándole tratamiento. Al alta se deriva a Atención Primaria, para posterior derivación a Hematología, donde se iniciará estudio de trombofilia, que resulta ser negativo.

Juicio clínico: TEP de arteria lobar inferior izquierda. Infarto pulmonar en lóbulo inferior izquierdo en resolución.

Diagnóstico diferencial: Mio-pericarditis, osteomuscular, neuromotórax, escoliosis, tumor óseo, espondiloartropatía.

Comentario final: interacciones entre anticonceptivos hormonales y tabaquismo. Relación de fenómenos tromboembólicos con el uso de anticonceptivos hormonales en pacientes fumadoras.

BIBLIOGRAFÍA

- Bordas Julve JM, Forcada Gisbert J. Dolor dorsal. Guía de actuación en Atención Primaria. Semfyc. Tercera edición. Barcelona. 2006:826-9.
- Alonso Docampo M.N, Barata Gómez M.T. Anticoncepción. Planificación familiar reversible. Guía de actuación en Atención Primaria. Semfyc, 3ª ed. Barcelona, 2006:535-53.
- FFPRHC Guidance (2003 Oct). First prescription of combined oral contraception. Journal of Family Planning and Reproductive Health Care. 2003;29(4):209-23.
- Nevado Loro A. Atención al paciente dado de alta de cirugía. Guía de actuación en Atención Primaria. Semfyc, 3ª ed. Barcelona, 2006:1402-4.
- Tromboembolismo pulmonar. FMC 1998;5(2):89-94.

10/524. CARCINOMA DE AMÍGDALA PALATINA

M. Tomas Herrero^a, S. Clemos Matamoros^b, S. Alonso Martínez^c, A. Landeo Fonseca^b e I. Torroba Arlegui^b

^aCS Tudela oeste. Tudela. Navarra; ^bCS Tudela este. Tudela. Navarra; ^cCS Cascante. Cascante. Navarra.

Descripción del caso: Paciente de 71 años con antecedentes de HTA, Diabetes mellitus tipo II, enfermedad cerebral multiinfarto, adenocarcinoma de próstata 2009, carcinoma epidermoide y basocelular en zona frontal 2009, exfumador de 10 cig/d. En diciembre 2009 acude por dolor en zona lateral izquierda del cuello con bultoma, cambios en el tono de la voz y disfagia. Se remite a consulta de ORL.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física: limitación a la apertura bucal. Orofaringe: lesión ulcerada que afecta a la amígdala palatina izquierda. Limitación importante de la funcionalidad de la ATM izquierda. Bultoma latero-cervical y submandibular izquierdo correspondiente a masa adenopática, indurada, dolorosa y adherida a planos profundos. Laringoscopia: edema de aritenoides sin otras alteraciones en glotis. Difícil de evaluar el seno periforme izquierdo pues la hemilaringe de ese lado está algo parética. Biopsia: metástasis ca. escamoso abscesificado. TAC de faringe: carcinoma de amígdala palatina izquierda, estadio T4aN2bMx.

Juicio clínico: Carcinoma de amígdala palatina izquierda, estadio T4aN2bMx.

Diagnóstico diferencial: Tumores benignos de la amígdala. Otros tumores benignos y malignos de estructuras vecinas de la orofaringe (glándulas salivales menores, paladar blando, etc.). Tumores parafaríngeos benignos y malignos. El chancro sifilítico. La tuberculosis. La angina de Plaut-Vincent.

Comentario final: Casi la mitad de los tumores de cabeza y el cuello que se diagnostican anualmente son carcinomas de células

escamosas¹. Los cánceres de la amígdala son más agresivos y generalmente se encuentran en estadios más avanzados en el momento del diagnóstico. La presencia de metástasis ganglionares regionales clínicamente importantes, dolor y lesión lingual se asocia con una disminución importante en la supervivencia que en los estadios más avanzados es de sólo 21% aproximadamente². Otros indicadores de mal pronóstico incluyen el tamaño del tumor³, la evidencia histológica de metástasis ganglionares y los pacientes jóvenes no fumadores ni bebedores.

BIBLIOGRAFÍA

1. Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P. Global cancer statistics, 2002. *CA Cancer J Clin.* 2005;55:74.
2. Chen YK, Huang HC, Lin LM, Lin CC. Primary oral squamous cell carcinoma: an analysis of 703 cases in southern Taiwan. *Oral Oncol.* 1999;35:173.
3. Edge SB, Byrd DR, Compton CC, et al (eds). *AJCC (American Joint Committee on Cancer) Cancer Staging Manual*, 7th ed, New York: Springer, 2010.

10/525. FRACTURA DE CORONOIDES DERECHA

M. Tomas Herrero^a, S. Clemos Matamoros^b, S. Alonso Martínez^c, A. Landeo Fonseca^b e I. Torroba Arlegui^b

^aCS Tudela Oeste. Tudela. Navarra; ^bCS Tudela Este. Tudela. Navarra; ^cCS Cascante. Cascante. Navarra.

Descripción del caso: Paciente de 42 años sin antecedentes de interés que acude por dolor en codo derecho. Caída accidental en la calle con apoyo de la extremidad, refiere limitación a la movilidad de la misma.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física: Codo derecho: deformidad manifiesta de la articulación, extensión casi completa menos 20°, Flexión completa. Dolor en olecranon y zona radial. No signos de inestabilidad. Rx codo: Avulsión de coronoides tipo 1 de Morrey. Se coloca férula de yeso y brazo en cabestrillo. Tras 1 mes de inmovilización: Codo izquierdo: Discretamente inflamado. Flexión 80°. Déficit de extensión 30°. Déficit de supinación 20°. Inicia tratamiento rehabilitador. Tres meses después: Refiere mejoría clínica, dolor ocasional. Exploración: flexión 140°, pronación completa, supinación faltan 30°. Balance muscular funcional.

Juicio clínico: Fractura de coronoides derecha.

Diagnóstico diferencial: Otros tipos de fractura de coronoides, Fractura de olecranon, Fractura-luxación del codo, Fractura de cabeza y cuello de radio.

Comentario final: Tradicionalmente, las fracturas de la apófisis coronoides del cúbito se han tratado en forma conservadora pero con malos resultados funcionales^{1,2}. En general, las fracturas aisladas de tipo I pueden tratarse de forma no quirúrgica. El resultado funcional de la fijación quirúrgica de la apófisis coronoides es uniformemente muy satisfactorio. La fractura de coronoides se asocia a luxación posterior del codo que puede pasar desapercibida e implicar inestabilidad crónica. La apófisis coronoides se aprecia mejor en proyección lateral con tubo a 45° o en radiografías oblicuas³.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mezera K, Hotchkiss RN. Fractures and dislocations of the elbow. In: Rockwood CA, Buchholz RW, Heckman JD, Green DP, eds. *Rockwood and Green's Fractures in Adults*, 5th ed. Philadelphia, PA: Lippincott-Raven, 2001.
2. Regan W, Morrey B. Fractures of the coronoid process of the ulna. *J Bone Joint Surg Am.* 1989;71:1348-54.
3. Herbertsson P, Josefsson PO, Hasseri-us R, Karlsson C, Esjakov J, Karlsson M: Uncomplicated Mason type-II and III fractures of the radial head and neck in adults: A long-term follow-up study. *J Bone Joint Surg Am.* 2004;86:569-74.

10/526. EPIGASTRALGIA COMO SÍNTOMA INICIAL DE LINFOMA ESPLÉNICO DE ALTO GRADO

S. Clemos Matamoros^a, S. Alonso Martínez^b, M. Tomás Herrero^c, A. Landeo Fonseca^a y B. Sánchez Hernández^d

^aCS Tudela Este. Tudela. Navarra; ^bCS Cascante. Cascante. Navarra; ^cCS Tudela Oeste. Tudela. Navarra; ^dHospital Reina Sofía. Tudela. Navarra.

Descripción del caso: Paciente de 68 años con antecedentes de HTA y Fibrilación auricular revertida mediante cardioversión hace 15 años. Acude a consulta de Atención primaria (AP) por dolor en epigastrio de 3 meses de evolución. Sin irradiación ni otros síntomas acompañantes. Antecedentes de ingesta de AINES de manera ocasional por poliartalgias. Se instaura tratamiento con IBP con escasa mejoría de los síntomas, luego con procinéticos sin respuesta y se envía a consulta de Digestivo para estudio.

Exploración y pruebas complementarias: Examen físico sin alteraciones. Analítica sanguínea (incluido perfil hepático y marcadores tumorales) sin alteraciones. Ecografía abdominal: Bazo de tamaño y morfología conservada, con múltiples lesiones nodulares sólidas con aspecto "en diana", compatibles con linfoma/metástasis, como diagnósticos más probables. Bazo con múltiples lesiones sólidas hipodensas, con aspecto "en diana". Pequeñas adenopatías en hemiabdomen superior. TAC: múltiples lesiones sólidas esplénicas que hace considerar como opciones más probables, linfoma en primer lugar, o bien metástasis. Se realiza esplenectomía y posteriormente tratamiento quimioterápico. TAC tras QT: sin evidencia de adenopatías radiológicamente significativas.

Juicio clínico: Linfoma folicular esplénico de alto grado.

Diagnóstico diferencial: Metástasis. Angiosarcoma de bazo. Leucemias con hiperesplenismo. Quistes/pseudoquistes. Neoplasias vasculares benignas y malignas.

Comentario final: La mayoría de los pacientes de linfoma folicular tienen 50 años de edad o más y se presentan con enfermedad muy difundida en el momento del diagnóstico, a pesar de ello la mediana de supervivencia oscila entre 8 y 15 años^{1,2}. La esplenectomía, en ocasiones junto con la quimioterapia, pueden ofrecer una terapéutica óptima en estos pacientes y tener por tanto un valor diagnóstico de suma importancia^{3,4}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kasper DL, Fauci AS, Longo DL, et al; Harrison: Principios de Medicina Interna, 16ª ed. Mac Graw Hill, Cap 54:387-91.
2. Ferreras VJ, Rozman C. Medicina Interna, 13ª ed. Mosby/Doyma:1769-76.
3. Kraus MD, Fleming MD, Vonderheide RH. Spleen as a diagnostic specimen. *Cancer.* 2001L;91:2001.
4. Carn J, Shura Fa M, Velanovich V. Surgical indications in idiopathic splenomegaly. *Arch Surg.* 2002;137:64-8.

10/546. NÓDULO DE LA HERMANA Mª JOSÉ EN EL CONTEXTO DE HERNIA UMBILICAL

D. Serrano Herrero^a, L. Hernando Ortiz^a, P. Pascual Alonso^a, T. Salado García^b y A. Maúrtua Briseño-Meiggs^a

^aCS Magdalena. Valladolid Este; ^bCS Arturo Eyries. Valladolid Oeste.

Descripción del caso: Mujer de 75 años, con antecedentes de HTA, dislipemia y artrosis generalizada. Tres hijos. Su madre: cáncer gástrico y su hermano: cáncer de páncreas. Consulta por cuadro de dolor opresivo a punta de dedo en apófisis xifoides de 15 días de evolución, tos seca y leve dolor abdominal difuso intermitente, con exploración normal salvo pequeña hernia umbilical. Presenta evolución tórpida al mes siguiente, con disnea progresiva hasta hacerse de pequeños esfuerzos, con signos de derrame pleural por lo que se deriva al hospital para valoración.

Exploración y pruebas complementarias: Semiología de derrame pleural hasta campos medios de pulmón izquierdo. Nódulo umbilical rojo vinoso, indurado, de 2 cm en contexto de pequeña hernia umbilical. Resto normal. Hemograma, perfiles: hepático, lipídico y renal, ionograma, PCR, VSG, ferritina: normal. Marcadores tumorales normales. Proteinograma: gammapatía monoclonal Ig G kappa. ECG: normal. Rx tórax: derrame pleural izquierdo moderado. Líquido pleural: ADA 30, cultivos negativos, citología: compatible con invasión por adenocarcinoma vs mesotelioma vs hiperplasia mesotelial reactiva. IC ginecología y ecografía transvaginal: no existe patología ginecológica que justifique el cuadro clínico. TAC toracoabdominal: derrame pleural masivo izquierdo. Moderada cantidad de líquido libre abdominal. Pequeñas adenopatías mesentéricas y retroperitoneales. Ovario izquierdo 4,5 x 2,7 cm. Videotoroscopia: derrame pleural serohemático con implantes difusos en toda la pleura parietal y visceral. Aspecto infiltrativo de grasa prepericárdica. Gastroscoopia y colonoscopia: normal. Mamografía: normal. RMN abdominopélvica: moderada ascitis, ovario izquierdo (4 cm), consistencia sólida, siembra en saco de Douglas. Biopsia nódulo hermana María José: fibroma.

Juicio clínico: Adenocarcinoma ovárico estadio IV.

Diagnóstico diferencial: Las lesiones nodulares umbilicales pueden ser benignas y malignas. Entre los diagnósticos benignos (nevus, papilomas fibroepiteliares, quistes de inclusión, entre otros). Las cicatrices hipertróficas, los queloides y las hernias umbilicales entran en el abanico de las posibilidades. Entre los diagnósticos malignos, 17% son primarios y el 83% son metastáticos, por lo general adenocarcinomas provenientes del estómago (25%), ovario (12%), colon (10%), páncreas (7%) y prácticamente cualquier órgano intraabdominal¹.

Comentario final: No disponemos de ningún método de cribado que aplicado a la población general haya demostrado ser eficaz para disminuir la morbimortalidad de los carcinomas de ovario. En el 70% de los casos, el diagnóstico se realiza en estadios III y IV. La asociación de ecografía transvaginal más determinación de Ca 125, mejora de forma significativa la especificidad de ambas pruebas, aunque no ha demostrado disminuir la mortalidad de la enfermedad². Como conclusiones podemos decir que la exploración clínica sigue siendo una de las herramientas más valiosas con las que contamos en consulta de primaria, y que en la actualidad no se dispone de una prueba ni de asociaciones de las mismas que cumplan satisfactoriamente los criterios necesarios para usarlos como métodos de screening en la población general.

BIBLIOGRAFÍA

1. De la Cruz A, Ortiz S, Merino Royo E, González M, Sánchez MJ. Nódulo de la hermana María José: Carcinoma umbilical metastático. *An Med Interna (Madrid)*. 1991;8:551-4.
2. Escribano JJ. Ginecología y Atención Primaria. Problemas clínicos. 2001:254-5.

10/593. FIEBRE PROLONGADA EN PACIENTE TRASPLANTADO

C. Albendea Calleja^a, M. González Gómez^a, M. Jiménez Covarrubias^a, C. Aspas Lartiga^b, M. Urdaz Hernández^b y J. Fabón Jarabo^a

^aCS Calatayud Sur. Zaragoza; ^bCS Daroca. Zaragoza.

Descripción del caso: Mujer de 44 años que refiere síndrome febril vespertino de 3-4 semanas de evolución de hasta 37,8 oC sin foco aparente. No sintomatología catarral, no dolor abdominal ni síndrome miccional. Antecedente de DM tipo 1 de 30 años de evolución con retinopatía diabética panfotocoagulada, vasculopatía periférica, nefropatía diabética con insuficiencia renal y tratamiento con hemodiálisis desde 1991 por la que se realizó un trasplante simultáneo de riñón y páncreas con injertos de donante ca-

dáver (1993). Tras biopsia del injerto por fallo renal se objetiva nefropatía crónica grado II que desemboca en una insuficiencia renal terminal, obligando a realizar un nuevo trasplante de riñón, esta vez de donante vivo emparentado (marido) (2008) con buena evolución. Intervenido por mal perforante plantar amputándose dos dedos de la extremidad inferior derecha (2010).

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, consciente y orientada. Ligera palidez mucocutánea, normohidratada. No se hallan adenopatías palpables. Auscultación cardíaca: ruidos cardíacos rítmicos con soplo sistólico panfocal a 80 latidos por minuto. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado sin otros ruidos patológicos. Abdomen blando no doloroso, sin masas ni megalias palpables, peristalsis conservada. No signos de irritación peritoneal. Extremidades inferiores: no edemas maleolares, no signos de trombosis venosa profunda. Ligero eritema perilesional en la herida postquirúrgica del pie derecho (amputación de dos dedos 2 meses antes del cuadro actual) sin otros signos de infección. Analítica: 3,61 x 10⁶ /µmL hematíes, hemoglobina 10,5 g/dL, hematocrito 31,8%, volumen corpuscular medio 88 fl, 6.500 leucocitos con ligera desviación a la izquierda. Velocidad de sedimentación globular 14. Glucosa 90 mg/dL; Creatinina 0,95 mg/dL; ácido úrico 6,9 mg/dL; filtrado glomerular > 60 mL/min. Perfil hepático y lipídico normal. PCR 2,81. Sistemático orina: 250 eritrocitos, 500 leucocitos, nitritos negativos. Urocultivo negativo. Hemocultivos negativos. Mantoux 6 mm. Radiografía de tórax normal. 15 días después de finalizar tratamiento antibiótico empírico con amoxicilina/clavulánico 1.000/62,5 mg se repiten urocultivos y hemocultivos por persistir la clínica que vuelven a ser negativos, ingresando a la paciente para estudio hospitalario. Carga citomegalovirus indetectable. Nueva radiografía de tórax normal. Ecografía abdominal sin hallazgos de interés. Gammagrafía ósea: distrofia simpático refleja de extremidad inferior derecha. Gammagrafía con leucocitos marcados: no signos de infección ósea activa. Ecocardiograma: no se detecta derrame pericárdico, no imágenes de vegetaciones en el estudio transtorácico. Elispot reactivo frente a los antígenos ESAT-6 y CFP-10. Cultivo de micobacterias en orina (x3), heces y sangre pendientes de resultado.

Juicio clínico: Posible tuberculosis renal.

Diagnóstico diferencial: Tuberculosis, absceso intraabdominal, pielonefritis, osteomielitis, endocarditis bacteriana, neoplasias hematológicas y enfermedades granulomatosas como grandes síndromes productores de fiebre de larga evolución.

Comentario final: El hecho de que la paciente esté inmunodeprimida por su tratamiento de base (trasplantada) y que el Mantoux sea poco valorable, hace difícil el diagnóstico de tuberculosis sin una prueba tan específica como el Elispot. Una vez positivizada esta prueba que confirma la presencia del *Mycobacterium tuberculosis* se considera oportuno comenzar el tratamiento tuberculostático (isoniazida/piridoxina 300 mg/24 h, pirazinamida 1.500 mg/24 h y etambutol 800 mg/24 h) a la espera de los cultivos por un periodo de 1 año.

10/616. ENFERMEDAD DE ADDISON. A PROPÓSITO DE UN CASO

S. Clemos Matamoros^a, J. Ayensa Calvo^b, F. Laudo Tesán^b, D. Pérez Feito^c, B. Sánchez Hernández^d y A. Sánchez Martínez^d

^aCS Tudela Este. Navarra; ^bCS Cascante. Navarra; ^cCS Valtierra. Navarra; ^dHospital Reina Sofía. Tudela.

Descripción del caso: Paciente mujer de 49 años, sin antecedentes médicos ni quirúrgicos de interés. Consulta por cuadro de pérdida de peso, de unos 15 kg en el último año, así como astenia marcada e hiporexia. Refiere alteración del ritmo deposicional, deposiciones líquidas de color amarillento, sin moco ni sangre, en número de unas 4-5 veces por día durante los últimos 2 meses,

motivo por el que consulta. No ha presentado fiebre. No dolor abdominal ni a ningún otro nivel. No alteraciones miccionales. Resto de anamnesis por aparatos negativa.

Exploración y pruebas complementarias: Tensión Arterial (TA): 90/60, F.C. 98 lpm, temperatura 37 oC. Peso 43 kg con talla 1,60 IMC: 17. Llama la atención la piel morena en comparación con palidez cutáneo mucosa moderada, normo térmica al tacto. Tinte marrón en cara, cuello, antebrazos y manos con hiperpigmentación de palma de manos y pies. Auscultación cardiaca normal, murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares. Abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación profunda en mesogastrio, sin megalias. Resto de exploración normal. Se solicita analítica sanguínea completa así como serologías variadas y coprocultivo. Se objetiva como hallazgos cifras de TSH: 12,5 con T4libre 0,6 así como coprocultivo positivo para larvas de *Strongiloides stercoralis*. Se remite a servicio de Digestivo para estudio, donde solicitan gastro y colonoscopia donde se objetivan signos endoscópicos de pangastritis crónica reagudizada, gastropatía erosiva fúndica, úlcera duodenal, duodenitis inespecífica a descartar infiltración parasitaria. Ante dichos hallazgos y persistencia de la clínica se solicita TAC Abdominal que describe discreto derrame pleural bilateral, moderada distensión de asas intestinales e importante aumento de tamaño de ambas glándulas suprarrenales. Se solicitan niveles de cortisol: 8 a.m. 6 mg/dl 4 p.m. 1,2 mg/dl.

Juicio clínico: Enfermedad de Addison.

Diagnóstico diferencial: Acanthosis nigricans. Léntigo. Melasma. Anorexia nerviosa. Depresión. Abdomen agudo. Hipotiroidismo. Enfermedad autoinmune poliglandular.

Comentario final: La enfermedad de Addison resulta de la destrucción progresiva de las glándulas adrenales, pudiendo llegar esta destrucción a ser de hasta el 90% antes de que aparezca una insuficiencia corticoadrenal clínicamente observable. Entre las causas más frecuentes se encuentran adrenolitis atrófica (75%), la tuberculosis (20%), y el 5% restante causado por procesos infecciosos, vasculares, neoplásicos y metabólicos. En la actualidad, la mayor parte de los casos de enfermedad de Addison se deben a atrofia idiopática asociada a enfermedad autoinmune. En relación al diagnóstico, cuando la clínica está bien establecida, tiende a ser fácil su orientación. La determinación de cortisol y ACTH a las 8:00 a.m. permite establecer el diagnóstico en la mayoría de los pacientes; valores inferiores a 5 µg/dl y de ACTH superiores a 250 pg/dl lo confirman. El déficit de glucocorticoides puede provocar elevación de TSH con valor normal de T4.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cossio P. Medicina Interna, 5ª ed. Buenos Aires: Edit Medicina Las Heras, 1979.
2. Fauci AS, Braunwald E, Isselbacher KJ. Harrison principios de medicina interna, 14ª ed. Vol II. Madrid, 1998.
3. Farreras V. Medicina Interna. Vol II, 13ª ed. Harcourt Brace, 1997.
4. Tierney LM, McPhee SJ, Papadakis MA. Current medical diagnosis & treatment, 43ª ed, 2004.
5. Zubirán S. Manual de terapéutica médica y procedimientos de urgencia, 5ª ed. México D.F., 2006.

10/628. ENFERMEDAD DE STEINERT. A PROPÓSITO DE UN CASO

S. Clemos Matamoros^a, L. Mendo Giner^b, M. Sanz Gálvez^c, A. Burgos Custardoy^c, D. Pérez Feito^b y S. Alonso Martínez^d

^aCS Tudela Este. Navarra; ^bCS Valtierra. Navarra; ^cHospital Reina Sofía. Tudela; ^dCS Cascante. Navarra.

Descripción del caso: Mujer de 25 años que acude a nuestro Centro de Salud remitida desde su Club Deportivo por referir en estudio rutinario apreciación de pulso arritmico sin otra sintomato-

logía. Entre los antecedentes personales destaca apendicectomía a los 14 años, niega hábitos tóxicos, ingesta de fármacos ni alergias. Entre los antecedentes familiares refiere que la madre está afectada de una miopatía (no explica nada más), padre y hermanos sanos. Refiere desde hace un año, presencia de tos y expectoración por temporadas, que no le impide la práctica deportiva habitual. Niega fiebre, disnea, dolor torácico, palpitaciones ni síncope. Resto de anamnesis por aparatos negativa.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física: complejión atlética, buen aspecto general. Auscultación cardiorespiratoria: tonos arrítmicos, sin soplos, ni roce. Roncus en base derecha modificables con la tos. Abdomen blando sin visceromegalias, no edemas ni adenopatías. Neurológicamente consciente y orientada, discreta paresia distal en la extremidad superior derecha en región tenar-hipotenar, ligera ptosis parpebral bilateral e incapacidad para silbar, resto de la exploración anodina. Se solicitó ECG, objetivándose presencia de extrasistolia ventricular en forma de cuatriginemismo y bradicardia. La radiografía de tórax fue normal y la analítica de sangre destacaba CPK 435, hemograma, bioquímica, hormonas tiroideas, enzimas hepáticas y musculares normales. Ante dichos hallazgos se decide enviar a la paciente a servicio de Cardiología por su arritmia ventricular así como a servicio de Neurología por antecedente familiar y posiblemente personal de miopatía.

Juicio clínico: Enfermedad de Steinert.

Diagnóstico diferencial: Enfermedad de Duchene. Enfermedad de Bercker. Miotonía de Thomsen. Distrofia facioescapulohumeral. Distrofia oculofaríngea. Enfermedad de Mc Ardel. Paramiotonía congénita.

Comentario final: A pesar de que las manifestaciones clínicas de la distrofia miotónica son amplias, si el motivo de consulta es la presencia de una arritmia sin estar patentes la miotonía ni la debilidad muscular, el diagnóstico es frecuentemente diferido durante largo tiempo. La distrofia miotónica de Steinert es una enfermedad autosómica dominante cuyo gen causante se sitúa en el brazo largo del cromosoma 19. La debilidad muscular tiene una distribución característica (facial, mandibular, flexora cervical y periférica), suele haber ptosis parpebral, debilidad de maseteros y orbicular. A diferencia de la distrofia escápulo humeral la cintura escapular se afecta muy tardíamente, a diferencia de otras miopatías la afectación muscular distal de las extremidades es precoz. La miotonía suele aparecer entre los 5 y 25 años y se caracteriza por una contracción involuntaria y mantenida de la musculatura al percutir con el martillo de reflejos, por ejemplo, en la musculatura tenar o al invitar al paciente a contraer un músculo (dar la mano).

BIBLIOGRAFÍA

1. Ropper AH, Brown RH. The muscular dystrophies. En: Ropper AH, Brown RH. Adams and Victor's Principles of Neurology, 8ª ed. New York. McGraw-Hill-Interamericana; 2005:1213-29.
2. Atrofias musculares. En: Roca R; Smith V, et al. Temas de Medicina Interna, 4ª ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2002: 466-70.
3. Seznec H, et al. Mice transgenic for the human myotonic dystrophy region with expanded CTG repeats display muscular and brain abnormalities. Hum Mol Genet. 2001;10(23):2717-26.

10/637. DERMATITIS HERPETIFORME. A PROPÓSITO DE UN CASO

S. Alonso Martínez^a, B. Sánchez Hernández^a, D. Pérez Feito^b, S. Clemos Matamoros^b, L. Mendo Giner^c y M. Sandua Sada^d

^aHospital Reina Sofía Tudela. Navarra; ^bCS Tudela Este. Navarra; ^cZB Valtierra. Navarra; ^dCS Cascante. Navarra.

Descripción del caso: Paciente varón de 29 años, sin antecedentes personales de interés. Consulta por aparición de lesiones cutá-

neas muy pruriginosas y dolorosas en codos, rodillas y nalgas de 5 días de evolución. Con la sospecha de dermatitis herpetiforme se remite al Servicio de Dermatología.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física: erupción polimorfa con lesiones iniciales eritematoedematosas de crecimiento excéntrico, lesiones vesiculoampollosas tensas y lesiones de rascamiento. Se solicita anticuerpos séricos antiendomio y antigliandina que fueron positivos. Se impuso tratamiento con antihistamínicos orales, metilprednisolona tópica y dieta libre de gluten.

Juicio clínico: Dermatitis herpetiforme.

Diagnóstico diferencial: Pediculosis corporis. Dermatitis hipereosinofílica. Pénfigo ampollosa. Enfermedad de Grover o dermatosis acantolítica transitoria. Prurigo nodular de Hyde.

Comentario final: La dapsona es el fármaco de elección. Una vez controlado el brote, se disminuye la dosis hasta que sea mínima durante 5-12 meses¹. Al mismo tiempo se debe instaurar una dieta sin gluten, con el fin de controlar la enfermedad celíaca y sus complicaciones (linfoma gastrointestinal)².

BIBLIOGRAFÍA

1. Ko CJ, Colegio OR, Moss JE, McNiff JM. Fibrillar IgA deposition in dermatitis herpetiformis an underreported pattern with potential clinical significance. *J Cutan Pathol*. 2010;37(4):475-7. Epub 2009 Nov 16.
2. Rose C, Bröcker EB, Zillikens D. Clinical, histological and immunopathological findings in 32 patients with dermatitis herpetiformis. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2010;8(4):265-71. Epub 2009 Oct 28.

10/648. UN VIEJO CONOCIDO: LA EPOC REAGUDIZADA

A. García Garrido^a, L. Campo Alegría^b, L. Castelao Garcena^a, M. Tejada Argaiz^c, E. Vejo Puente^b y A. Villaverde Llana^b

^aCS Camargo Interior "José Barros". Camargo. Cantabria; ^bCS Davila. Santander. Cantabria; ^cCS El Alisal. Santander. Cantabria.

Descripción del caso: Paciente de 79 años que presenta aumento de su disnea, hasta hacerse de reposo (IV/IV). Tos con expectoración amarillenta (2 criterios Anthonisen). Varios ingresos por descompensación, el último 2 meses antes. 3 en el último año. Antecedentes Personales: EPOC moderado (VEMS 57%, Tiffenau 41%) con oxígeno domiciliario. Pluripatología. Exfumador severo hasta hace 5 años, EPOC (PFR 2005: FEV1: 24%). Es valorado en Atención primaria y derivado a urgencias, cumpliendo criterios para ingreso en Neumología.

Exploración y pruebas complementarias: Hemograma: 12.800 leucos (88% S). Hb: 10,2. Hto: 31%. VSG: 52. Gasometría arterial: Al ingreso (FiO₂ 0,21: pH: 7,39, PCO₂: 75,3, PO₂: 38,6). Al alta (FiO₂ 0,28: pH: 7,48, PCO₂: 52,5, PO₂: 64,2). Tinción y cultivo de esputo: P. aeruginosa resistente a quinolonas. RX tórax: tractos fibrosos cicatriciales biapicales. Cardiomegalia. Atrapamiento aéreo. Cifoescoliosis.

Juicio clínico: EPOC moderado reagudizado e insuficiencia respiratoria global. El paciente fue sometido a antibioterapia con amoxicilina-clavulánico, broncodilatadores, oxigenoterapia, corticoides y fisioterapia respiratoria, mejorando progresivamente hasta encontrarse en su estado basal al alta.

Diagnóstico diferencial: Causas de reagudización en la EPOC. Primarias: Infección traqueobronquial (75%): bacteriana, vírica, contaminación ambiental. Secundarias: De origen respiratorio: neumotórax, derrame, neoplasia. Depresión respiratoria (fármacos). Traumatismos costales. Otras: disfunción cardíaca, anemia, ansiedad, hiper/hipotiroidismo.

Comentario final: EPOC representa el 10% de las consultas de Atención Primaria y el 35% de las de especializada. 7% de los ingresos hospitalarios y es la 4ª causa de muerte en España. El diagnós-

tico de EPOC exige la demostración de una obstrucción no totalmente reversible. Para el diagnóstico y la valoración de la EPOC la espirometría es la prueba de referencia. La gasometría arterial debe considerarse en todos los pacientes con un VEMS < 40% del teórico o en aquéllos que presenten signos clínicos de fallo respiratorio o insuficiencia cardíaca derecha. Se trata adecuadamente la reagudización de la EPOC en este paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Anthonisen NR et al. Antibiotic therapy in exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Ann Intern Med*. 1987;106:196-204.
2. Escarrabill Sanglas J, Naberán Toña KJ. Atención Primaria Martín Zurro, 5ª ed. Enfermedades respiratorias; 46:992-1008.
3. Gina Pocket 2002. Instituto Nacional de la Salud de Estados Unidos e Instituto Nacional del Corazón, Pulmón y Hematología.
4. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. HHLBI/ WHO Executive Summary, NIH 2001, NIH 2005.
5. Grupo MBE Galicia y Núñez Temes M, Penín España S y Moga Lozano S. Espirometría Forzada. Guías Clínicas. Fisterra, 2004.
6. Grupo MBE Galicia y Núñez Temes M, Penín España S y Moga Lozano S. EPOC. Guías para la consulta de Atención Primaria. 2005;VIII:443-57.
7. Lambán Sánchez MT, Molina París J, Naberán Toña K. Grupo de Respiratorio de la SemFYC. Exacerbación de la EPOC y su tratamiento antibiótico. Programa de Actualización Respiratoria en Infecciones. SemFYC, 2004.

10/652. DOCTOR, TENGO UN BULTO EN EL PECHO Y MANCHAS EN LA PIEL

C. Niño de Azcárate^a, M. Farraye^b, M. Azcárate Bang^c, L. López-Tapero Irazábal^a, B. Cátedra Castillo^d y F. Niño Rodríguez^e

^aCS Espronceda. Madrid; ^bCS Águilas. Madrid; ^cCS Los Gladiolos. Santa Cruz de Tenerife; ^dCS Segovia. Madrid; ^eCS Los Cristianos. Santa Cruz de Tenerife.

Descripción del caso: Paciente mujer de 36 años de edad que acude a consultas de su MAP remitida por dermatología para derivación a ginecología para estudio de bulto en cuadrante superoexterno de mama derecha. La paciente había acudido hacia 1 año al servicio de urgencias por aparición de manchas en ambas mejillas, desde donde la derivaron a consultas externas de alergología para estudio de alergia que resultó negativo. En el transcurso del estudio alergológico, la paciente presenta una trombosis venosa profunda en miembro inferior derecho, coincidiendo con un viaje de 3 horas de duración, por lo que es derivada a hematología para estudio de coagulación que resultó normal. Durante una de las consultas a hematología se objetiva ganglio en axila derecha, por lo que le realizan una ecografía y la derivan a dermatología por sospecha de granuloma. A su llegada a consultas de dermatología se objetivan lesiones compatibles con dermatomiositis, cuyo diagnóstico se confirma mediante anatomía patológica, y se objetiva bulto en mama derecha de unos 2 x 3 cm de diámetro de bordes lisos, adherido a planos profundos que había aparecido hacia más de un año (previamente a las lesiones cutáneas), aumentando de tamaño progresivamente. Se envía a ginecología donde se confirma diagnóstico de carcinoma mamario.

Exploración y pruebas complementarias: Analítica: normal. Pruebas alergia: negativas. Estudio de coagulación: dentro de límites normales.

Juicio clínico: 1) Dermatomiositis como síndrome paraneoplásico. 2) Carcinoma mamario derecho.

Diagnóstico diferencial: Clínicamente hay que realizarlo con lupus eritematoso, enfermedad mixta del tejido conjuntivo, miopa-

tía por esteroides, triquinosis, toxoplasmosis, erisipela, angioedema. El diagnóstico diferencial histológico hay que realizarlo con dos entidades fundamentalmente: lupus eritematoso y con la enfermedad mixta del tejido conectivo.

Comentario final: La dermatomiositis, es una entidad de difícil diagnóstico, pero con signos muy característicos que deben ser reconocidos por el médico de atención primaria (eritema en heliotropo, pápulas de Gottron, eritema "en esclavina"...) debido a su correlación con patología neoplásica. Muchas veces los pacientes nos llegan a consultas de atención primaria derivados desde atención especializada hospitalaria, para seguimiento y coordinación de las actuaciones, este es uno de esos casos (método centrado en el paciente).

BIBLIOGRAFÍA

1. Blaszczyk M, Jablonska S, Szymanska-Jagiello W, et al. Childhood scleromyositis: an overlap syndrome associated with PM. Scl antibody. *Blaszczyk Pediatr Dermatol*. 1991;8:1-8.
2. Callen JP. Dermatomyositis. *Lancet*. 2000;355:53-7.
3. Collison CH, Sinal SH, Jorizzo JL, et al. Juvenile dermatomyositis and polymyositis: a follow up study of long-term sequelae. *Collison South Med J*. 1998;91:17-22.
4. Feldman BM, Reichlin M, Laxer RM, et al. Clinical significance of specific autoantibodies in juvenile dermatomyositis. *J Rheumatol*. 1996;23:1794-7.

10/662. PUPILAS DIFERENTES, DIFERENTES DIAGNÓSTICOS

S. Martín Pelayo^a, T. Salado García^a, R. TALEGÓN MARTÍN^b, V. Iglesias Rodríguez^b, P. Bustamante Marcos^a y N. Santamarta Solla^b

^aCS Arturo Eyries. Valladolid; ^bCS Parquesol. Valladolid.

Descripción del caso: Varón de 17 años sin antecedentes sistémicos ni oftalmológicos, que consulta porque hace dos días se ha dado cuenta que su pupila izquierda es más grande que la derecha. No refiere alteraciones de la visión, cefalea, vómitos ni fiebre. No antecedentes traumáticos. No ha tomado ningún fármaco ni ha usado colirios.

Exploración y pruebas complementarias: En la consulta AP: las pupilas son anisocóricas (la izquierda de mayor tamaño) y reactivas, reflejos directo y consensuado presentes con una respuesta más lenta a la luz de la pupila izquierda. Respuesta pupilar tónica y mantenida a la convergencia con redilatación lenta. Agudeza visual de lejos con ambos ojos: la unidad. Motilidad ocular y palpebral: normales. Hendidura palpebral: normal. Iris de coloración normal y simétrica. Tonometría digital: normal. Fondo de ojo con oftalmoscopia directa: normal. Campimetría por confrontación: normal. El resto de la exploración neurológica incluyendo pares craneales, reflejos osteotendinosos, pruebas cerebelosas, fuerza y sensibilidad es normal. Se deriva al servicio de urgencias hospitalarias para completar estudio. Allí se realiza TAC cerebral que descarta patología neurológica cerebral aguda. La analítica de sangre y la bioquímica son normales. Se realiza una interconsulta al oftalmólogo. Al examen con lámpara de hendidura la cámara anterior es normal. Fondo de ojo normal. La instilación de pilocarpina al 0,125% produjo miosis de la pupila izquierda y ningún efecto en la derecha.

Juicio clínico: Pupila tónica de Adie.

Diagnóstico diferencial: La mayoría de las anomalías pupilares se manifiestan como anisocoria. En el diagnóstico diferencial hay que tener en cuenta las siguientes entidades clínicas: -Anisocoria esencial, no se modifica ni con luz ni con oscuridad. Sin significación patológica. -Defectos congénitos o traumáticos del iris, se diferencian por sus antecedentes. -Pupila amaurotica, ausencia de reflejos fotomotor y consensuado en un ojo ciego. -Defecto pupilar aferente o pupila de Marcus Gunn, dilatación pupilar al iluminar el

ojo afecto. Indica lesión del nervio óptico o la retina. -Pupila tónica de Adie, respuesta tónica a la luz. Los colinérgicos producen miosis del ojo afecto. -Pupila fija y dilatada, por contacto con miódráticos o patología intracraneal grave. -Síndrome de Horner, aparece miosis junto con ptosis, enoftalmos y anhidrosis. -Pupila de Argyll-Robertson, pupilas mióticas e irregulares con reflejo luminoso abolido. -Otras neuropatías autonómicas.

Comentario final: La pupila tónica de Adie es una patología idiopática benigna que se atribuye a una alteración de las neuronas parasimpáticas del ganglio ciliar. Suele afectar a mujeres (70%) jóvenes (20-40 años). Si se asocia con disminución o ausencia de reflejos tendinosos constituye el síndrome de Holmes-Adie. Su manifestación más frecuente es la anisocoria, a veces junto con dificultad para la visión cercana, fotofobia o mala adaptación a la oscuridad. El diagnóstico se realiza por exclusión de otras patologías que cursan con anisocoria, siendo de mucha utilidad la instilación de agentes anticolinérgicos débiles.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández Pérez J, Alañón Fernández FJ, Ferreiro López S. Oftalmología en Atención Primaria, 2ª ed. Formación Alcalá, S.L. Alcalá la Real.
2. Sánchez B. Protocolo: Anomalías pupilares. *Annals d'Oftalmología* 2003;11(1):21-32.
3. www.uptodate.com

10/666. DOLOR DE TOBILLO. ALGO MÁS QUE UN ESGUINCE

F. Beramendi Garcíandía^a, M. Castro Neira^a, M. Zapatería García^b, Z. Cojocariu^a, A. Sola Larraza^a y M. Molina Samper^b

^aCS Iturrama; ^bUrgencias. Hospital Virgen del Camino.

Descripción del caso: Paciente de 23 años sin antecedentes personales de interés, que acude a nuestra consulta por cuadro de dolor e inflamación de tobillo derecho. Refiere que 5 meses antes sufrió una torsión de tobillo diagnosticada en Urgencias de esguince de tobillo y tratada por ello con AINEs sin mejoría completa desde entonces. No fiebre termometrada, aunque sí sensación disérmica en alguna ocasión. No dolor en otra extremidad o articulación. No viajes recientes. A la vista de la exploración y el resultado de la radiografía es remitida al Servicio de Urgencias del Hospital Virgen del Camino para valoración por parte de Traumatología.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física: edema y dolor a la palpación en tobillo derecho, que empeora con la flexión plantar del pie. Dolor a la palpación de región aquilea. RX tobillo: lesión lítica en región posterior de pilón tibial que insufla cortical posterior de tibia. No se aprecia reacción perióstica franca. TAC: imagen lítica en epífisis distal de tibia derecha compatible con tumor de células gigantes. Resonancia magnética: lesión ósea en región epifisometafisaria distal de tibia derecha compatible con el diagnóstico radiológico previo de tumor de células gigantes, con signos de extensión tumoral extraósea. Gammagrafía ósea: importante acumulo de radiotrazador en tobillo derecho. No se observan otros depósitos hipercaptantes en las diferentes estructuras exploradas sugestivas de patología ósea.

Juicio clínico: Tumor de células gigantes.

Diagnóstico diferencial: Lesión infecciosa. Condrolastoma. Granuloma eosinófilo. Quiste óseo aneurismático. Tumor de células gigantes.

Comentario final: Siendo valiosa la información recibida del paciente: dolor, aumento de volumen, tiempo de evolución, existencia de uno o más signos inflamatorios, ubicación y tamaño del tumor, hay un antecedente que presenta un valor superior a los demás, en lo referente a circunscribir una posibilidad diagnóstica y es la edad. En primer lugar, hay que dejar establecido que, por lo menos el 80% de los tumores óseos primitivos, son diagnosticados

antes de los 30 años. Los tumores benignos más frecuentes son los siguientes: osteocondroma, condroma, así como el llamado defecto fibroso cortical. De entre los tumores malignos primitivos destacan el osteosarcoma, el sarcoma de Ewing y el condrosarcoma. Los dos primeros afectan también, sobre todo, a niños, adolescentes y jóvenes, mientras que el condrosarcoma es más característico de adultos y ancianos. En cuanto a su localización, los tumores primitivos benignos y malignos asientan sobre todo en las extremidades, y de éstas más en las inferiores, destacando el hecho de que los malignos lo hacen sobre segmentos próximos a la rodilla (extremo inferior del fémur y extremo superior de la tibia), y por eso hay que estar vigilantes ante la aparición de dolores y tumefacción (hinchazón) en la vecindad de esta articulación en sujetos que están todavía en época de desarrollo. Los tumores óseos metastásicos se localizan preferentemente en los huesos o zonas de ellos que son más ricos en médula ósea: columna vertebral, pelvis, extremidad superior del fémur y húmero, cráneo y costillas. Todo dolor de espalda y de la región de la cadera en personas mayores de 45 años debe de ser sospechoso de estar provocado por una metástasis ósea y más aún si existen antecedentes de enfermedad cancerosa.

BIBLIOGRAFÍA

1. Manual de Diagnóstico y terapéutica medica. 12 de Octubre.
2. McRae. Ortopedia y Fracturas. Marbán, 2006.
3. Harrison. Tratado de Medicina Interna.

10/668. SÍNDROMES OLVIDADOS

M. Juanós Lanuza^a, A. Lafarga Giribets^b, M. Rodrigo Claverol^b, A. Marí López^c, M. Ortega Bravo^d y A. Vena Martínez^e

^aResidente. ABS Balaguer. Lleida; ^bABS Bordeta-Magraners. Lleida; ^cResidente. ABS Balafia-Pardinyes; ^dABS Cap-pont; ^eGeriatría. Hospital Santa María.

Descripción del caso: Paciente mujer de 75 con antecedentes patológicos de: hipertensión arterial, nódulo frío tiroideo en control por endocrinología, dislipemia y depresión delirante y en tratamiento con: atorvastatina, litio, haloperidol, valsartán, doxazosina, levotiroid, litio, piracetam. La paciente se encuentra institucionalizada, controlada por psiquiatría, y presenta en los últimos días cuadros de agitación que se controlaron con aumento de las dosis de neurolepticos y de benzodiazepinas; acude a nuestra consulta por presentar clínica de fiebre actualmente de hasta 38 oC, con clínica de urgencia miccional y disuria desde hace 4 días. La paciente aprovecha la visita para comentarnos que su psiquiatra ha decidido modificar las dosis de tratamiento por persistir crisis de agitación.

Exploración y pruebas complementarias: Paciente consciente y orientada, bradipsíquica, T axilar 38,5 oC, TA: 120/80. FC 85x', sat O₂ 98x'. AR: murmullo vesicular conservado, no ruidos sobreañadidos. AC: tonos rítmicos no soplos. Abdomen: blando depresible, globuloso, peristaltismo conservado. PPL -. No edemas maleolares. Se le realiza tira de combur test donde destaca leucocitos +++, hematuria ++, nitritos++. Coincidiendo con control de litemia se solicita analítica de sangre y orina. Se orienta el caso como posible infección del tracto urinario inferior. Se le inicia tratamiento antibiótico con ciprofloxacino a dosis de 500 mg/12 h. Se le describen a la paciente los signos de alarma y se le dan normas de conducta y retorno. Dos días más tarde se recibe aviso domiciliario de la paciente por persistencia de la fiebre alta con gran agitación psicomotriz. La paciente se encuentra con gran agitación, con temperatura axilar de 39 °C y destaca la rigidez generalizada. Se decide traslado en ambulancia a centro hospitalario de referencia. Nuestra paciente en el centro hospitalario se le realizaron pruebas complementarias como tomografía axial computarizada, punción lumbar, hemocultivos que resultaron anodinos. En la analítica de orina

destacó una leucocituria y en la analítica de sangre destacó una leucocitosis y aumento de la CPK de 1.565.

Juicio clínico: Síndrome neuroleptico maligno.

Diagnóstico diferencial: Sepsis urológica, meningitis, encefalitis, tumor SNC, hipertermia maligna, síndrome serotoninérgico, síndrome neuroleptico, catatonía letal idiopática.

Comentario final: Destacar que en pacientes polimedicados y pluripatológicos puede darse el caso de que una patología banal nos enmascare otras patologías de menor frecuencia, como es el caso de nuestra paciente que inicialmente se orientó el cuadro como una infección urinaria y que debido a la tórpida evolución se llegó al diagnóstico final por exclusión.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez S, Fernández S, Burger M. Síndrome serotoninérgico: a propósito de dos casos clínicos reportados al Centro Nacional de Farmacovigilancia. Rev Med Uruguay. 2005;21:78-82.
2. Caroff SN, Rossenberg H, Campbell EC, Gliatto MF, Sullivan KA. Neuroleptic malignant syndrome. Am J Anesthesiol. 2001;28:387-93.
3. Arango G. Síndrome neuroleptico maligno. Guía de neurología. Guía 6:197-201.

10/672. GASTROENTERITIS COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE ADENOCARCINOMA SIGMA. IMPORTANCIA DEL GENOGRAMA EN ATENCIÓN PRIMARIA

M. Martínez Fernández, J. González Romeroi, M. Martínez Pérez y J. Berenguer Blay

CS Mutxamel. Alicante.

Descripción del caso: Acude a nuestra consulta de atención primaria una mujer, ama de casa de 39 años con cuadro de 1 mes de evolución de dolor abdominal, vómitos y deposiciones diarreas líquidas sin productos patológicos ni fiebre. Consultó por primera vez un mes antes en el servicio de urgencias del Punto de Atención Continuada donde se le diagnosticó de gastroenteritis aguda iniciándose entonces dieta astringente, antieméticos y analgesia. El cuadro mejoró inicialmente y durante 2 días estuvo asintomática, pero posteriormente comenzó de nuevo con la sintomatología coincidiendo con una trasgresión dietética. Acudió entonces de nuevo a atención primaria para valoración donde se objetivó buen estado general de la paciente, exploración física sin hallazgos y se solicitó un coprocultivo indicando de nuevo dieta astringente y antieméticos. Antecedentes personales: exfumadora desde hace 9 años de 8 años/paquete. No antecedentes médicos de interés. Intervenciones quirúrgicas: amigdalectomía en la infancia, rotura del ligamento cruzado anterior de rodilla derecha hace 10 años, cesárea hace 8 años. Genograma.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física: buen estado general, bien nutrida e hidratada, T° 38 °C, eupneica, TA 100/70, FC 90 lpm. Auscultación cardiopulmonar: tonos rítmicos sin soplos ni extratonos, murmullo vesicular disminuido globalmente sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando, depresible, dolor a la palpación en fosa iliaca izquierda con importante defensa donde se palpa masa de consistencia dura de unos 5 cm de diámetro mayor. Coprocultivo: negativo. Microorganismos habituales. Ante los hallazgos en la exploración física de la paciente, se decide derivar al servicio de urgencias del hospital de referencia para la realización de pruebas complementarias y valoración por parte de cirugía/digestivo. Hemograma, bioquímica, coagulación. Leucocitos 27.400, neutrófilos 86,1%, hemoglobina 12,4 g/dl, hematocrito 37,6%, VCM 83,2 fl, plaquetas 460 × 103/UL, glucosa 115 mg/dl, urea 12 mg/dl, creatinina 0,9 mg/dl, Na 127 mmol/L, K 4,0 mmol/L, amilasa 27 U/L, bilirrubina total 1,24 mg/dl, PCR 19,71. Radiografía abdomen. Luminograma aéreo inespecífico. Radiografía tórax. Afectación pulmonar difusa con patrón reticular intersticial con micronódulos que plantea diagnóstico diferencial de proceso neumó-

nico infeccioso versus linfagitis. TAC abdominal y pélvico: se aprecia ocupación por masa de contornos mal definidos de aproximadamente unos 10 cm de diámetro en área de mesenterio ocupando el flanco anterior izquierdo y participación de omento. Dicha lesión engloba asas intestinales circundantes, aunque no apreciamos dependencia de ninguna en concreto. El mayor contacto lo tiene con un amplio segmento de colon a nivel de sigma. Asocia aumento de vascularización, ganglios aumentados alrededor de la masa y presenta en su interior aire interpretando que corresponde con asas englobadas y áreas de abscesificación. Lesiones hepáticas múltiples que afectan a ambos lóbulos. Impresión diagnóstica: Lesión infiltrativa en mesenterio en flanco anterolateral izquierdo con abscesificación. Lesiones hepáticas. Evolución: tras los hallazgos citados anteriormente en el servicio de urgencias, la paciente queda a cargo de cirugía general y medicina digestiva instaurándose dieta absoluta, sueroterapia, antibiótico intravenoso y analgesia. Después de 3 días, la paciente queda afebril y asintomática y se realiza colonoscopia bajo sedación en la que se objetivó imagen exofítica en sigma que ocupaba toda la luz estenosándola de consistencia dura y friable sugestiva de neoplasia. Desde Anatomía Patológica se informó de mucosa de colon con cambio adenomatoso con displasia severa. Se sometió a la paciente a intervención por laparotomía media supra-infraumbilical objetivando múltiples LOES hepáticas sugestivas de metástasis y plástón inflamatorio abscesificado por neoplasia de sigma en íntimo contacto con asas de intestino delgado. Se realizó sigmoidectomía y colostomía terminal Hartmann.

Juicio clínico: Adenocarcinoma sigma con metástasis hepáticas y pulmonares (linfangitis carcinomatosa).

Diagnóstico diferencial: En base a las pruebas complementarias se plantean los siguientes diagnósticos: 1. Cuadro neoplásico mesentérico primario: tumor carcinoide gastrointestinal. 2. Neoplasia dependiente de sigma con abscesificación local y metástasis hepáticas y pulmonares. 3. Cuadro infeccioso.

Comentario final: El cáncer colorrectal afecta en más del 90% de los casos a mayores de 55 años y nos sorprende cuando vemos pacientes jóvenes afectados por su presentación en estados avanzados, lesiones indiferenciadas y evolución más agresiva. Frecuentemente con síntomas subestimados y prolongados que conducen a reflexionar sobre las indicaciones de los estudios endoscópicos y las políticas generales de prevención. Entre un 8 y un 10% de los CCR son hereditarios y se caracterizan por la agregación familiar de casos de CCR diagnosticados a una edad más temprana, por debajo de los 50 años. Desde Atención Primaria deben identificarse posibles individuos de riesgo para desarrollar CCR mediante la historia clínica que debe recoger la presencia de antecedentes familiares de CCR o adenomas colorrectales en 2-3 generaciones. En toda historia clínica de cualquier individuo se debe recoger el genograma.

10/677. DIABETES DORADA. A PROPÓSITO DE UN CASO

D. Pérez Feito^a, S. Clemos Matamoros^a, S. Alonso Martínez^b, L. Mendo Giner^c, M. Tomás Herrero^d y B. Sánchez Herrero^d

^aCS Tudela Este. Navarra; ^bCS Cascante. Navarra; ^cCS Valtierra. Navarra; ^dHospital Reina Sofía. Tudela. Navarra.

Descripción del caso: Paciente de 45 años de origen argelino con antecedentes de infección por hepatitis C y diabetes insulino dependiente desde hace 2 años. Acude por epigastralgia y pérdida de peso, así como "empeoramiento de su hepatitis" tras viaje a su país. Refiere también cansancio, empeoramiento en las características de la piel y "peor color". En estudio por Digestivo por hepatopatía.

Exploración y pruebas complementarias: 80 kg. Buen estado general. Buena coloración de piel y mucosas. Abdomen normal. Analítica sanguínea con aumento del hierro sérico, elevación de ferritina y la saturación de transferrina, hipertransaminasemia. Eco

abdominal: hepatomegalia. Biopsia hepática: hepatitis crónica, con actividad inflamatoria portal moderada, lobulillar leve y fibrosis con formación de nódulos. (Índice de Metavir A2, F4). Genotipo virus C: 1a. Índice de hierro hepático 1.8. Análisis mutaciones C282Y y H63D: mutación H63D en heterocigosis, Genotipo: CC/HD.

Juicio clínico: Diabetes dorada.

Diagnóstico diferencial: Porfiria cutánea parda. Enfermedad de Addison.

Comentario final: El diagnóstico empieza en la sospecha. El depósito de hierro en hígado y páncreas provoca un aumento de la resistencia a la insulina y disminución de su secreción, constituyendo un síndrome clínico con afectación multiorgánica^{1,2}. Queremos mostrar al médico de atención primaria la importancia de una alta sospecha clínica ante síntomas inespecíficos y de no desestimar los resultados anormales de las pruebas de laboratorio, disminuyendo así la morbimortalidad³.

BIBLIOGRAFÍA

- Swaminathan S, Fonseca VA, Alam MG, Shah SV. The role of iron in diabetes and its complications. *Diabetes Care*. 2007;30(7):1926-33.
- Qaseem A, Aronson M, Fitterman N, Snow V, Weiss KB, Owens DK. Screening for hereditary hemochromatosis: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 2005;143(7):517-21.
- Del Castillo Rueda A, López-Herce Cid JA, De Portugal Álvarez J. Hemocromatosis hereditaria. Diagnóstico clínico: manifestaciones precoces, procesos relacionados y formas atípicas. *An Med interna (Madrid)*. 2002;19:251-6.

10/680. TIROIDITIS POSPARTO. A PROPÓSITO DE UN CASO

D. Pérez Feito^a, S. Clemos Matamoros^a, A. Santa María Torroba^b, S. Alonso Martínez^b, M. Tomás Herrero^b y L. Mendo Giner^c

^aCS Tudela Este. Navarra; ^bHospital Reina Sofía. Tudela. Navarra; ^cCS Valtierra. Navarra.

Descripción del caso: Paciente de 34 años, sin antecedentes de interés, parto hace 5 meses. Acude a consulta por encontrarse muy nerviosa desde el parto, peor en el último mes, cansada, con artromalgias y episodios aislados, y sin causa aparente, de sudoración profusa. Ha comenzado a morderse las uñas.

Exploración y pruebas complementarias: TA 115/75, FC 119. ECG: taquicardia sinusal, resto normal. Cuello con bocio grado 1. Resto del examen físico normal. Analítica con TSH 0,1, T4: 2,11, T3: 2,65. Ac contra TGB 174,15. Se inicia tratamiento con betabloqueantes por taquicardia sintomática. Ecografía tiroidea: aumento de volumen difuso de la glándula, no nódulos, vascularización normal.

Juicio clínico: Tirotoxicosis, probable Tiroiditis postparto. Tres meses después desaparece la sintomatología, se suspende betabloqueante y se repite analítica con TSH 9,7. Se indica levotiroxina. Tras 4 meses de tratamiento se normalizan la TSH y T3 y T4, se suspende todo tratamiento y permanece asintomática.

Diagnóstico diferencial: Resto de las tiroiditis (Hashimoto, esporádica indolora, subaguda, aguda, de Riedel). Tiroiditis por fármacos.

Comentario final: La tiroiditis postparto se considera la afectación tiroidea que se presenta más frecuentemente durante el periodo postparto y forma parte de las tiroiditis silentes de etiología autoinmune¹. Totalmente abordable desde Atención Primaria; para su diagnóstico sólo se requiere sospecha clínica y la realización de una analítica; así mismo, cuando se necesita tratamiento, éste es efectivo y seguro^{2,3}.

BIBLIOGRAFÍA

- Díez JJ. Tiroiditis silente y tiroiditis postparto. *Aten Prim*. 1995; 16:147-50.

- Larsen PR, Davies TF. Hipotiroidismo y tiroiditis. En: Larsen PR, Kronenberg HM, Melmed S, Polonsky KS. Williams Tratado de Endocrinología, 10ª ed. Madrid: Elsevier, 2004:465-500.
- Pearce EN, Farwell AP, Braverman LE. Thyroiditis. N Engl J Med. 2003;348:2646-55.

10/682. CINETOSIS. A PROPÓSITO DE UN CASO

D. Pérez Feito^a, S. Clemos Matamoros^a, M. Tomás Herrero^b, S. Alonso Martínez^b, M. Bernal Rodríguez^c y L. Mendo Giner^d

^aCS Tudela Este. Navarra; ^bHospital Reina Sofía. Tudela. Navarra; ^cCS Cascante. Navarra; ^dCS Valtierra. Navarra.

Descripción del caso: Paciente que es traída por presentar vómitos. Inicio hace 9 h. Ha estado de viaje con paseos en barco, luego en avión y al coger el tren ha comenzado con cuadro nauseoso importante y vómitos de escasa cantidad. Refiere que a pesar de mantenerse con los ojos cerrados se nota mareada. Comenta sensaciones parestésicas en manos y pies con agarrotamiento de los dedos. Se ha mantenido afebril. No hay otros compañeros de viaje con sintomatología similar.

Exploración y pruebas complementarias: Examen físico: eupneica y normotensa, afebril. Regular estado general, afectada por las náuseas. Normocoloreada y normohidratada. Glucosa capilar 71. Sin signos de focalidad neurológica, salvo la presencia de mareos de origen periférico. Análítica básica sin alteraciones. Mejoría sintomática tras la administración de antieméticos.

Juicio clínico: Cinetosis.

Diagnóstico diferencial: Los factores desencadenantes, además del movimiento, son la lectura o fijar la mirada en objetos en movimiento, los camarotes cerrados o mal ventilados así como el consumo de bebidas alcohólicas o comidas muy copiosas. Las mujeres embarazadas, con la menstruación y las que toman anticonceptivos son más susceptibles.

Comentario final: Estrictamente no es una enfermedad, sino la reacción natural de un Sistema Nervioso Central (SNC) sano, frente a una situación para la cual fisiológicamente los humanos no fuimos diseñados para estar dentro o sobre objetos en movimiento. Se produce por la estimulación excesiva del aparato vestibular que controla su sentido de estabilidad por el movimiento como causa primaria. La susceptibilidad individual es muy variable. Los síntomas son progresivos (náuseas, vómitos, falta de equilibrio).

BIBLIOGRAFÍA

- Spinks AB, Wasiak J, Villanueva EV, Bernath V. Escopolamina (hioscina) para la prevención y el tratamiento de la cinetosis (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 3, 2008. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, Issue. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

10/683. DOLOR ABDOMINAL AGUDO SECUNDARIO A VÓLVULO GÁSTRICO. HERNIA DE BOCHDALEK

S. Clemos Matamoros^a, D. Pérez Feito^b, J. Ayensa Calvo^c, M. Sanz Gálvez^d, L. Mendo Giner^e y S. Alonso Martínez^c

^aCS Tudela Este. Navarra; ^bCS Valtierra. Navarra; ^cCS Cascante. Navarra; ^dHospital Reina Sofía. Tudela. Navarra; ^eCS Cadreita. Navarra.

Descripción del caso: Varón de 23 años, acude a consulta de Atención Primaria, por referir desde hace 3 días, cuadro de dolor epigástrico, que define como intenso, acompañado de anorexia, astenia y vómitos cada vez que ingiere alimento. No ha tenido fiebre, no alteraciones deposicionales ni miccionales. No tiene antecedentes de interés, no alérgico a medicamentos. Se le diagnos-

tica de posible cuadro de gastroenteritis aguda, se recomienda dieta astringente y ver evolución. Avisan de su domicilio 2 horas tras la consulta para que vayamos a verlo de forma urgente, dado que el paciente se encuentra muy afectado, y no para de vomitar.

Exploración y pruebas complementarias: Paciente sudoroso, pálido, muy afectado por el dolor. Refiere que se le irradia ahora a la espalda y ambos hipocondrios. Tª: 35,9o, FC 70 lpm, TA: 130/90, FR:24, Saturación O₂ basal 98%. Auscultación cardiaca: rítmica sin soplos. Auscultación pulmonar: buena ventilación bilateral. Abdomen: blando y depresible, doloroso a la palpación en hipocondrio y flanco izquierdo, sin defensa ni signos de irritación peritoneal. Peristalsis disminuida. Gran timpanismo a la percusión. Ante dichos hallazgos, administramos buscapina i.v. y Primperam y remitimos a Servicio de Urgencias Hospitalarias. ECG: R.S. sin alteraciones en la repolarización. Hemograma normal. Bioquímica (amilasa, lipasa y GOT): normales. Sedimento de orina: normal. Radiografía tórax: gran burbuja aérea en base pulmonar izquierda donde se visualiza nivel hidroaéreo. Radiografía abdominal: normal. Se solicita TAC torácico: gran hernia paraesofágica en hemitórax izquierdo con importante distensión gástrica y nivel hidroaéreo en su interior. Sugiere volvulación gástrica. Se solicita interconsulta con digestivo quien realiza endoscopia urgente con hallazgos de defecto herniario de 5-7 cm en zona diafragmática izquierda lumbodorsal (Bochdalek) con contenido de vísceras intraabdominales (fundus y cuerpo gástrico, bazo, epiplón mayor, ángulo esplénico de colon y primeras asas yeyunales).

Juicio clínico: Vólvulo gástrico agudo. Hernia de Bochdalek.

Diagnóstico diferencial: Apendicitis aguda complicada (absceso o perforación). Obstrucción intestinal con estrangulación. Perforación de víscera hueca: úlcera péptica perforada, perforación diverticular colónica. Aneurisma disecante de aorta abdominal. Trombosis mesentérica. Infección de vías urinarias: pielonefritis, cólico nefroureteral.

Comentario final: La existencia de una hernia de Bochdalek es excepcional en adulto con escasos casos registrados en la literatura. Se trata de un defecto congénito originado entre la 8ª y 10ª semana de la vida fetal y se produce por falta del cierre del espacio pleuroperitoneal durante el desarrollo del diafragma. Generalmente se manifiesta en las primeras horas del nacimiento y por su asociación con hipoplasia pulmonar y otras malformaciones, con frecuencia, presenta una morbi-mortalidad elevadas.

BIBLIOGRAFÍA

- Gross RE. Congenital hernia of the diaphragm. Am J Dis Child. 1946;71:579-92.
- Areechon W, Reid L. Hypoplasia of the lung associated with congenital diaphragmatic hernia. Br Med J. 1963;1:230-3.
- Klaassens M, de Klein A, Tibboel D. The etiology of congenital diaphragmatic hernia: Still largely unknown? Eur J Med Genet. May 21 2009;[Medline].
- Jandus P, Savioz D, Purek L, Frey JG, Schnyder JM, Tschopp JM. [Bochdalek hernia: a rare cause of dyspnea and abdominal pain in adults]. Rev Med Suisse. 2009;5(203):1061-4.

10/684. ¿POR QUÉ SE ME CAE EL PELO?

D. Pérez Feito^a, S. Clemos Matamoros^a, M. Tomás Herrero^a, S. Alonso Martínez^a, B. Sánchez Hernández^b y L. Mendo Giner^c

^aCS Tudela Este, Navarra; ^bHospital Reina Sofía. Tudela. Navarra; ^cZB Valtierra, Navarra.

Descripción del caso: Mujer de 71 años de edad con antecedentes de recambio valvular hace 15 años y en tratamiento con acenocumarol. Acude porque en el último año ha notado importante pérdida de cabello, no especial localización en forma de placas ni más acentuada en zona coronal. Adecuado control de INR.

Exploración y pruebas complementarias: Pérdida global de cabello sin que cumpla criterios de FAGA, cabello que no presenta signos de debilidad. No crecimiento anormal de cabello en otras localizaciones corporales. Análítica sin anemia o ferropenia. Serologías negativas. Valorada por Dermatología quien indica suspender acenocumarol (efecto secundario raro) y tras 5 semanas se comienza a repoblar el cuerpo cabelludo.

Juicio clínico: Alopecia secundaria a la toma de acenocumarol.

Diagnóstico diferencial: Envejecimiento. Cambios en los niveles de andrógenos. Antecedentes familiares de calvicie de patrón masculino o femenino. Ruptura del cabello. Alopecia areata. Deficiencia de hierro. Quimioterapia y betabloqueadores. Sífilis. Muda temporal del cabello (efluvio telógeno) después de una enfermedad seria, cirugía o embarazo. Deficiencia vitamínica (como la biotina)¹.

Comentario final: Descrito como efecto secundario raro $\geq 1/10.000$ y $< 1/1.000$, tenemos que tenerlo en cuenta ante aparición de los síntomas y tras descartar otras causas potencialmente tratables^{1,2}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Habif TP. Hair diseases. In: Habif TP, ed. *Clinical Dermatology*, 5th ed. Philadelphia, Pa: Mosby Elsevier; 2009:chap 24.
2. Mousney AL, Reed SW. Diagnosis and treating hair loss. *Am Fam Physician*. 2009;80:356-62.

10/693. HEMATOMA CEREBRAL POSTRAUMÁTICO SECUNDARIO A SÍNCOPE EN UN SÍNDROME DE BRUGADA. A PROPÓSITO DE UN CASO

S. Clemos Matamoros^a, D. Pérez Feito^b, B. Sánchez Hernández^c, J. Ayensa Calvo^d, M. Sanz Gálvez^c y A. Sánchez Martínez^c

^aCS Tudela Este. Navarra; ^bCS Valtierra. Navarra; ^cUrgencias Hospital Reina Sofía. Tudela. Navarra; ^dCS Cascante. Navarra.

Descripción del caso: Paciente mujer de 37 años, es traída a Servicio de Urgencias Extrahospitalario, por estado de disminución del estado de consciencia. Según refiere el marido que la trae, estaba realizando las tareas domésticas con aparente normalidad cuando comienza a referir malestar, mareo y cefalea y cae al suelo recibiendo impacto a nivel occipitotemporal derecho. En el Servicio de urgencias aparece confusa y obnubilada. Se objetiva hemiparesia izquierda y disfasia mixta. El marido cuenta como antecedentes que hace 2 semanas sufrió episodio similar deambulando en la calle, que fue catalogado como cuadro sincopal de origen vagal. Asintomática desde entonces. Se traslada a Urgencias Hospitalarias para valoración y realización de pruebas complementarias.

Exploración y pruebas complementarias: Paciente obnubilada, hiporreactiva, Glasgow 4-5/ 15. Hidratación y coloración normales. TA 130/85, FC 80 lpm. T^o 36,6 oC Saturación O₂ 99%. Tonos cardiacos puros y rítmicos. Pulsos arteriales periféricos amplios, simétricos, sincrónicos, sin auscultación de soplos. Glasgow-4-5/ 15, disfasia mixta, hemiparesia izquierda manifiesta, Babinsky izquierdo. Reflejos osteotendinosos (ROT) disminuidos en pars izquierda, sensibilidad conservada, manifiesta disminución de fuerza. Pupilas anisocóricas con midriasis izquierda hiporreactiva. Hemograma y bioquímica normales. E.C.G. R.S. a 100 x'. Bloqueo incompleto de rama derecha con elevación de ST superior a 2 mm en V2. Signos de hipertrofia ventricular derecha. Enzimas cardiacas: CK 265, ck-mb 23, troponina 4. TAC craneal: hematoma cerebral cortical derecho.

Juicio clínico: Hematoma cerebral cortical derecho post-traumático. Síndrome de Brugada.

Diagnóstico diferencial: Siempre hemos de realizar diagnóstico diferencial con enfermedades que cursan con patrón electrocardiográfico de bloqueo de rama derecha y/o elevaciones del segmento ST: pericarditis, IAM septal, repolarización precoz, síndrome de QT largo, aneurisma ventricular, enfermedad de Chagas.

Comentario final: El síndrome de Brugada está catalogado, aun en la actualidad, junto con el síndrome de Q-T largo, como "enfer-

medades raras" del corazón. Tal vez porque exista un subdiagnóstico de los mismos. Este caso es doblemente curioso, para nosotros, tanto por la rareza en el diagnóstico de síndrome de Brugada, como por el hecho de que le sucedió a una mujer, dado que dicha patología es más frecuente en hombres existiendo una proporción 8/1.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sedgwick ML, Watson J, Dalziel K, Carrington DJ, Cobbe SM. Efficacy of out of hospital defibrillation by ambulance technicians using automated external defibrillators. The Heartstart Scotland Project. *Resuscitation*. 1992;24:73-87.
2. Herlitz J, Bang A, Axelsson A, Graves JR, Lindqvist J. Experience with the use of automated external defibrillators in out of hospital cardiac arrest. *Resuscitation*. 1998;37:3-7.
3. Eisenberg MS. Is it time for over-the-counter defibrillators? *JAMA*. 2000;284:1435-8.
4. Balady GJ, Chaitman B, Foster C, Froelicher E, Gordon N, Van Camp S. Automated external defibrillators in health/fitness facilities: supplement to the AHA/ACSM Recommendations for Cardiovascular Screening, Staffing, and Emergency Policies at Health/Fitness Facilities. *Circulation*. 2002;105:1147-50.

10/702. PITIRIASIS ROSADA. A PROPÓSITO DE UN CASO

S. Alonso Martínez^a, B. Sánchez Hernández^b, S. Clemos Matamoros^c, D. Pérez Feito^c, A. Sánchez Martínez^b y L. Mendo Giner^d

^aCS Cascante. Navarra; ^bHospital Reina Sofía. Tudela. Navarra; ^cCS Tudela Este. Navarra; ^dZB Valtierra. Navarra.

Descripción del caso: Paciente varón de 25 años, consulta por presentar desde hace 12 días lesiones eruptivas en tronco. Al principio lesión única localizada en hemitórax superior izquierdo, a la cual se han ido sumando 10 de menor tamaño que se distribuyen por cuello y región proximal de brazo izquierdo.

Exploración y pruebas complementarias: Tensión arterial: 130/82, temperatura: 36,7o. Lesión inicial redondeada de 42 mm de diámetro y 11 lesiones satélites ovales de menor tamaño. Todas ellas se disponen con su eje mayor paralelo a las líneas de la piel, de color rosado y cubiertas por escamas finas y secas. El centro tiende a aclararse y la periferia forma un collarite de escamas. No se palpan adenopatías.

Juicio clínico: Pitiriasis rosada.

Diagnóstico diferencial: Secundarismo luético. Dermatitis seborreica. Dermatofitosis. Pitiriasis versicolor. Psoriasis en gotas. Erupciones por fármacos.

Comentario final: Autolimitada, persiste durante 3-6 semanas y desaparece sin residuo. Mayor incidencia en adultos jóvenes, durante primavera y otoño. No precisa tratamiento alguno. Si se administrase corticoide o antifúngico brotarían nuevas placas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sharma L, Srivastava K. Clinicoepidemiological study of pityriasis rosea. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2008;74(6):647-9.
2. Saab B, Kibbi AG. Macular eruption. Pityriasis rosea. *J Med Liban*. 2006;54(1):57-8.

10/711. BOTULISMO ALIMENTARIO. A PROPÓSITO DE UN CASO

S. Alonso Martínez^a, S. Clemos Matamoros^b, B. Sánchez Hernández^c, D. Pérez Feito^b, A. Landeo Fonseca^b y L. Mendo Giner^d

^aCS Cascante Navarra; ^bCS Tudela Este. Navarra; ^cHospital Reina Sofía. Navarra; ^dZB Valtierra. Navarra.

Descripción del caso: Mujer de 34 años y varón de 32 años, matrimonio, acuden por presentar cuadro de 48 horas de evolución,

con comienzo consistente en náuseas y vómitos. Refieren asociación de sequedad orofaríngea y ocular, visión borrosa, diplopía y debilidad muscular simétrica y descendente¹. Refieren haber comido los días previos alcachofas de conserva casera que ella misma había preparado. No ha distribuido las conservas a otras personas.

Exploración y pruebas complementarias: Temperatura axilar: 36,60. Exploración neurológica: alertas y orientados temporoespacialmente, disfagia al tragar agua, diplopía, midriasis arreactiva bilateral y parálisis de la acomodación. Se solicita analítica general y toxina botulínica en suero y heces².

Juicio clínico: Botulismo alimentario.

Diagnóstico diferencial: Miastenia gravis. Guillain Barré. Eaton Lambert. Toxicidad por organofosforados.

Comentario final: Ocurre tras la ingesta de la exotoxina producida por el *Clostridium botulinum*, que puede ser un contaminante de conservas caseras mal esterilizadas o ingeridas sin cocción previa. La exotoxina actúa bloqueando la transmisión colinérgica e impidiendo la liberación de acetilcolina. La toxina se debe eliminar mediante laxante. El uso de suero antitoxico trivalente (A, B y E) equino (10.000 U en monodosis intravenosa) debe ser precoz, si no se actúa con prontitud es mortal por fallo respiratorio y cardiaco. Debe de realizarse una monitorización de la capacidad vital con el fin de poder practicar una intubación orotraqueal de manera electiva si es necesario. Se debe mantener correcto aporte nutricional y vigilar balance hidroelectrolítico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Moniuszko A, Czupryna P, Pancewicz SA, Kondrusik M, Grygorczuk S, Zajkowska JM. Botulism-actual epidemiologic and clinical problem. *Pl Merkur Lekarski*. 2009;27(157):58-61.
2. Ganapathy R, Padmanabhan S, Eric YP, Mochhala S, Lionel LK, Ponnampalam G. Rapid detection of botulinum neurotoxins A, B, E, and F by optical immunoassay. *Front Biosci*. 2008;13:5432-40.

10/716. ABSCESO DEL PSOAS SECUNDARIO A *KLEBSIELLA* EN PACIENTE DIABÉTICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

S. Clemos Matamoros^a, J. Ayensa Calvo^b, D. Pérez Feito^a, B. Sánchez Hernández^c, A. Sánchez Martínez^c y S. Alonso Martínez^d

^aCS Tudela Este. Navarra; ^bCS Cascante. Navarra; ^cUrgencias Hospital Reina Sofía. Tudela; ^dCS Murchante. Navarra.

Descripción del caso: Paciente de 56 años, antecedentes de diabetes mellitus tipo II a tratamiento con antidiabéticos orales, Hipertensión Arterial e hipercolesterolemia con buen control de cifras. Atendido en nuestro Centro de Salud 2 meses previos al cuadro actual por cuadro de infección urinaria pautándose antibioticoterapia con ciprofloxacino 500 mg cada 12 horas durante una semana con urocultivo estéril de control a los 10 días. Acude a nuestra consulta de nuevo por dolor a nivel periumbilical, que le irradia a región dorsal, de características mecánicas. No presenta clínica miccional ni alteraciones deposicionales. No fiebre ni otra sintomatología. Se le instaura tratamiento analgésico pese al cual refiere no notar mejoría alguna, motivo por el que 2 días después, decide acudir a servicio de Urgencias para valoración.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 140/90, FC: 78 T^a 37,6° Saturación O₂ 99%. Dolor a la movilización de la columna cervical y dorsal sobre todo para la flexión. Abdomen: doloroso a la palpación de epigastrio y ambos flancos, sin objetivarse signos de irritación peritoneal. Auscultación cardiaca y pulmonar normal. En analítica de sangre se objetiva leucocitosis de 26.000 así como desviación izquierda. Sedimento de orina normal. Rx de tórax interpretada como normal. Ecografía de abdomen sin alteraciones. ECG y enzimograma cardíaco sin alteraciones. Durante su estancia en servicio de Urgencias aumenta el dolor dorsal y abdominal pese a la administración de analgésicos vía endovenosa. Se realizó tomo-

grafía axial computarizada abdomino-pélvica que evidencia una colección mediastinal con gas, y otra colección retroperitoneal con nivel hidroaéreo. Ante este hallazgo, se solicita valoración por cirujano. Se analizaron las radiografías de tórax del ingreso, evidenciando signos de neumomediastino. Se inicia tratamiento antibiótico con triple terapia (clindamicina, ciprofloxacino y metronidazol) y se interviene quirúrgicamente de manera urgente para drenaje de colección purulenta. El cultivo del contenido purulento muestra positividad para *Klebsiella pneumoniae*.

Juicio clínico: Absceso del psoas por *Klebsiella pneumoniae*.

Diagnóstico diferencial: Perforación de viscera hueca (estómago, colon). Absceso perirrenal. Patología cardiaca: I.A.M. patología de aorta abdominal.

Comentario final: El absceso del psoas es una entidad poco frecuente y que requiere un alto índice de sospecha para su diagnóstico. El dolor y la fiebre son los síntomas más frecuentemente reportados, pero su inespecificidad dificulta el diagnóstico. La tomografía axial computarizada es el método con mejor relación costo-beneficio. Los abscesos del psoas pueden ser primarios o secundarios. En los primarios, la vía de llegada del germen es la hematogena, y en los secundarios, de un foco adyacente. Las vías de llegada más frecuente corresponden al sector hepatobiliar (24%), respiratorio (20%) y urinario (19%). La diabetes mellitus es la enfermedad de fondo asociada más frecuentemente, y para muchos autores, un factor etiológico fundamental, y con implicancias pronóstica. La formación de gas es también un factor pronóstico, atribuyéndosele una mortalidad del 80%. El tratamiento se debe basar en 2 pilares fundamentales, un tratamiento antibiótico adecuado, y drenaje de las colecciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ricci MA, Rose FB, Meyer KK. Pyogenic psoas abscess: world variations in etiology. *World J Surg*. 1986;10: 834-43.
2. Chang CM, Ko WC, Lee HC, Chen YM, Chuang YC. *Klebsiella Pneumoniae* psoas abscess: predominance in diabetic patients and grev prognosis in gas forming cases. *J Microbiol Immunol Infect*. 2001;34:201-6.
3. Gruenwald I, Abrahamson J, Cohen O. Psoas abscess: case report and review of literature. *J Urol*. 1992;147:1624-46.
4. Mori K, Kovayash M, Arai Y, Nishikawa Z, Dohi J. Gasforming primary psoas abscess caused by *Klebsiella Pneumoniae*: report of case and review of literature, *Infect Dis Critical Patients*. 2004; 12(6):334-7.

10/719. EL PAPEL DE LA AUTOINMUNIDAD EN LA DIABETES MELLITUS

T. Salado García^a, S. Martín Pelayo^b, D. Serrano Herrero^c, V. Iglesias Rodríguez^a y N. Santamaría Solla^a

^aCS Parquesol. Valladolid; ^bCS Arturo Eyres. Valladolid; ^cCS La Magdalena. Valladolid.

Descripción del caso: Mujer 37 años, consulta por poliuria, poli-dipsia y astenia de tres meses de evolución. Refiere disuria y pérdida de 3 kg en el último trimestre. Antecedentes personales: HTA, tiroiditis subaguda con posterior normofunción tiroidea. Hace 1 año DM gestacional precisando insulinización y cesárea por macrosomía. Tras el parto glucemias normales. Antecedentes familiares: DM2 en padre. En AP, se realiza glucemia capilar, presentando 190 mg/dL. Ante sospecha de DM se solicita analítica, confirmando el diagnóstico. Inició tratamiento dietético y con metformina, sin conseguir control metabólico al mes. Se prueban asociaciones de hipoglucemiantes orales con respuesta insuficiente; se inicia tratamiento con insulina basal y se completa analítica con autoinmunidad. En vista de resultados se realiza interconsulta a endocrinología.

Exploración y pruebas complementarias: Afebril. TA: 144/88. IMC: 27. No bocio. Exploración: ACP-abdominal normal. Analítica

inicial: Glucosa 197 mg/dL, HbA1C 10,5%. Estudio de autoinmunidad positivo con anticuerpos anti-insulina-IAA- 60,4%, anticuerpos anti-decarboxilasa del ácido glutámico-GAD- 31.8U/mL.

Juicio clínico: DM Autoinmune Tardía del Adulto (LADA).

Diagnóstico diferencial: Los tipos más frecuentes de DM son el 1 y 2. La DM1 está caracterizada por fenómenos autoinmunes que destruyen las células β pancreáticas, precisando insulina exógena desde el diagnóstico. Representa 5-10% de los diagnósticos de diabetes. Pico de incidencia ocurre en niñez y adolescencia. La DM2, determinada por factores genéticos y ambientales, representa 90-95%, afectando a sujetos de mayor edad. Se suele acompañar de obesidad. La DM tipo LADA afecta a 5-15% de pacientes adultos que se presentan como DM2. Aparecen anticuerpos positivos. Se considera forma tardía y menos agresiva de DM1. Inicialmente no precisa insulino terapia, pero es frecuente que necesite insulina en un periodo breve. En este caso, de acuerdo con los criterios diagnósticos, se determinó el juicio clínico de DM. La edad y antecedentes de la paciente sugieren DM2. Dada la mala respuesta a hipoglucemiantes orales y tras estudio de autoinmunidad positivo, se planteó el diagnóstico de DM1; pero a diferencia de ésta, que precisa insulino terapia intensiva y presenta falta de respuesta a todo hipoglucemiante oral, nuestra paciente logró un aceptable control con una dosis de insulina e insulinosecretadores, lo que sugiere DM LADA.

Comentario final: La DM es una enfermedad crónica frecuente. Constituye una de las principales causas de morbimortalidad mundial. En España se estima una prevalencia entre 5 y 18%. Suele tratarse de pacientes con pluripatología que requieren un abordaje integral. Los equipos de AP deberán detectar, tratar y prestar educación sanitaria a los diabéticos. Deben conocerse con profundidad los tipos de diabetes, dada su diversidad de tratamientos y complicaciones. En el caso que nos ocupa, el estudio de autoinmunidad fue primordial para definir el tipo de DM y conseguir el control metabólico del paciente. Actualmente, tras 4 años con escaso control y necesidad frecuente de modificación de pautas de insulina, se decide colocar bomba de infusión continua de insulina (BICI).

BIBLIOGRAFÍA

1. Manual de endocrinología y nutrición. SEEN; 2009
2. Martín I, Valero MA, Beato P, Cabanillas M. Sección I: Diabetología. Manual de diagnóstico y terapéutica en endocrinología y nutrición. 2004:13-71.
3. Leslie D, Valeri C. Diabetes autoinmune latente del adulto, Rev Diabetes Voice. 2003;48(4).

10/724. LESIONES CUTÁNEAS "EN DIANA"

A. Acioli Pedrosa^a, E. Castillo Díaz^b, P. Chicharro Manso^c, L. Ferrer Armengou^a, M. Cruz Arnés^c y E. Silgado Arellano^d

^aCS Monterrozas. Las Rozas. Madrid; ^bCS Cerro del Aire. Majadahonda. Madrid; ^cHospital Universitario Puerta del Hierro. Majadahonda. Madrid; ^dCS Pozuelo. Pozuelo de Alarcón. Madrid.

Descripción del caso: Mujer de 49 años, con antecedentes de hipotiroidismo y depresión en tratamiento farmacológico, acude a consulta por presentar lesiones cutáneas pruriginosas generalizadas de 24 horas de evolución. Había acudido en otras dos ocasiones en los últimos meses con clínica similar, siendo tratada como urticaria aguda. En la anamnesis refiere herpes simple labial hace una semana.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración física presenta erupción maculopapulosa con zonas concéntricas enrojecidas con una zona central más oscura, "en diana", distribuidas simétricamente por zonas acras, palmas de manos y afectación de mucosa oral. Se realiza una analítica general, que fue normal y se deriva a dermatología por sospecha de dermatitis reactiva post infecciosa. Realizaron biopsia que confirmó el diagnóstico y pautaron aciclovir para prevenir la recurrencia del VHS.

Juicio clínico: Eritema Multiforme (EM).

Diagnóstico diferencial: Urticaria gigante, lupus eritematoso cutáneo subagudo, micosis fungoide, granuloma anular, erupciones medicamentosas fijas, eritema anular centrífugo, vasculitis, erupción polimorfa, síndrome de Sweet generalizado, psoriasis... La urticaria gigante representa el diagnóstico erróneo más frecuente en atención primaria, ante lesiones de EM. Por lo que, a la hora de decidir un diagnóstico, se deben seguir los criterios clínicos de Brice et al.

Comentario final: El EM es una dermatosis reactiva a diversos factores precipitantes, como fármacos e infecciones. El VHS es el factor desencadenante en la mayoría de los casos. El diagnóstico es clínico y no histológico, aunque puede ser útil para excluir otras enfermedades. Ante el hallazgo de lesiones típicas en diana, con la realización de una anamnesis completa se podría llegar al diagnóstico. Según la revisión de los últimos estudios realizados en pacientes con EM post infección VHS, estaría indicado además del tratamiento sintomático agudo, un tratamiento preventivo de las recurrencias con antivirales. En conclusión, en atención primaria se podría diagnosticar, tratar y realizar el seguimiento de estos pacientes, sin necesidad de derivarles al especialista. Sólo ante el mal control o complicaciones, se les debería remitir.

BIBLIOGRAFÍA

1. Weston WL. Eritema multiforme y síndrome de Stevens-Johnson. En: Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP. Dermatología. Harcourt-Elsevier; 2005:313-8.
2. Ferrándiz C. Dermatitis reactivas. En: Ferrándiz C. Dermatología Clínica, 2ª ed. Harcourt-Elsevier; 2004:183-91.
3. Wolff K, Jonson RA, Suurmond D. Síndrome del eritema multiforme. En Wolff K, Jonson RA, Suurmond D. Fitzpatrick. Atlas en color y sinopsis de dermatología clínica, 5ª ed. McGraw Hill interamericana; 2005:140-3.
4. Wetter DA, Davis MD. Recurrent erythema multiforme: clinical characteristics, etiologic associations, and treatment in a series of 48 patients at Mayo Clinic, 2000 to 2007. J Am Acad Dermatol. 2010;62(1):45-53.
5. Lamoreux MR, Sternbach MR, HSU WT. Erythema Multiforme. American Family Physician. 2006;74(11):1883-8.
6. Kerob D, Assier-Bonnet H, Esnault-Gelly P, Blanc F, Saiag P. Recurrent erythema multiforme unresponsive to acyclovir prophylaxis and responsive to valacyclovir continuous therapy. Arch Dermatol. 1998;134:876-7.
7. Tatnall FM, Schofield JK, Leigh IM. A double-blind, placebo-controlled trial of continuous acyclovir therapy in recurrent erythema multiforme. Br J Dermatol. 1995;132:267-70.
8. Alastair JJ, Wood. Management of Acquired Bullous Skin Diseases. NEJM 1995;22(333):1475-84.
9. Roujeau JC, Stern RS. Severe Adverse Cutaneous Reactions to Drugs. NEJM. 1994;19(331):1272-85.
10. Schofield JK, Tatnall FM, Leigh IM. Recurrent Erythema Multiforme: clinical features and treatment in a large series of patients. Br J Dermatol. 1993;128:542-5.

10/725. DOCTOR, ME HE NOTADO UN BULTO CUANDO ME HE QUITADO LA CAMISETA DE CUELLO ALTO

M. García Palacios^a, T. Martín Casquero^a, B. Santaolalla Jiménez^b, M. Moreno Rodés^c y C. López Alegría^a

^aCS Vistabella. Murcia; ^bCS La Ñora. Murcia; ^cCS El Carmen. Murcia.

Descripción del caso: Mujer de 50 años que acude a la consulta por presentar bultoma laterocervical derecho de varios meses de evolución, indoloro, sin ninguna otra clínica. Antecedentes personales: No AMC. No HTA. No DM. Hipercolesterolemia en tratamiento. Fumadora de 40 cigarrillos/día. Hábito enólico leve-moderado. Enfermedades previas: asma. EF: C y O. BEG. NH NC NP. Eupneica.

TA: 125/80. Afebril. C y C: No IY. No soplo carotídeo. Paquete adenopático duro y de unos 4 cm de diámetro en áreas II-III de cuello derecho. ACP: rítmico, sin soplos. MVC Abdomen: B y D. No dolor a la palpación. No signos de irritación peritoneal. No masas ni megalias. Ruidos hidroaéreos +. MMII: no edemas, pulsos pedios conservados. ORL: dentadura en mal estado. Pequeño papiloma en pilar anterior izquierdo. Faringe: normal, senos piriformes libres y abiertos. Otoscopia: normal.

Exploración y pruebas complementarias: TAC cervical y torácico: paquete adenopático laterocervical conocido (estaciones II y III) sugestivo de malignidad, sin conseguir identificar lesión que sugiera primario. Micronódulo subpleural de 3 mm en segmento VI izquierdo inespecífico. PAAF: metástasis de carcinoma poco diferenciado. A descartar área ORL o pulmón.

Juicio clínico: Metástasis de origen desconocido.

Diagnóstico diferencial: Congénito: linfangioma. Inflamatorio: adenitis (bacteriana, viral o granulomatosa). Neoplásico: linfoma, metástasis, neoplasias de la cadena posterior, neoplasia de tumor primario de sitio infraclavicular.

Comentario final: Una vez obtenidos los resultados, lo que hicimos fue derivar a la paciente a Otorrinolaringología para que ellos procedieran a su extirpación. La rapidez en solicitar desde nuestra consulta las pruebas pertinentes es crucial, ante una exploración física (incluyendo palpación de cuello y visualizando faringe) normal el siguiente paso debe ser solicitar TAC con PAAF de la adenopatía, y si es maligna derivar urgentemente a ORL. Debemos tener muy presentes que una masa de estas características no se debe derivar a Cirugía como en la mayoría de casos se hace erróneamente, ya que mientras los cirujanos derivan al paciente a ORL, esto hace que se retrase aun más la escisión, tan urgente y necesaria para el paciente, en definitiva, tiempo perdido que perjudica al paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gil-Carcedo García LM. 2004.
2. Harrison Principios de Medicina Interna. Linfadenopatía. Harrison online en español, 16ª ed. McGraw-Hill. 2006.
3. De Braud F, Heilbrun L, Ahmed K, et al. Metastatic squamous cell carcinoma of an unknown primary localized to the neck. Advantages of an aggressive treatment. *Cancer*.
4. Katzung, Bertram G. Basic & Clinical Pharmacology, 9ª ed, McGraw-Hill, 2007.

10/734. DERMATOMIOSITIS Y CÁNCER DE MAMA... ¿UNA CASUALIDAD?

C. Niño de Azcárate^a, M. Farraye^b, M. Azcárate Bang^c, B. Catedral Castillo^d, F. Niño Rodríguez^e y E. Zugazaga Badallo^d

^aCS Espronceda. Madrid; ^bCS Las Águilas. Madrid; ^cCS Los Gladiolos. Santa Cruz de Tenerife; ^dCS Segovia. Madrid; ^eCS Los Cristianos. Santa Cruz de Tenerife.

Descripción del caso: Paciente mujer de 35 años de edad, que acude a consultas de Atención primaria derivada desde dermatología por sospecha de neoplasia mamaria derecha. La paciente comenzó hace 1 año con un cuadro de lesiones cutáneas en ambas mejillas por lo que acudió a urgencias, desde donde la derivaron a consultas de alergología donde descartaron patología alérgica, durante la realización de las pruebas de alergia (prick test), la paciente presenta una trombosis venosa profunda en miembro inferior derecho tras un viaje de 5 horas de duración, por lo que la derivan a consultas externas de hematología para estudio, Desde hematología la derivan a consultas externas de dermatología por persistencia de lesiones cutáneas pese a tratamiento con corticoides tópicos y aparición de lesión en axila derecha compatible con granuloma. Desde dermatología la derivan a Atención primaria tras objetivar lesión en cuadrante superoexterno de mama derecha de

2 años de evolución, que había aumentado de tamaño de bordes mal definidos.

Exploración y pruebas complementarias: Lesión de 4 x 5 cm de diámetro en borde superoexterno de mama derecha, de bordes mal definidos, móvil, levemente adherida a planos profundos, no dolorosa a la palpación. Adenopatía de 1 cm de diámetro en axila derecha. Lesiones cutáneas: Eritema en heliotropo, eritema "en esclavina", pápulas de Gottron. Prick test: negativo. Pruebas hematológicas: dentro de límites normales. LDH y CK elevadas. Ecografía mama derecha: lesión compatible con neoplasia mamaria. PAAF: citología positiva para células malignas.

Juicio clínico: Dermatomiositis. Cáncer de mama derecha.

Diagnóstico diferencial: Miositis postvirales. Reticulohistiositosis multicéntrica. Hipotiroidismo. Sarcoidosis. Triquinosis. Enfermedad del injerto frente al huésped.

Comentario final: No debemos olvidar la existencia de patologías cutáneas asociadas a neoplasias, ya que muchas veces nos dejamos influenciar únicamente por lo que el paciente nos cuenta sin indagar más allá. Por otra parte, es importante la figura del médico de atención primaria como coordinador de los diferentes especialistas ya que es el único formado para ver al paciente en su conjunto (método centrado en el paciente).

BIBLIOGRAFÍA

1. Blaszczyk M, Jablonska S, Szymanska-Jagiello W et al. Childhood scleromyositis: an overlap syndrome associated with PM.Scl antibody. *Blaszczyk Pediatr Dermatol*. 1991;8:1-8.
2. Callen JP. Dermatomyositis. *Lancet*. 2000;355:53-7.
3. Collison CH, Sinal SH, Jorizzo JL, et al. Juvenile dermatomyositis and polymyositis: a follow up study of long-term sequelae. *Collison South Med J*. 1998;91:17-22.
4. Feldman BM, Reichlin M, Laxer RM, et al. Clinical significance of specific autoantibodies in juvenile dermatomyositis. *J Rheumatol*. 1996;23:1794-7.

10/735. DOCTOR, ¡LAS GOTAS DE LOS OJOS ME HAN VUELTO LOCO!

M. Farraye^a, C. Niño Azcárate^b, M. Azcárate Bang^c, E. Zugazaga Badallo^d, Z. Kirchheimer^e y B. Catedral Castillo^d

^aCS Las Águilas. Madrid; ^bCS Espronceda. Madrid; ^cCS Los Gladiolos. Santa Cruz de Tenerife; ^dCS Segovia. Madrid; ^eCS Campamento. Madrid.

Descripción del caso: Paciente varón de 48 años traído a urgencias por cuadro de alteración del comportamiento, de aparición súbita, asociado a alucinaciones visuales y desorientación temporoespacial. No presenta antecedentes personales de interés. La familia comenta que esa mañana acudieron a la consulta del oftalmólogo y le pusieron unas gotas en los ojos. No aportan informe.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 140/70. FC 95 lpm Tª 37,5 oC BMT 94. Buen estado general, Bien profundo e hidratado. Normocoloreado. Eupneico. CYC: midriasis arreactiva. NRL: Sin focalidad. Llama la atención ideación delirante con alucinaciones visuales, miodesopsias, que aparecen de forma intermitente con discurso coherente entre dichos episodios. ECG: ritmo sinusal a 92 lpm, sin alteraciones agudas en la repolarización. Analítica (sistemática de sangre y bioquímica general) normal.

Juicio clínico: Impresión de brote psicótico. Dada la ausencia de antecedentes psiquiátricos o hábitos tóxicos, se sospecha de síndrome confusional agudo secundario a colirio de ciclopentolato. El paciente queda en observación. Durante su estancia el cuadro va remitiendo. Es dado de alta a las 12 hs, con posteriores controles en su centro de salud a las 24 y 48 hs permaneciendo asintomático.

Diagnóstico diferencial: Alteraciones hidroelectrolíticas (deshidratación, hipo/hipernatremia). Infecciones. Intoxicación alcohólica o por drogas. Fármacos: barbitúricos, benzodiazepinas, AINEs,

omeprazol, corticoides, antiarrítmicos, antidepresivos. Alteraciones metabólicas (hipoglucemia, hipercalcemia, insuficiencia hepática, tirotoxicosis). Estadios post operatorios.

Comentario final: El síndrome confusional agudo es un cuadro de origen multifactorial. Una de las causas más frecuentes es por el uso de fármacos, como los agentes parasimpaticolíticos, muy usados en oftalmología para provocar midriasis y parálisis de la acomodación en distintas circunstancias, tan frecuentes como la exploración del fondo de ojo; incluso en gotas o pomadas, pueden provocar efectos sistémicos. Debido a la clínica alarmante, es importante tranquilizar a la familia y al paciente y explicar las posibles causas. Siempre es necesario realizar previamente un buen diagnóstico diferencial y excluir causas orgánicas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Barrer DB, Solomon DA. Potential for mental status changes associated with systemic absorption of anticholinergic ophthalmic medications: concerns in the elderly. *Ann Pharmacother.* 1990; 24:847-50.
2. Wutrich B, Kuhn M, Zimmerli, Priske S. Systemic anticholinergic side-effects. *Allergy.* 2000;55:788-9.

10/741. ¿ERROR MÉDICO FRENTE A EVOLUCIÓN DESFAVORABLE?

E. Ruiz Vélchez^a, R. Vélez Silva^b, E. Yagüe Zapatero^c, A. Vélez Silva^d, C. Astorgano de la Puente^b y M. González Merayo^b

^aMIR Familiar y Comunitaria. Ponferrada; ^bFEA Urgencias. ^cFEA Radiología. Hospital el Bierzo. Ponferrada; ^dCS Poio. SERGAS.

Descripción del caso: En ocasiones, y debido a la demanda asistencial a nuestros servicios sanitarios, disponemos de escaso tiem-

po y a veces recursos que pueden ocasionar errores en un primer diagnóstico. Sin embargo, en otros casos, es la "Propia Ciencia Médica" la que nos da un desenlace inesperado e indeseable que lamentamos, siendo el profesional sanitario ajeno y exento de responsabilidad alguna. Planteamos la tesis de que cuando en un proceso diagnóstico, se utilizan todos los medios disponibles, y la evolución no es favorable, se puede achacar dicha evolución a un mal diagnóstico o a una evolución natural desfavorable posible y explicable dentro del proceso.

Exploración y pruebas complementarias: Paciente que acude por dolor en testículo y hemiescrotos izquierdo de 3 días de evolución. En la exploración física destaca un aumento leve de tamaño de testículo izquierdo y una transluminación +. La analítica es normal salvo 15.000 leucos y el ecodopler escrotal no muestra signos de torsión ni anomalías vasculares. Ante los hallazgos de hidrocele izquierdo se interconsulta con urólogo y se decide observación domiciliar y tratamiento médico. A los 4 días y tras la persistencia de dolor consulta de nuevo y en el ecodoppler se objetiva un testículo izquierdo heteroecoico sin flujo.

Juicio clínico: Torsión testicular. Ante estos hallazgos se procede a exploración quirúrgica observando un testículo necrótico por torsión intravaginal por lo que se realiza orquiectomía.

Comentario final: Planteamos las posibles causas de esta evolución y si hubiera sido posible evitarla. ¿Sería posible explicarlo en base a que muchos procesos producen torsiones y destorsiones espontáneas y en el momento de la primera evaluación, y en base a las pruebas de imagen, no existía compromiso vascular? ¿Se hubiera evitado de alguna forma la orquiectomía? ¿Estaría indicada la exploración quirúrgica en la primera visita? ¿En base a qué signo? ¿Habría que cambiar el protocolo de actuación de un escroto agudo en nuestros servicios de Urgencias?



Medicina de Familia
SEMERGEN

www.elsevier.es/semergen



ÍNDICE DE AUTORES

32º Congreso Nacional SEMERGEN

Las Palmas de Gran Canaria, 6-9 de octubre de 2010

- Abad Sánchez, S., 164, 274
 Abadía Cebrián, F., 161
 Abajo Olea, S. de 260
 Abarca Costalago, P., 198
 Abascal Roda, J., 283
 Abilla Lumbarres, A., 194
 Abizanda González, M., 83, 85
 Abramova, E., 280
 Acemel Hidalgo, M., 171
 Acioli Pedrosa, A., 307
 Acosta García, M., 143
 Adam Ruiz, D., 208
 Afonso Navarro, C., 195
 Agudo Matarán, P., 153
 Agüeros Fernández, M., 156
 Aguilar Escalera, J., 175, 193
 Aguilar Hernández, R., 202
 Aguirre Rodríguez, J., 118, 125, 151, 184, 215
 Aguirre Zuazo, A., 203
 Ahmad, M., 133, 257
 Álamo Martell, M., 130
 Alarcía Ceballos, M., 160, 164, 207, 275, 276, 278
 Alarcón Meléndez, M., 230, 231, 234
 Alba Rodríguez, N., 257
 Alba Torné, M., 133, 257
 Albaigés Ràfols, M., 186
 Albaladejo Blanco, C., 177
 Albarracín Moreno, B., 287
 Albendea Calleja, C., 298
 Albiá Real, E., 236
 Alcalde Lozano, A., 165
 Alcalde Pontaque, J., 187
 Alcalde Vizcario, S., 279
 Alcarria Águila, M., 183
 Alcázar Manzanera, F., 138
 Alcázar Moreno, R., 262
 Alcolea García, R., 124, 136
 Aldaz Baerruezo, J., 264
 Alegría, E., 181, 182
 Alemán Artilles, A., 43
 Alemán Sánchez, J.J., 22
 Alfaro González, J., 143
 Allut Vidal, G., 164
 Almeda Ortega, J., 187
 Almenar Bases, A., 286
 Almenar Cubells, E., 142, 144
 Almendro Almendro, E., 157
 Almendros Plana, L., 197
 Alonso Fernández, S., 291
 Alonso Gordo, J., 258
 Alonso Jerez, P., 43
 Alonso Jiménez, L., 60
 Alonso Lasheras, J., 135
 Alonso Martínez, S., 251, 282, 285, 286, 296, 297, 299, 303, 304, 305, 306
 Alonso Moreno, F., 121, 122, 125, 132
 Alonso Moreno, F.J., 13, 80
 Alonso Ródenas, M., 118
 Alòs Arimón, M., 190
 Alós Manrique, C., 114
 Altaba Barceló, A., 122
 Altés Boronat, A., 136, 137, 196, 197, 198, 199, 252
 Alvarado Montesdeoca, M., 195
 Alvarado Tato, A., 248
 Alvarado Torres, S., 189, 230, 235
 Álvarez Perera, A., 260
 Álvarez Álvarez, V., 191
 Álvarez Díez, M., 270
 Álvarez Díez, N., 293
 Álvarez Gregory, J., 205
 Álvarez Miralles, R., 199
 Álvarez Perera, A., 11
 Álvarez Pérez, B., 194
 Álvarez Pérez, I., 293, 294
 Álvarez Rodríguez, M., 183, 188, 236
 Álvarez Suárez, L., 260
 Álvarez Torices, J., 294
 Álvarez Tutor, E., 215
 Álvarez Tutor, J., 215
 Álvarez Vigil, I., 204
 Álvaro Meca, A., 275
 Amenábar Asurmendi, M., 161
 Amorós Brotons, M., 252
 Andérica Alejo, E., 143
 Andrea Riba, R., 180
 Andrés Francés, M., 214
 Andreu Alcover, R., 184, 222, 223, 237, 240, 246, 251
 Andreu Oliete, I., 165, 180, 208, 209
 Ángel Barba, I., 283
 Ángel Maquelda, R., 120
 Anguita Guimet, A., 129
 Angulo Fernández de Larrea, B., 191
 Anseldo Díaz, M., 256
 Antoja Rovira, A., 128
 Antón García, F., 112, 115, 116, 158, 166, 256, 272, 273, 275
 Antón Sanz, M., 148, 183, 184
 Antón Tavira, N., 127, 148
 Anza Aguirrezabala, M., 145
 Aparicio Egea, M., 202
 Aparicio García, F., 218, 220, 221
 Arana Alonso, E., 169, 226, 227, 228, 230, 231, 234
 Arana Madariaga, A., 212
 Arana Torras, M., 167, 189, 278
 Aranda Lara, F., 211
 Arbesu Prieto, J.A., 68
 Arco Luengo, A. del, 188
 Arenas Alcaraz, J., 133, 257
 Areny Ribera, T., 168
 Ares Dios, A., 152, 244
 Arias Pagán, E., 176, 177
 Ariza Copado, C., 138
 Ariza Mejía, M., 275
 Armengol Arxé, A., 254
 Armengol Badía, O., 167, 175
 Arnaiz García, G., 207, 274, 280
 Arraiza Donazar, J., 291
 Arranz Urrutia, A., 203
 Arrondo Etxabe, M., 203
 Arroniz Fernández de Gadeo, C., 208
 Arrue Eizaguirre, L., 196
 Arrufat Nevot, A., 214
 Artilles Curbelo, C., 271
 Artilles Pérez, R., 129
 Artuñedo González, A., 233
 Asensi Blanch, A., 165
 Asensio García, M., 166
 Asín Soto, J., 157
 Aspas Lartiga, C., 262, 298
 Assaf Assaf, Y., 161

- Astorga Molina, N., 283, 291
 Astorgano de la Puente, C., 309
 Atallah González, M., 152, 244, 245, 249
 Avalos Galán, E., 245, 246, 247, 248, 250
 Avellaneda Fernández, A., 170
 Ávila Ballesteros, M., 222
 Aviñó Fabra, N., 205
 Ayala Maqueda, M., 146
 Ayensa Calvo, J., 251, 285, 298, 304, 305, 306
 Ayllón Ayllón, J., 200
 Azcárate Bang, M., 263, 288, 289, 290, 300, 308

 Baca Osorio, A., 113
 Baeza Zanella, E., 186
 Balbo Gómez, J., 131
 Balbuena Rodríguez, M., 118
 Balfagón Gandoy, S., 266
 Ballesteros Álvarez, P., 118
 Ballesteros Pérez, A., 131, 169
 Baltuille Aller, M., 238
 Baqués Cavallé, T., 187
 Barba Martínez, J., 269
 Barba Miñano, M., 268
 Bárcena Fernández, A., 214, 286
 Barco López, M., 164, 167, 184, 186, 206, 221, 240, 247, 251
 Barquilla García, A., 125
 Barragán González, M., 160
 Barranco Domínguez, I., 236
 Barranco Moreno, M., 218, 220, 221
 Barreno Esteve, A., 202
 Barreno Hernández, A., 210
 Barrios Alonso, V., 121, 122, 132, 194
 Barro Lugo, S., 158, 159
 Basteiro Montouto, L., 277
 Baulenas Perellada, D., 135
 Bautista Gali, L., 117
 Bautista Moya, J., 153
 Beardo Alonso, M., 248
 Beato Fernández, P., 122, 124, 140
 Bella Nieto, R., 190
 Bellmunt Bardas, J., 190
 Bello Larrarte, E., 204
 Beltrán Pérez, M., 296
 Benítez Nieblas, A., 138, 198
 Benítez Rabagliatti, M.E., 60
 Benítez Rivero, J., 135, 136
 Benito Justel, A., 280
 Benito Lozano, M., 134, 135
 Benito Ruiz, B., 281
 Beramendi Garcíandía, F., 264, 271, 279, 291, 301
 Berengue González, A., 122
 Berenguer Blay, J., 148, 295, 302
 Bermejo Cacharrón, Y., 168
 Bernad Vallés, M., 280
 Bernal Rodríguez, M., 304
 Berrade Goyena, N., 169, 226, 227, 228, 230, 231, 234
 Bertolín Arnau, A., 180
 Bes Franco, A., 262
 Besa Castellá, M., 208, 209
 Betancort Mastrangelo, C., 202, 210
 Bibiano Aguirre, C., 166, 175
 Blanco Bruña, C., 273
 Blanco Iglesias, M., 127
 Blanco Rodríguez, R., 164
 Blanco Tarrío, E., 52, 145
 Blasco Lacambra, Y., 220
 Bobadilla Paredes, J., 132
 Bode, B., 123
 Boné Amela, J., 212
 Bonet Linero, F., 135
 Bonet Salinas, T., 208, 209
 Bonich Juan, R., 183, 188, 236
 Bonillo Gómez, A., 184, 194
 Bordalba Layo, M., 164, 167, 186, 206, 221, 247
 Borlán Ansón, S., 262
 Borrachero Guijarro, J., 138
 Borrás Alborch, M., 115, 159
 Borrás Calvo, A., 129, 164
 Borraz Ordaz, C., 280
 Borrell, E., 122
 Borrull Povill, J., 177
 Bou Barba, V., 126
 Bozhenko Kozhushko, M., 130
 Brenes Bermúdez, F.J., 74, 122, 258
 Briones, T., 123
 Brito Rodríguez, P., 142
 Brugos Larumbe, A., 143
 Brun Alonso, B., 219
 Buendía Carrillo, V., 229
 Buendía Marín, D., 143
 Bueno Dorado, F., 157
 Buezo Reina, I., 149, 168
 Buill Cosiales, P., 143
 Bujalance Zafra, M., 120
 Burgazzoli Samper, J., 142
 Burgo Bravo, M., 173
 Burgos Custardoy, A., 299
 Burgos Gómez, G., 190, 191
 Bustamante Marcos, P., 301
 Busto Sagrado, J., 196
 Buxadé Martí, I., 284

 Caamaño Troitiño, A., 263
 Caballero Borrego, M., 178
 Caballero Vallés, P., 121
 Cabello, R., 131
 Cabeza Mora, A., 142
 Cabrera González, J., 96
 Cabrera Mateos, J., 159, 161, 163, 167, 172
 Cabrerizo Egea, M., 139
 Cadenas Martín, R., 171, 185
 Cadenas Romero, I., 286
 Calderón Montero, A., 23, 194
 Calles Hernández, L., 166, 175
 Callis Privat, M., 197
 Calpe Mayayo, J., 201
 Calvo Aguiriano, I., 293
 Calvo Doblado, M., 197
 Calvo Godoy, M., 164, 167, 186, 206, 220, 221
 Calvo Gómez, C., 119
 Calvo Rosa, E., 183, 188
 Calvo Rosa, M., 136, 199, 252
 Calvo, E., 203, 213
 Calzado Sánchez-Elvira, C., 127, 148
 Camareno Palacios, J., 205
 Camargo Ángeles, R., 139
 Camats Escoda, E., 253
 Campillos Páez, M., 118, 152, 154, 161
 Campo Alegría, L., 295, 300
 Campos Aguilera, A., 183
 Campos Rodríguez, J., 132, 165, 166, 174
 Cancelo Hidalgo, M., 122
 Candela Blanes, A., 127
 Cantalapiedra Caicedo, C., 168
 Cantero Gómez, X., 172
 Cantillo Gutiérrez, A., 262
 Cañada Merino, J.L., 40
 Caparrós, J., 135
 Capdevila Andreu, M., 203, 204
 Caracach Salami, D., 252
 Carbó, S., 241, 243
 Carbó Queralto, A., 192, 242, 244
 Carbonell Franco, F., 175, 225
 Cárceles Jurado, S., 201
 Cardona Egea, M., 142, 201
 Carmona Alférez, R., 141
 Carmona Segado, J., 125, 126, 169, 178
 Carpio López, M. del, 151, 266, 267
 Carramiñana Barrera, F., 125
 Carrasco Carrasco, E., 132
 Carrasco Rodríguez, A., 141, 169, 179
 Carratala Huesa, R., 142, 144
 Carrechar Salvador, E., 272
 Carrera Clota, J., 189
 Casabán Folgado, M., 275
 Casado Blanco, M., 50
 Casado Galindo, E., 145
 Casajuna Brunet, E., 168
 Casal Méndez, L., 283, 287
 Casals Beistegui, C., 136, 137, 197, 198, 252
 Casals Sánchez, J., 172
 Casals Vázquez, C., 172
 Casanueva Fernández, B., 173
 Casas Aranda, I., 143
 Casero Fernández-Montes, A., 238
 Casquero Romero, S., 140
 Casquero Ruiz, R., 66
 Castañeda Sánchez, J., 290, 292, 294
 Castañón Ordóñez, B., 170
 Castelao Garcena, L., 295, 300
 Castellote Petit, A., 124, 266
 Castiblanque Ballesteros, C., 146
 Castillo Díaz, E., 307
 Castillo Galindo, J., 169
 Castillo Herrera, L., 287
 Castillo Lizarraga, M., 263
 Castro García, Y., 11, 259
 Castro Neira, M., 264, 271, 279, 291, 301
 Catalá Coll, J., 167
 Catalán Macián, J., 273
 Cátedra Castillo, B., 288, 289, 290, 300, 308
 Cauqui Lende, C., 284
 Cazorla Hernández, B., 11
 Cejas-Fuentes Padrón, F., 172, 195, 199
 Celada Rodríguez, A., 138, 139
 Cenoz Osinaga, J., 143
 Cerdán Oliver, M., 138, 139

- Cerdán Pascual, R., 225
 Cerecedo Guillán, M., 209
 Cerrato Rodríguez, M., 116, 117
 Chacón Toledano, J., 160
 Chaparro Cardozo, R., 214
 Chicharro Manso, P., 307
 China Coello, N., 173
 Cieza Rivera, A., 293, 294
 Cinza Sanjurjo, S., 119, 120
 Ciurana Tebé, M., 174, 216
 Civantos Fuentes, E., 60
 Civit Ramírez, M., 121
 Clanchet Aisa, T., 201
 Claramunt Mendoza, J., 121, 233
 Claramunt Pérez, M., 124
 Clemos Matamoros, S., 204, 251, 282, 285, 286, 296, 297, 298, 299, 303, 304, 305, 306
 Cobaleda Polo, J., 119
 Coco Alonso, P., 113
 Coco Martín, R.M., 110
 Cojocariu, Z., 271, 301
 Colás Sanz, J., 165
 Colignon, M., 12
 Colomé, I., 165
 Cols Sagarra, C., 124, 266
 Coma Carbó, R., 174
 Coma Roura, R., 160
 Comas Samper, J.M., 3, 80, 125
 Comín Junquera, J., 142, 182, 188, 201
 Company Sancho, M., 143
 Conejos Miquel, M., 208
 Contin Pescacén, M., 169, 226, 227, 228, 230, 231, 234
 Cordera Puebla, P., 154
 Cordero Guevara, J., 191
 Coronel, P., 12
 Corral Rosado, S., 113, 117
 Correa Stañ, M., 228, 229
 Correcher Salvador, E., 116, 158, 256, 273
 Cortés Carminal, N., 114
 Cortés Martínez, J., 233
 Cortés Pérez, P., 194
 Costa Atienza, E., 160, 169, 197, 214, 286
 Costa Rovira, A., 169
 Cova Díaz, I., 154
 Cristóbal Torras, J., 149
 Cruz Arnés, M., 307
 Cruz Doménech, J., 135
 Cuadrado Sanguino, F., 205
 Cubides Núñez, A., 116, 158, 256, 272, 273
 Cuenllas Díaz, A., 122
 Cuevas Fernández, F., 258
 Curiel Graciano, S., 258, 259
 Curiel Martos, M., 186
 Curto Romeu, C., 177, 178
 D´Lacoste Farre, M., 153
 Danalia Pérez, O., 121
 Darkaoui, S., 270
 Daryanani, J., 172
 Dastis Bendala, C., 273
 Delgado Benítez, M., 167, 172
 Delgado Martín, P., 163
 Delgado Martínez, A., 212
 Delgado Valera, M., 154
 Déniz Saavedra, V., 12
 Descals Singla, E., 174, 216
 Deza Pérez, M., 291
 Díaz, G., 131
 Díaz Alboreda, A., 229
 Díaz Barroso, A., 128, 138, 140
 Díaz Grávalos, G., 257
 Díaz Hernández, M., 171, 185
 Díaz Hoyos, R., 120
 Díaz Lara, M., 296
 Díaz Ortiz, S., 238
 Díaz Peña, G., 260
 Díaz Rodríguez, A., 54, 122, 144, 260
 Díaz Ruíz, J.F., 38, 39
 Díaz-Maroto Muñoz, J.L., 69
 Diego Lourenco, M., 188
 Diego Sierra, D. de, 140, 253
 Díez Cagigal, R., 45
 Díez Espino, J., 143
 Díez Vigil, J., 261, 273
 D´Lacoste, Farréa, M., 240, 244
 Doiz Arriazu, R., 118, 179
 Doiz Ruiz, M., 179
 Domene Martí, N., 171, 185
 Doménech Cid, Y., 177, 178, 191
 Domínguez Barcelona, L., 291
 Domínguez Bencomo, M.I., 10
 Domínguez Fernández, A., 195
 Dorado Pombo, M., 121
 Drak Hernández, Y., 258
 Ducet Texeira, H., 285
 Dus, R., 269
 Echave Ceballos, P., 156
 Egea Fernández del Pina, S., 181
 Elvira Martín, J., 201
 Escamilla Pérez, R., 261, 273
 Escardó Font, C., 266
 Escobar Álvaro, L., 134
 Escobar Oliva, A., 182
 Escobedo Espinosa, F., 138, 140
 Escoda Mingot, J., 167, 170, 175
 Escribano, G., 247
 Escribano Romo, G., 245, 247, 248, 250
 Escribano Serrano, J., 125
 Esparza Otero, T., 160
 Esparza Pérez, E., 176
 Espi Martínez, F., 145
 Espina Ordeig, J., 286
 Espinel Padrón, Z., 60
 Espinola Morel, V., 274
 Espinosa Martínez, J., 119
 Espuga García, M., 204
 Esquerri Tuñi, E., 197
 Esquivias Campos, M., 200
 Esteban Redondo, E., 132, 176
 Esteban Roncero, J., 197
 Estelles Dasi, C., 144
 Estévez Rovira, E., 216
 Estrada Bancells, G., 114
 Estudi Octabaix, G., 157
 Expósito Rodríguez, M., 134, 135
 Expósito Martín, N., 258
 Fabá Ollé, A., 274
 Fabón Jarabo, J., 298
 Fabra Herrero, E., 223
 Fabra Noguera, A., 184, 223, 222, 224, 237, 240, 246, 251
 Fabré Folch, E., 197
 Falces Salvador, C., 180
 Fandiño Cobo, M., 9, 192, 228
 Fariña Pacheco, S., 172, 199
 Farrás i Serra, P., 212
 Farraye, M., 263, 288, 289, 290, 300, 308
 Fernández Anaya, S., 170
 Fernández Cañaveras, M., 140, 253
 Fernández Cordero, S., 213
 Fernández Crespo, M., 199
 Fernández Cuartero Rebollar, B., 123
 Fernández de Peñaranda Cervantes, A., 145
 Fernández del Barrio, M., 113, 117
 Fernández Domínguez, M., 127
 Fernández Escobar, E., 157
 Fernández Fernández, A., 133
 Fernández Galilea, C., 258
 Fernández Gutiérrez, I., 123, 174
 Fernández Letamendi, T., 281
 Fernández López, P., 190, 191
 Fernández Martínez de Alegría, C., 143
 Fernández Martínez, R., 191
 Fernández Melián, P., 173
 Fernández Olivas, M., 206
 Fernández Perea, F., 153
 Fernández Punset, D., 217, 254
 Fernández Rodríguez, V., 283, 287
 Fernández Rosa, A., 113, 117, 171
 Fernández Sáez, J., 200
 Fernández Soler, C., 211
 Fernández Villaverde, J., 112
 Fernández Yebra, E., 184
 Fernández Yera, P., 153
 Fernández-Cuartero Rebollar, B., 174
 Ferrer Armengou, L., 307
 Ferrer Costa, J., 205
 Ferriz Díaz, M., 131
 Ferriz Villanueva, G., 115, 159, 160
 Fierro González, D., 144, 260
 Figuera Wichman, M. de la, 194
 Fisa Aregall, M., 187
 Flayed Beneyto, S., 182
 Fleitas Sosa, M., 195
 Flores Grande, Y., 146
 Flores López, A., 113, 117
 Flores Meneses, L., 210
 Flores Muxi, P., 197
 Flores Torrecillas, J., 132, 176
 Fómez Bernal, F., 117
 Foncubierta Fernández, A., 205
 Fonseca, V., 124
 Font, B., 277
 Font Pallarés, J., 162
 Font Ramos, B., 121
 Font Sala, A., 209
 Font Torres, C., 206
 Fontana Gago, E., 157

- Fontdecaba Rigat, E., 2651
 Fontenla Devesa, L., 129
 Fontoba Ferrándiz, J., 145
 Forcada Arcarons, A., 160, 169, 214
 Forcada Vega, C., 211
 Fortea López, J., 124
 Fraga García, A., 190
 Fraga González, C., 127
 Fragua Gil, M., 187, 214
 Franch Nadal, J., 186
 Franco Alonso, A., 178
 Frías Garrido, X., 135
 Frías Iniesta, J., 5
 Frías Rodríguez, J.F., 90, 119
 Fuente Madero, J. de la, 211, 215
 Fuentes Pulido, M., 296
 Fuentes Riaza, M., 184, 194
 Funcia Barrueco, A., 280
 Furquet Tudela, M., 114
- Gabilán Martínez, F., 135
 Gago Bustamante, M., 170
 Gainza Sansebastián, R., 161
 Galán Urbano, M., 163
 Galdós Ruiz, M., 194
 Galdós Tangüis, H., 174
 Galén Urbajo, M., 156
 Gallego Berciano, P., 141
 Gallego Cabrera, M., 113
 Gallego Vigil, L., 257
 Galonge Cordovilla, R., 172
 Gálvez Cañamaque, E., 123, 166
 Gálvez Esquinas, A., 60
 Gálvez Mateos, R., 145
 Gambús, G., 277
 Gámez Lomeña, C., 120
 Garber, A., 123
 Garcés Egea, G., 143
 Garcés Resa, J., 226, 227
 García Álvarez, S., 263
 García Barrio, I., 117, 133
 García Borreguero, D., 203, 213
 García Brión, B., 164
 García Castillo, O., 188
 García Cruz, E., 81
 García Esteve, L., 241
 García Font, M., 174
 García García, L., 275
 García García, M., 144, 275
 García Garrido, A., 295, 300
 García Garrido, I., 119, 192
 García Garrigues, A., 132
 García Jordán, C., 165, 278
 García Junquera, A., 186
- García Lerín, A., 213
 García Lillo, M., 166
 García López de la Osa, I., 193
 García López de la Osa, M., 166
 García López-Durán, J., 119, 192
 García Mantilla, S., 178
 García Marín, M., 153
 García Marrero, M., 258
 García Matarín, L., 23, 119
 García Merino, M., 205
 García Moreno, R., 157
 García Muñoz, M., 192, 217, 241, 242, 243
 García Palacios, M., 268, 269, 307
 García Panyella, M., 138, 140
 García Pérez, R., 157
 García Pino, G., 157
 García Pleyán, S., 186
 García Quevedo, E., 279
 García Rico, G., 296
 García Rodríguez, D., 260
 García Román, J., 202
 García Romero, D., 17
 García Serrano, M., 165
 García Shimizu, P., 139
 García Subirats, I., 174
 García Vallejo, O., 213
 García Vicente, J., 142
 García Virosta, E., 83, 185
 García-Giralda Ruiz, L., 143
 García-Norro Herreros, F., 260
 Garijo Martínez, A., 146
 Garrido Garrido, E., 119, 192
 Garrote Florencio, T., 119
 Garrote Peñuelas, M., 118
 Garzón Fernández, J., 189
 Gas Pérez, E., 221
 Gaspar Lasanta, A., 184
 Gata Maya, M., 262
 Gay López, J., 183
 Gentille Lorente, J., 177, 178, 191
 Ges Vázquez de Castro, M., 139
 Gibert Sans, M., 169, 179
 Gil Castellano, J., 207
 Gil de Miguel, A., 275
 Gil Hidges, E., 245, 246, 247, 248, 250
 Gil Nieves, A., 187
 Gil Prieto, R., 275
 Guillermo Ruberte, A., 226
 Giménez Basallote, S., 91, 164, 274
- Giménez Bayá, T., 138, 140
 Giménez Gómez, N., 149
 Giné Badía, M., 142, 201
 Ginel Mendoza, L., 120, 128, 141
 Giráldez Martínez, P., 129
 Giraudo Stabio, M., 211
 Girela López, V., 190
 Girona Amores, A., 114, 128, 131, 171, 186
 Gironés Bredy, C., 134, 135
 Gispert Ametller, M., 216
 Godoy Bugallo, I., 197
 Godoy García, I., 154
 Gomáriz García, J.J., 69
 Gómez Álvarez, A., 211, 211, 215
 Gómez Cabañas, I., 163, 235
 Gómez Cid, R., 197
 Gómez Durán, M., 275
 Gómez Gálvez, C., 140
 Gómez Gras, A., 17, 127, 148
 Gómez López, M., 114
 Gómez Lumbreras, A., 126
 Gómez Martínez, M.L., 96
 Gómez Martínez, V., 96
 Gómez Molleda, F., 147
 Gómez Moraga, A., 156
 Gómez Portela, J., 181
 Gómez Rodríguez, M., 156
 Gómez Ruiz, C., 284
 Gómez Saldaña, A., 186
 Gómez Valdés, M., 156
 Gómez Vázquez, J., 112
 Gómez-Pamo Guerra del Río, F., 26
 Gontreas Cabrejas, G., 194
 Gonzálbez Morgaez, J., 181
 González, I., 241
 González Amaya, S., 199, 248
 González Ares, J., 189, 278
 González Barbero, E., 211
 González Béjar, M., 73
 González Berbería, C., 131
 González Campos, S.J., 60
 González de Juan, M., 207
 González Díaz, A., 173
 González Gago, A., 249
 González Gamarra, A., 123, 132, 174, 278
 González García, I., 11, 259
 González Gómez, M., 298
 González Góngora, A., 261, 273
 González González, I., 262
 González González, J., 142
 González Hernández, M., 166, 175, 193
- González Hurtado, J., 266, 267
 González Irigoyen, M., 155, 168
 González Juanatey, J., 181, 182
 González Llorente, V., 184
 González Losada, J., 259
 González Marín, E., 280
 González Martín, C., 172, 195, 199
 González Martínez, C., 289
 González Martínez, M., 166
 González Medina, M., 167, 175
 González Merayo, M., 309
 González Navarro, M., 240
 González Pérez, F., 202
 González Pernía, J., 38, 39
 González Ramos, O., 168
 González Rasillo, A., 191
 González Rodríguez, C., 13
 González Romero, J., 285, 302
 González Sanz, G., 225, 236, 252, 253
 González Torga, A., 139
 González Vilchez, A., 119
 González Wellens, N., 177
 González-Segura, D., 121
 Gonzalo García, C., 151, 266, 267
 Gonzalvo Orero, C., 167, 168, 170, 175
 Gorgot Lázaro, R., 208, 209, 291
 Górriz Hernando, A., 284
 Górriz Teruel, J., 132
 Gosalves Mariño, I., 180, 231
 Gracia López, C., 225
 Gracia Roche, C., 236, 252, 253
 Gracia Tirado, A., 131
 Gragera García, I., 262
 Gragera Vara, M., 119
 Grande Trujillo, M., 176
 Gras Miguel, M., 165
 Gregori Romero, J., 142, 144
 Grifols Ronda, M., 212
 Grupo de Trabajo RCV, 133
 Guada Rodríguez, P., 195
 Guasch Villanueva, M., 162, 163
 Güell Parnau, S., 232
 Guerra Hernández, I., 192, 229
 Guerra Hernández, M.I., 9
 Guerra Jiménez, F., 262
 Guerra Páez, R., 202

- Guijarro, C., 181, 182
 Guillamón Gifré, M., 189
 Guillermo Ruberte, A., 231
 Guillén Ardid, R., 155
 Guillén Cavas, F., 176
 Guillén Grima, F., 143
 Guillermo Ruberte, A., 169, 227, 228, 230, 234
 Guridi Garitaonandia, M., 196
 Gurruchaga Zabala, I., 209
 Gutiérrez Angulo, M., 133, 204
 Gutiérrez Cabanas, M., 233
 Gutiérrez Pérez, A., 143
 Gutiérrez Raso, G., 213
 Gutiérrez Riquelme, F., 159, 163
 Guzmán Bonilla, M., 142, 201
 Guzón Centeno, M., 123, 166, 174, 277

 Held, H., 133, 257
 Henríquez Perera, D., 159, 161, 163
 Heredia León, O., 171, 185
 Hermida Ameijeiras, A., 119
 Hernández, R., 281
 Hernández Abril, J., 156
 Hernández Bacardit, A., 284
 Hernández Beltrán, I., 138, 198
 Hernández Betancort, N., 202, 210
 Hernández Casero, L., 155
 Hernández de Antonio, A., 139
 Hernández Espinosa, M., 271
 Hernández Galindo, M., 118, 179
 Hernández Hernández, B., 195
 Hernández Hernández, C., 172, 199
 Hernández Hernández, E., 142, 144
 Hernández Jacas, G., 217
 Hernández Lozano, P., 215
 Hernández Monroy, A., 143
 Hernández Ontiveros, H., 245
 Hernández Palomar, A., 151, 266, 267
 Hernández Pérez, A., 175
 Hernández Pérez, S., 210
 Hernández Ribera, M., 174, 216
 Hernández Rivera, M., 119
 Hernández San Luis, G.A., 11
 Hernández Sanabria, F., 192
 Hernández Tuda, C., 28
 Hernández Úrculo, J., 70
 Hernández Velasco, M., 152, 244
 Hernando Ortiz, L., 267, 297
 Hernando Román, C., 249
 Hernando Suárez, G., 202
 Herranz Fernández, M., 125, 126, 169, 178, 223, 224, 235, 244
 Herrera Castanedo, S., 173
 Herrero Alonso, C., 235, 244
 Herrero Antón, R., 126
 Herrero Gil, M., 172
 Herrero López, M., 236, 252, 253
 Herrero Suárez, A., 164
 Herreros Herreros, Y., 180, 209
 Hidalgo Carballal, A., 38, 39
 Hidalgo Escribano, M., 202
 Hidalgo García, J., 205
 Hidalgo Requena, A., 36, 257
 Hinchado Caballero, G., 256
 Hinojosa Bareas, G., 284
 Hoyos Llorente, M. de, 174, 278
 Hubner la Torre, J., 158, 159
 Hurtado Capalvo, B., 141
 Hurtado Madrona, H., 120
 Hurtado Mendoza, J., 274, 278
 Hurtado Pérez, M., 215

 Ibáñez Casaña, M., 175
 Ibáñez Echeverreía, M., 121
 Ibars Cervera, M., 160
 Ibero Esparza, C., 279
 Ibero Villa, J., 173
 Iglesias Girón, M., 258
 Iglesias Papadopoulou, S., 165, 277
 Iglesias Pérez, O., 142
 Iglesias Rodríguez, V., 301, 306
 Illescas Díaz, B., 277, 278
 Innocente Carvelli, A., 264
 Iñiguez de Cirano Landa, A., 165
 Iñiguez de Onzoño, F., 200
 Iraola Sierra, B., 133, 204
 Ireretagoiena Amiano, J., 196
 Isnard Blanchar, M., 183, 188
 Iturralde Iriso, J., 83, 160, 164, 165, 184, 185, 205, 207, 274, 275, 276, 278, 280
 Izquierdo Martínez, M., 170
 Izquierdo del Reino, C., 140, 253
 Izquierdo Martínez, M., 128

 Jaso López, A., 208
 Jauregui Cambra, A., 203
 Jáuregui García, M., 161
 Jiménez Castillo, M., 140
 Jiménez Covarrubias, M., 298
 Jiménez de la Cruz, M., 118
 Jiménez González, J., 134
 Jiménez González, M., 211
 Jiménez Maroto, M., 169
 Jiménez Martínez, J., 265, 292
 Jiménez Mena, C., 175
 Jiménez Paredes, F., 125
 Jiménez Pascua, T., 211
 Jiménez Ramírez, C., 169
 Jiménez Rodríguez, M., 33
 Jiménez Veintemilla, M., 279
 Jodar Gimeno, E., 1
 Jodra Pérez, J., 151
 Juan Ezquerria, S., 165, 172
 Juan Prego, J. de, 277
 Juanós Lanuza, M., 302
 Julián Viñals, R., 163, 235
 Juncadella i Puig, M., 212
 Junquera Méndez, D., 161
 Jurado López, A.R., 105
 Jurado Toro, A., 140, 253
 Justribó Fortón, T., 218, 220, 221
 Juvanterny Ginebra, D., 197

 Kirchheimer, Z., 308

 Labajo, R., 187
 Laborda Ezquerria, R., 172
 Lacasta Tintorer, D., 182, 188
 Lado López, M., 112
 Lafarga Giribets, A., 302
 Lafarga Giribets, M., 204, 206, 239, 241, 253
 Lahoz, R., 277
 Lajara Latorre, F., 195
 Lallana Montero, S., 201
 Landa Ramírez, D., 280
 Landeo Fonseca, A., 282, 286, 297, 305
 Lara Farfante, M., 200
 Larrosa, O., 203, 213
 Larrosa Sáez, P., 117
 Lasanta Barrero, M., 200
 Lasso de la Vega Martínez, M., 278, 280
 Laudo Tesan, F., 208, 298
 Lechuga Muñoz, M., 200
 Ledesma Serrano, C., 159
 Lemus Mederos, O., 159, 161, 163
 León Espinosa, M., 288
 León Estella, A., 162, 163
 León Luis, S., 11
 León Méndez, E., 117
 Lesmes González, J., 154, 161
 Liberman, J., 202
 Lilova Lilova, G., 287
 Linares Figallo, J., 134
 Linares Morales, L., 146
 Linares Rufo, M., 138, 198
 Liste Salvador, V., 160
 Lladó Blanch, M., 128, 130, 131, 133
 Llamas Quintana, G., 170
 Lleal Barriga, C., 149
 Lledó Fillol, I., 175
 Llisteri Caro, J.L., 80, 121, 122, 132, 133
 Llobell Bertomeu, V., 156, 162
 Llopis Marin, J., 143
 Llorens Vercher, R., 141
 Llosa Ventura, J., 2316
 Lluch Martínez, R., 133
 Lluch Suriol, L., 170
 Lobato Fuertes, C., 294
 Lomba García, B., 155
 López Aguilera, M., 140
 López Alegria, C., 268, 307
 López Carbajo, M., 270
 López Chamón, S., 66
 López Córdoba, M., 167, 189, 190, 278
 López Corral, F., 276
 López de la Iglesia, J., 213
 López de la Pedraja, E., 159
 López de Viñaspre Muguerza, I., 165
 López Díaz, M., 138, 198
 López Díaz-Ufano, M.L., 81
 López Gallego, M., 256
 López García, S., 114
 López Hernández, B., 151
 López Herranz, A., 225, 236, 252, 253
 López Herrero, L., 270

- López Lanza, J., 156, 170
 López López, F., 168, 193
 López López, I., 259
 López Martí, E., 124, 236
 López Paz, J., 119
 López Pineda, A., 119
 López Piqueres, M., 190
 López Ríos, J., 151
 López Silva, C., 238
 López Silva, M., 192, 204
 López Simarro, F., 124, 125, 266
 López Somoza, M., 119
 López Tornero, R., 132
 López Vila, C., 217
 López-Marín, V., 136
 López-Marina, V., 124
 López-Táppero Irazábal, L., 288, 300
 Lorenzana Cárdenas, L., 201
 Lóriz Peralta, O., 114, 171, 259
 Losada Doval, G., 122
 Lozano, J., 181, 182
 Lozano Bueno, C., 265, 292
 Lozano Fernández, T., 166, 278
 Lozano Valdivieso, M., 118
 Lucas Cañabate, S., 146
 Luelmo Aguilar, J., 243
 Luelmo Buitrón, E., 85
 Luengo Montes, R., 119
 Luis Ruiz, C., 259
 Luna Omaña, C. de, 285
 Luque Barea, M., 135
 Luque Coto, M., 205
 Luque González, J., 135, 167, 189, 190, 278
 Luz Gómez, M., 95, 96
- Madan Pérez, M.T., 9
 Madrid Sánchez, E., 228
 Madrid Valls, M., 239
 Maestre Quirol, D., 157
 Magaña Ruiz, G., 189
 Mahmoud Atoui, O., 144, 260
 Mahtani Chugani, V., 44
 Mahtani Frugani, V., 13
 Malagón Caussade, F., 258
 Maldonado Aubians, R., 285
 Maldonado Herrada, R., 146
 Malo Guillén, J., 189
 Maltseva, A., 280
 Mamini, F., 126
 Mampell Díaz, C., 200
 Mancera Romero, J., 113, 114
 Manclús Montoya, L., 140
- Manglano Pintó, P., 166, 193
 Manso López, D., 152, 161
 Manzanera Escartín, R., 129
 Manzano García, M., 270
 Manzano Prado, E., 136, 137, 198
 Maranges Comella, M., 197
 Marañón Henrich, N., 238
 March Berlinches, M., 190
 Marconcini, C., 138, 140
 Marcos Aldea, , 222
 Marcos Aldea, G., 184, 237, 240, 246, 251
 Mari López, A., 302
 Marí Silva, M., 258
 Marín Muñoz, J., 192
 Marín Murillo, P., 172
 Marín Ramos, P., 240
 Markthaller, M., 258
 Mármol Puy, J., 131
 Maroto Martínez, E., 196
 Márquez Alonso, C., 272
 Márquez González, J., 260
 Márquez González, J.C., 11
 Marta Becerra, V., 197
 Martí Canales, J.C., 90
 Martí Grau, D., 129
 Martí Martínez, M., 235, 244
 Martí Mas, S., 197
 Martí Vilà, M., 210, 229, 234
 Martín, T., 123
 Martín Andrade, N., 177, 178, 191
 Martín Cabrera, F., 134, 135
 Martín Cardenal, N., 258
 Martín Casquero, T., 268, 269, 307
 Martín Correa, E., 129, 141, 164
 Martín García, I., 189, 191
 Martín García, J., 177
 Martín Herruzo, A., 213
 Martín Iglesias, R., 195
 Martín Lema, I., 207
 Martín Martínez, M., 141
 Martín Miguel, V., 239, 241, 253
 Martín Pascual, I., 208
 Martín Pelayo, S., 301, 306
 Martín Pérez, P., 16, 104
 Martín Soto, S., 176
 Martín Tamayo, R., 131
 Martincano Gómez, J.L., 58
 Martínez, H., 139
 Martínez Altarriba, M.C., 48, 157
 Martínez Bonete, J., 144
 Martínez Campos, R., 205
 Martínez Céspedes, J., 239
 Martínez Deben, F., 277
- Martínez Fernández, M., 295, 302
 Martínez Ferris, O., 140
 Martínez González, I., 140, 253
 Martínez Gorostiaga, J., 275, 276
 Martínez Grandmontagne, M., 165, 277, 278
 Martínez Isern, E., 162
 Martínez Madagan, R., 129
 Martínez Martín, F., 127
 Martínez Martínez, N., 131
 Martínez Milián, J., 291
 Martínez Nieto, F., 202
 Martínez Orúe, I., 191
 Martínez Pastor, A., 181
 Martínez Pérez, M., 302
 Martínez Pérez, N., 213
 Martínez Prats, E., 83, 85, 197
 Martínez Ques, F., 225
 Martínez Roca, A., 131
 Martínez Soldevilla, J., 253
 Martínez Vicente, M., 137, 196, 197
 Martínez Zaguirre, M., 169, 179
 Martini, K., 153
 Mas Lacave, A., 205
 Masamunt Paris, M., 153, 244
 Mascort Nogué, C., 217, 254
 Mateo Pa, 235
 Mateo Pascual, C., 189, 230
 Mateo Pascual, M., 163
 Mateos García, R., 194
 Mateu Carralero, B., 214
 Matey González, I., 195
 Matilla, I., 208
 Matito Celaya, S., 256
 Matos Castro, S., 168
 Matos Marcos, J., 133
 Mauri Roca, S., 254
 Maúrtua Briseño-Meiggs, A., 267, 297
 Mayoral Sanz, P., 203, 213
 Mayorgas Mayorgas, M., 137, 196, 198
 Mederos Montesdeoca, J., 202
 Mediavilla Bravo, J., 22, 107, 125
 Mediavilla Tris, G., 164, 165, 207, 274, 275, 276, 278, 280
 Medina, G., 247
 Medina Hernández, M., 205
 Medina Peralta, M., 133
 Medina Sampedro, G., 123, 132, 247, 248, 250
- Medina Sanpedro, M., 245, 246
 Medrano Ortega, A., 211
 Mejía Ganoza, I., 219, 232
 Membrilla Pastor, S., 143, 155
 Menacho Pascual, I., 129
 Mendaza de la Hoz, J., 160
 Méndez Mesón, I., 74
 Méndez Montesinos, J.R., 13
 Mendi Melota, C., 155
 Mendo Giner, L., 208, 299, 303, 304, 305
 Mendoza Luzardo, M., 159, 163
 Menéndez Piquero, M., 133
 Menéndez Puigalli, J., 141
 Mera Cordero, F., 157
 Mesa García, J., 11
 Mesa González, S., 113
 Mesa Sánchez, S., 128
 Mestre Llop, I., 126
 Miguel Ibáñez, B. de, 204
 Millán, J., 181, 182
 Milán Fernández, A., 128
 Milán Ibáñez, R., 191
 Millán Rusillo, T., 105
 Mingarro Lago, N., 195
 Mínguez Cebrián, M., 166
 Mingueza Lázaro, M., 136, 197, 198
 Minniti, C., 144, 260
 Mir Ruiz, J., 146
 Miralles Piñeyro, M., 181, 219, 229, 234
 Miranda Calderin, G., 261
 Miranda Vázquez, M., 114
 Miravet Jiménez, S., 124, 266
 Miravittles Fernández, M., 165
 Miskovic Karacsonyi, N., 207, 274, 275, 276, 280
 Moares de Pasos, G., 129
 Modolell Melin, B., 209
 Molina, J., 144, 247
 Molina Guasch, C., 129, 141, 164
 Molina Ramos, J., 245, 246, 247, 248, 250
 Molina Samper, M., 264, 271, 291, 301
 Molina Samper, V., 279
 Monclús González, M., 160
 Monge Gómez, J., 261, 273
 Montalbán González, C., 198
 Montalva Barra, J., 140
 Montalvillo Delgado, E., 200, 201, 209, 210, 212, 213, 214, 250

- Montella Jordana, N., 122, 136, 177, 258, 259
 Montero Alarcón, R., 287
 Montero Alía, J., 211
 Montosa Martín, F., 140
 Monzó Núñez, E., 181
 Mora Barreno, D., 274
 Morales Abad, M., 205
 Morales Barroso, I., 273
 Morales Belloso, D., 280
 Morales Dugarte, Y., 259
 Morales Espinoza, N., 266, 267
 Morales Guerra, M., 167, 189, 278
 Morales Naranjo, J., 120, 128, 141
 Moreno Abril, E., 178
 Moreno Escriba, S., 158, 159
 Moreno Gutiérrez, S., 184
 Moreno Rodés, M., 268, 307
 Moreno Sánchez, J., 169, 226, 227
 Morera, G., 12
 Morillas Ariño, C., 107
 Morón Carrillo, E., 260
 Mourelle Varela, R., 129, 141, 164
 Moya Ruiz, M., 205
 Muntión Alfaro, M., 196, 197, 198
 Muñoz, M., 123
 Muñoz Gómez, J., 162, 163
 Muñoz González, Y., 163, 189, 230, 235
 Muñoz Jiménez, H., 145
 Muñoz Membrives, O., 176, 177
 Muñoz Moreno, M., 287
 Muñoz Orti, G., 121, 276
 Muñoz Ureña, A., 202
 Musoll Segura, J., 197
- Nadal Braqué, N., 203, 206
 Nanu, T., 192
 Nauck, M., 123
 Navajas Cuenca, M., 284
 Navalón García, E., 135
 Navarrete Durán, M., 178
 Navarro Badal, R., 187
 Navarro Brito, E., 173
 Navarro Marco, J., 116
 Navarro Osuna, J., 216
 Navarro Perán, M., 134
 Navarro Reynes, A., 222
 Navarro Vázquez, F., 44, 142
 Niang Fernández, A., 198
 Niño Azcarate, C., 300
 Niño de Azcarate, C., 263, 288, 289, 290, 308
- Niño Rodríguez, F., 288, 289, 290, 300, 308
 Noriega Bosch, C., 165
 Noves Sánchez, F., 167, 172
 Núñez, A., 275
 Nuez León, C., 142
 Núñez Cirera, J., 174
 Núñez Manrique, P., 204
 Núñez Martín, L., 287
 Núñez Vázquez, M., 270
- Obiols Torredadella, M., 284
 Ocaña López, J., 138, 139
 Ocaña Padilla, A., 183, 188, 233, 236
 Ocaña Rodríguez, D., 199
 Ocaña Rodríguez, J., 248
 Octabaix, G., 187
 Ojeda Galdón, F., 213
 Ojeda Martín, M., 24, 26
 Ojuel Solsona, J., 188
 Olasagasti Caballero, C., 124
 Olmo González, M., 201
 Olmo Quintana, V., 5
 Olmo Zamora, R. del, 213
 Oltra Carañana, C., 178
 Ordeig Villanueva, R., 284
 Oria López, E., 132
 Oriola Sánchez, M., 169
 Oroquieta Villanueva, M., 212
 Orozco-Levy, M., 260
 Ortega Bravo, M., 164, 167, 203, 204, 206, 218, 220, 221, 247, 302
 Ortega González, R., 235, 243, 244
 Ortega Gutiérrez, M., 169, 179
 Ortega Horrillo, M., 276
 Ortega Inclán, N., 163, 189, 230
 Orti Grifé, R., 189
 Ortiz de Saracho y Sueiro, L., 127, 148
 Ortiz Molina, J., 129
 Ortiz Oliete, O., 171, 185, 240, 244
 Orue Junguitu, A., 160
 Osorio Cidoncha, S., 157
 Otal, S., 123
 Otero, S., 144
 Otero García, J., 116, 166
 Otero Mata, M., 164
 Otero Puime, C., 205
 Otero Serra, X., 129
 Ovelar Ferrero, A., 279
- Pablos Herrero, E., 125, 126, 222, 223, 224, 237, 240, 246
 Pablos Velasco, P. de, 170
 Pacheco Acuña, D., 133, 257
 Pacheco López, M., 142
 Pacheco Rubio, N., 219, 232
 Padilla Martínez, A., 192
 Padrón Chao, A., 257, 259
 Padrós Soler, G., 187
 Padullers Furriols, G., 169
 Paja, M., 123
 Palacios Colom, A., 138, 198
 Palazón Selva, I., 166
 Palme Enríquez, A., 215
 Palomino Medina, M., 138, 139
 Paniagua Gómez, F., 113, 114
 Paniagua Merchán, C., 133, 257
 Panizo González, M., 249
 Panova Tzonova, D., 203, 213
 Pañart Sánchez, X., 201
 Parcet Solsona, J., 176
 Pardo Tomás, C., 127, 128, 147
 Paredes Costa, E., 218, 220, 247
 Parent Mathias, V., 282, 290, 292, 294
 Parés Ubach, M., 149
 Parés Ubach, Q., 114, 259
 Parga García, V., 112
 Parra Rivera, M., 130
 Pascual Alonso, P., 267, 297
 Pascual Fuster, V., 81
 Pascual García, Z., 254
 Pascual González, C., 114
 Pastor García, R., 166
 Paterna López, S., 225, 236, 252, 253
 Pavón López, C., 257
 Péez Llerandi, A., 250
 Peinado Guerrero, R., 149
 Pellitero Santos, A., 164, 167, 186, 206, 221, 247
 Peñate Socorro, R., 202
 Pera Blanco, G., 128, 133
 Perallón Solans, N., 126, 234
 Peralta Villedellas, B., 283, 291
 Percerisa Ramírez, M., 114
 Perede García, M., 156
 Perejón Díaz, N., 136
 Perera Rodríguez, J., 11
 Pérez Adelantado, M., 133
 Pérez Antón, S., 264
 Pérez Arellano, J.L., 15
- Pérez de la Fuente, L., 293, 294
 Pérez Feito, D., 251, 282, 285, 286, 298, 299, 303, 304, 305, 306
 Pérez Fernández, Z., 10
 Pérez García, A., 259
 Pérez García, I., 11, 258, 260
 Pérez Gómez, S., 261, 273
 Pérez Hayes, J., 12
 Pérez León, N., 131, 168, 258
 Pérez Llerandi, A., 200, 201, 209, 210, 212, 213, 214
 Pérez López, M., 57, 268, 269
 Pérez López, S., 135, 167
 Pérez Maroto, M., 169
 Pérez Martín, A., 156, 170, 173
 Pérez Martínez, R., 288
 Pérez Martínez, S., 139
 Pérez Miras, M., 181, 219, 229, 234
 Pérez Moliner, M., 172
 Pérez Morales, D., 114, 171, 186
 Pérez Morales, L.M., 1
 Pérez Olano, B., 241
 Pérez Páramo, M., 145
 Pérez Pérez, J., 172
 Pérez Pérez, M., 128, 186
 Pérez Quilez, O., 164
 Pérez Raga, C., 188
 Pérez Suárez, J., 116
 Pérez Unanua, M., 163, 189, 230, 235
 Pérez-Llombet, García, F., 173
 Pérez-Romero, J.L., 19
 Peters, S., 172, 199
 Pimienta Escrihuela, M., 258, 259
 Pinel Monge, M., 276
 Pintado de Santiago, P., 258
 Piñero Alonso, J., 248
 Piquer Farrés, N., 182, 188
 Pizarro Romero, G., 124, 136
 Plana Ripoll, O., 187
 Platero Alonso, J., 277, 278
 Plaza Martín, D., 126
 Plutzky, J., 124
 Polo Chicano, J., 140
 Polo Fernández, N., 233
 Polo García, J., 60, 122
 Polozhaev, E., 269
 Polyziadis Voulodimos, S., 151, 266, 267
 Pombo Alles, G., 62
 Pons Pons, L., 219, 232

- Porcel Ruiz, J., 205
 Porta Borges, M., 158, 159
 Portela, G., 274
 Portorreal Guerrero, W., 189
 Poveda Siles, S., 193, 240
 Pozo Montolio, M., 117
 Prada Ramírez, S., 285
 Prado Sánchez, N. del, 121
 Prego Casares, S., 274
 Prieto Flores, A., 257
 Prieto Martínez, M., 126
 Prieto Rodríguez, M., 228
 Prieto Rodríguez, R., 228
 Privat Garrido, T., 155
 Pruteanu, D., 116, 158, 256, 272, 273, 275
 Puertas Molina, S., 139
 Puig Girbau, N., 128, 130, 131, 133
 Pujades Aparicio, A., 144
 Pulido Astasio, O., 180

 Querejeta, A., 124
 Quintana Cabieces, S., 279
 Quintano Jiménez, J.A., 36
 Quirante Díaz, I., 189, 190, 191

 Rama Martínez, T., 121, 124, 136
 Ramentol Massana, I., 142, 201
 Ramírez Álamo, C., 202, 210
 Ramírez Alcántara, D., 181
 Ramírez Castillo, J., 200
 Ramírez Moreno, E., 129
 Ramírez Morilla, J., 171
 Ramírez Parrondo, R., 203, 213
 Ramírez Puerta, D., 184, 185, 205
 Ramírez Sarmiento, C., 260
 Ramírez Tirado, C., 228, 229
 Ramos Corpas, A., 211
 Ramos Pacho, M., 127
 Rangel Tarifa, M., 262
 Raya Núñez, M., 258
 Raya Rejón, A., 114, 171
 Reapelli, J., 285
 Redondo Fernández, M., 150
 Redondo Margüello, E., 58, 84, 184, 185, 205
 Reinoso Hermida, S., 257
 Requena Ferrer, R., 176
 Resina Bastidas, M., 114
 Retamero Orta, J., 113

 Reviego Jaén, G., 193
 Reviriego Jaén, G., 168
 Reyes Gómez, L., 113, 117
 Reyes Pérez, J., 119
 Reyes Ruiz, I., 113, 117
 Reyes Ruvalcaba, D., 270
 Rial Mosteiro, C., 263
 Ribas Siñol, M., 121
 Richart Rufino, M., 115, 158, 166
 Ricote Belinchón, M., 21
 Riera Nadal, N., 115, 159, 160
 Riera Torres, R., 128, 131, 133
 Riestra Fernández, A., 263
 Rijo González, S., 195
 Rincón González, C., 173
 Ríos Alonso, B., 205
 Rivas Baeza, J., 269
 Rivas Otero, B. de, 170
 Rivera Casares, F., 272
 Rivera Gómez-Arevalillo, A., 288
 Rivero Morcillo, A., 115, 159
 Rivero Sierra, B., 147
 Roberts Martínez-Aguirre, I., 289
 Ródenas Aguilar, J., 128, 149, 168, 186
 Rodero Fernández, B., 173
 Rodrigo Claverol, E., 203, 204, 206
 Rodrigo Claverol, M., 203, 204, 206, 239, 241, 253, 302
 Rodríguez Aguilera, V., 136, 137, 199
 Rodríguez Andrés, G., 249
 Rodríguez Balbuena, M., 179
 Rodríguez Benito, M., 293, 294
 Rodríguez Borges, J., 175
 Rodríguez Caastellví, F., 163
 Rodríguez Cabrera, A., 9, 192
 Rodríguez Casado, F., 162, 163
 Rodríguez Casal, P., 263
 Rodríguez Corbatón, R., 218, 220, 221
 Rodríguez Domínguez, C., 192
 Rodríguez Domínguez, C.D., 9
 Rodríguez Erice, F., 171
 Rodríguez Erice, R., 171
 Rodríguez Espinosa, F., 118
 Rodríguez Fernández, A., 207, 274, 275, 276, 278, 280
 Rodríguez Fernández, C., 192, 204, 238
 Rodríguez Fernández, E., 156
 Rodríguez Garrote, A., 213
 Rodríguez Huertas, F., 118
 Rodríguez Latre, M., 187
 Rodríguez Martínez, S., 196, 197
 Rodríguez Morató, M., 157
 Rodríguez Moreno, M., 118, 151
 Rodríguez Navarro, V., 129
 Rodríguez Penas, R., 263
 Rodríguez Pérez, A., 195
 Rodríguez Pérez, E., 209
 Rodríguez Porres, M., 200, 201, 209, 210, 212, 213, 214, 250
 Rodríguez Roca, G., 120, 122, 132
 Rodríguez Rodríguez, A., 188, 213
 Rodríguez Rodríguez, E., 200
 Rodríguez Romero, A., 140, 253
 Rodríguez Santana, J., 166, 175, 193
 Rodríguez Sanz de Galdeano, M., 208
 Rodríguez Valerón, C., 168
 Rodríguez Yoldi, M., 207
 Roig Fernández, I., 127, 148
 Roig García, A., 176, 177
 Roig Sena, F., 208
 Rojas Blanc, M., 115, 159, 160
 Rojo Cárdenas, P., 282, 290, 292, 294
 Roldán, C., 277
 Roldán García, S., 238
 Roldán Suárez, C., 194
 Romacho Canudas, M., 143, 155
 Romeri Fernández, Y., 208
 Romero, N., 260
 Romero Almenara, V., 151
 Romero Arasan, E., 125, 126, 178
 Romero Fernández, A., 152, 161
 Romero Fernández, Y., 165, 180, 209
 Romo Serral, F., 118, 151
 Rosa Carrillo, D. de la, 183, 188, 233, 236
 Rosillo Castro, D., 268, 269
 Rosique Gómez, F., 228, 229
 Rosso Manzanares, C., 278
 Roy Pérez, M., 155
 Royo Doménech, J., 117
 Royo Goyanes, L., 117
 Royo Palacio, A., 176, 177
 Rubiales Carrasco, A., 122
 Rubiato Aragón, R., 245, 246, 247, 248, 250
 Rubio Fernández, J., 161
 Rubio Gil, J., 181
 Rubio Montañés, M., 261
 Rubio Villar, M., 223, 224
 Rufino Delgado, M., 259
 Rufino Delgado, T., 259
 Ruiz de la Cuesta Martín, D., 281
 Ruiz de Loizaga Arellano, A., 207, 276
 Ruiz García, A., 133
 Ruiz Gil, E., 176
 Ruiz Huguet, N., 169, 226, 227, 228, 230, 231, 234
 Ruiz Martín, M., 219
 Ruiz Mata, G., 140
 Ruiz Paterna, J., 166
 Ruiz Peña, M., 199, 248
 Ruiz Perera, J., 129
 Ruiz Vilchez, E., 309
 Ruiznavarro Menéndez, C., 195

 Saavedra Miján, J., 116
 Sabaté Cintas, V., 184, 222, 223, 224, 237, 246, 251
 Sabatel Gómez-Román, J., 173, 178, 179
 Sacristán García, O., 186, 220
 Sacristán Tovar, M., 215
 Sádaba Insausti, J., 264
 Sáenz Calvo, A., 1
 Sáinz Beltrán, Z., 219, 232
 Saiz Cáceres, F., 180, 232
 Saiz Careaga, M., 212, 213, 214
 Saiz Careaga, T., 200, 201, 209, 210, 250
 Saiz Satges, M., 149
 Salado García, T., 267, 297, 301, 306
 Salas Martín, B., 281
 Salas Tomás, M., 166
 Saldaña de la Fuente, M., 203
 Saldías Ochandorena, J., 165
 Salgado Serrano, X., 216
 Salinas Casado, J., 122
 Salomón, N., 190

- Saludes Eri, M., 206
 Sanabria Uribe, A., 187
 Sánchez Albarracín, L., 189
 Sánchez Anglada, S., 190
 Sánchez Belmonte, S., 160, 169
 Sánchez Cabrero, L., 170
 Sánchez Calso, A., 183, 184
 Sánchez Casado, E., 280
 Sánchez Collado, R., 189
 Sánchez Colom, J., 167, 175
 Sánchez de Enciso Ruiz, M., 192, 204, 238
 Sánchez de la Nieta Martín, J., 118
 Sánchez de las Matas Garre, M., 202
 Sánchez Díez, F., 133
 Sánchez Domínguez, F., 33
 Sánchez Ecevedo, J., 207
 Sánchez Fernández, A., 257
 Sánchez García, I., 168
 Sánchez González, D., 187
 Sánchez González, M., 258
 Sánchez Guerrero, J., 199
 Sánchez Hernández, B., 251, 282, 285, 286, 297, 298, 299, 304, 305, 306
 Sánchez Herrero, B., 303
 Sánchez Jiménez, J., 212
 Sánchez Martínez, A., 251, 282, 285, 298, 305, 306
 Sánchez Naveros, M., 179
 Sánchez Pérez, I., 134
 Sánchez Pérez, M., 113, 114
 Sánchez Ruano, F., 156, 162
 Sánchez Sánchez, I., 164, 274
 Sánchez Serna, M., 137, 196, 199
 Sánchez Villar, R., 173
 Sandín Pérez, R., 205
 Sandua Sada, M., 299
 Santa María Torroba, A., 303
 Santamaría Calvo, Y., 118, 152, 161
 Santamarta Solla, N., 301, 306
 Santana Caballero, J., 175
 Santana Quintana, N., 202
 Santana Robayna, J., 168
 Santanach Soler, J., 126
 Santaolalla Jiménez, B., 268, 307
 Santiago Nocito, A. de, 19, 184, 185, 205
 Santoja Granados, A., 156
 Santonja Granados, A., 162
 Santos Escudero, J., 293, 294
 Sanz Gálvez, M., 299, 304, 305
 Sanz Navarro, J., 198
 Sarasá Solá, B., 137, 196, 199
 Sarlat Ribas, M., 184, 194
 Sarmiento, P., 260
 Sarriá Santamera, A., 141
 Sasporte Genafó, J., 114
 Sasporte Jenafo, J., 128
 Sastre Fernández, A., 200
 Saudí Moro, S., 252, 253
 Saura, I., 158
 Saura Llamas, J., 181
 Saura Sanjaume, S., 217, 254
 Saus Arús, M., 158, 159
 Saviola, V., 186, 274
 Seguí Díaz, M., 125
 Seguí Font, R., 217
 Segura Álamo, O., 175, 202
 Segura Anducas, A., 176
 Sellés Benavent, D., 156, 162
 Senán Sanz, M., 168
 Sender Palacios, M., 117
 Sendra Pons, M., 186
 Sequera Requero, R., 131, 168
 Serra Bartual, M., 144
 Serra Llavall, E., 203, 204, 206
 Serra López, A., 284
 Serra Vázquez, A., 149, 168, 186
 Serrano Borraz, V., 158, 159
 Serrano Coronado, M., 159
 Serrano Heras, A., 257
 Serrano Herrero, D., 267, 297, 306
 Sevilla Machuca, I., 208
 Sierra, C., 241, 243
 Sierra, M., 83, 85
 Sierra Lujá, R., 233
 Sierra Matheu, C., 192, 242
 Sierra Rodríguez, V., 164
 Silgado Arellano, E., 307
 Silva César, M., 283, 287
 Simó Llaveró, A., 197
 Sineiro Galiñanes, E., 129
 Sinobad Rushlet, S., 153, 244
 Sitjar Martínez de Sas, S., 129, 252
 Sola Larraza, A., 301
 Solbes Caro, A., 259
 Solé Sancho, J., 274
 Soler Diego, A., 142, 144
 Soler Durán, M., 137, 196, 199
 Solera Alberó, J., 138, 139
 Solsona Tomás, G., 177
 Soriano Carrascosa, L., 173, 178, 179
 Soriano Faura, J., 116
 Sorrives Capdevila, M., 180, 208
 Sosa suárez, M., 202, 210
 Sousa Vila, E., 257
 Soy Ferrer, E., 216
 Suárez Cabello, C., 261
 Suárez Cabello, M.C., 12
 Suárez Fernández, C., 276
 Suárez Hernández, M., 129, 173
 Suárez Ortega, M., 261
 Succi, A., 162
 Suriñach Pla, S., 160, 286
 Tabera Hernández, M., 126
 Tabernero Gallego, A., 266
 Taboada González, F., 114
 Talegón Martín, R., 301
 Tamayo Aguirre, E., 124
 Tang Valdez, R., 152, 154
 Tarabishi Marín, H., 177, 178, 191
 Tarradas Puértolas, E., 190
 Tarraga López, P., 138, 139
 Tatjer Baldricha, M., 222
 Teixidó Fontanillas, E., 157
 Tejada Argaiz, M., 295, 300
 Tejedor Varillas, A., 212
 Tejera Ramírez, M., 129
 Tejero Catalá, C., 140
 Tejero López, M., 138
 Tejero López, P., 128, 140
 Tenorio González, J., 264
 Tercero Padial, R., 192
 Thalamas Atienza, J., 196, 203
 Tierno Ortega, M., 126
 Tijeras Úbeda, M., 105, 146
 Tinahones, F., 123
 Tobella Princep, A., 187
 Tomas Herrero, M., 296, 297, 303, 304
 Tomás Jiménez, E., 269
 Tomás Lachos, M., 126, 235, 244
 Tomás Saura, I., 116, 158, 273
 Torán Montserrat, P., 174
 Toribio Toribio, M., 131
 Tornero Molina, J., 212
 Torras Galán, A., 156
 Torras Salles, J., 156, 163
 Torre Careaga, I. de, 194
 Torrecilla García, M., 126
 Torres Colomer, J., 112
 Torres Cortada, G., 220
 Torres Fernández, I., 176
 Torres González-Zabaleta, M., 144, 260
 Torres Lou, M., 149
 Torres Peña, I., 281
 Torres Rodríguez, A., 155
 Torres Ruiz, F., 268, 269
 Torres Viñuelas, P., 209
 Torroba Arlegui, I., 296, 297
 Tosco García, C., 259
 Trani Moreno, M., 273
 Trillo Calvo, E., 281
 Troyano Cussó, M., 176, 177
 Úbeda Costela, M., 145
 Úbeda Fernández, M., 134
 Ubieto Lope, A., 184
 Ugarte Lopetegui, A., 261
 Ulldemolins Papasseit, M., 131
 Uranga Sáenz del Burgo, E., 196
 Uranga Sáez, E., 124
 Urcelay Aguirre, F., 194
 Urdaz Hernández, M., 262, 298
 Urgelés Castellón, M., 239, 241
 Vaello Llinares, M., 156
 Val Miñolas, M. del, 181, 210, 229, 234
 Valenti Aldeguer, J., 221
 Valentín Tovar, R., 232
 Valenzuela Pulido, N., 189, 190, 191
 Valero, M., 260
 Valero Doménech, A., 280
 Valero Paternain, M., 257
 Valladares Lobera, B., 126
 Valle Calvet, M., 136
 Vallejo Domingo, A., 182
 Vallès Navarro, R., 174
 Valls Esteve, 240
 Valls Esteve, M., 176
 Valsera Robles, A., 115, 159
 Valverde Pérez, R., 114
 Vargas López, E., 74
 Varillas, F., 124
 Varón Espinosa, A., 215
 Vázquez Alarcón, R., 172
 Vázquez Castro, J., 184, 185, 205, 212
 Vázquez Huerga, M., 133
 Vázquez Mendoza, S., 216
 Vázquez Pérez, M., 113
 Vázquez Sánchez, M., 172
 Vázquez Seijas, E., 192, 204, 238

- Vázquez-Barquero, J., 173
 Vega García, J., 2905
 Veganzones Guanyabens, I., 284, 285
 Vehi Gasol, C., 180
 Vejo Puente, E., 295, 300
 Velarde Mayol, C., 187
 Velasco Villalba, J., 131
 Velázquez Arjona, J., 175, 193
 Vélez Silva, A., 309
 Vélez Silva, R., 309
 Vena Martínez, A., 302
 Venteo Alcón, V., 170, 175
 Vera Barbadillo, R., 114
 Vera García, M., 264
 Vera García, P., 264
 Vera García, S., 133
 Verdejo Bravo, C., 122
 Vergara Martín, J., 119
 Vernet Vernet, M., 117
- Vicente López, I., 228
 Vicente López, I., 228, 229
 Vich Pérez, P., 208
 Vicinay Ruilope, E., 194
 Vicioso Ranz, P., 154
 Vico Gavilán, M., 204
 Vidal Alaball, J., 174
 Vidal Lorenzo, N., 245, 294
 Vidal Sampedro, J., 112
 Viera Camacho, D., 163
 Vigil-Escalera Villaamil, A., 118, 152, 154
 Vila Carbonell, C., 137, 196
 Vilà Jové, N., 164, 167, 186, 206, 218, 220, 221, 247
 Vila Martí, M., 254
 Vila Maupoey, A., 175
 Vilá Moneny, J., 184, 223, 224, 237, 240, 246, 251
 Vilaplana i Penella, E., 212
- Villalva Quintana, E., 66
 Villanueva, C., 139
 Villaseñor López, M., 200
 Villaverde Llana, A., 295, 300
 Vinuesa Maldonado, A., 204
 Viñas Cabrera, L., 167
 Virginia Espinola Morel, M., 207
 Vitale, G., 181, 182
 Vivero Bolea, J., 228
 Vives Ballester, J., 232
 Vizcaya Ramos, A., 164
 Voss, D., 197
- Wangüemert Madan, M. T., 9, 192
- Yagüe Zapatero, E., 309
- Yera Pilar, D., 130
- Zabala Laborde, E., 161
 Zaballos Castellví, E., 162, 163
 Zamarrón Moreno, J.L., 89
 Zambudio Nogueras, J., 172
 Zamorano Bayarri, E., 145
 Zapatería García, M., 279
 Zapatería García, M., 279, 301
 Zapatería, M., 271
 Zaragüeta Olave, M., 264
 Zarazaga Rodríguez, J., 211
 Zardoya Zardoya, M., 118, 179
 Zarzuelo Martín, N., 238
 Zlatkes Kirchheimer, J., 289
 Zugazaga Badallo, E., 308
 Zurilla Leonarte, E., 211